



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2019

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
MEDECINE**

**Opinions des femmes en âge de procréer du Nord et du Pas de
Calais concernant les consultations préconceptionnelles.**

Présentée et soutenue publiquement le 07 mars 2019 à 16h au Pôle
Formation

Par Céline Morel

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien Subtil

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Monsieur le Docteur Charles Garabedian

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Marc Bayen

AVERTISSEMENT :

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

Abréviations :

CPC : consultation préconceptionnelle

HAS : Haute autorité de santé

IMC : indice de masse corporelle

IST : infection sexuellement transmissible

IVG : interruption volontaire de grossesse

OMS : organisation mondiale de la santé

RAI : recherche d'agglutinines irrégulières

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

VHB : virus de l'hépatite B

VHC : virus de l'hépatite C

Table des matières :

I. Résumé	1
II. Introduction longue.....	2
1. L'examen prénuptial	2
1.1. Définition	2
1.2. Déroulement (2)	2
1.3. Suppression de l'examen prénuptial	3
2. La consultation préconceptionnelle.....	3
2.1. Date de début.....	3
2.2. Définition (8).....	3
2.3. Historique	3
2.4. Circonstances de réalisation de la CPC	4
2.5. personne réalisant la CPC	5
2.6. contenu de la CPC	5
2.6.1. Interrogatoire :	5
2.6.2. Examen clinique :	6
2.6.3. Examens biologiques :.....	6
2.6.4. Prescription d'acide folique	6
2.6.5. Vérification des vaccins (31)(32).....	7
2.6.6. Evaluation de l'environnement.....	7
2.6.7. Planification de la grossesse	9
3. Légitimité de la CPC	10
3.1. état des lieux	10
3.1.1. Les grossesses non planifiées.....	10
3.1.2. Le nombre d'IVG.....	10
3.1.3. La natalité élevée en France	10
3.1.4. Une morbi-mortalité materno-fœtale élevée	10
3.1.5. L'âge moyen du premier enfant	11
3.1.6. Le surpoids et l'obésité	11
3.1.7. Les pathologies chroniques	11
3.1.8. Le tabac.....	12
3.1.9. L'alcool.....	12
3.1.10. L'acide folique	13
3.2. Le suivi prénatal	13

3.3. intérêt de la CPC	13
4. Légitimité de l'étude	14
4.1. Connaissances actuelles.....	14
4.2. Intérêt de notre étude	16
4.3. Objectifs	16
III. Introduction	18
IV. Matériel et méthode.....	20
1. Type d'étude.....	20
2. Population étudiée.....	20
3. Déroulement de l'étude	20
4. Recherche bibliographique.....	21
V. Résultats	22
1. Caractéristiques de la population étudiée	22
2. Modalités de la consultation préconceptionnelle	23
2.1. Connaissances de la consultation.....	23
2.2. Vécu de la consultation	23
2.3. Conditions de réalisation de la CPC.....	24
2.4. Eléments abordés durant la CPC.....	25
3. Obstacles à la réalisation de la CPC	26
3.1. Manque d'informations.....	26
3.2. Manque de temps	27
3.3. Consultation réalisée avec le gynécologue	27
3.4. Consultation non abordée par le médecin généraliste	27
3.5. Consultation si difficulté à concevoir	28
3.6. Consultation une fois enceintes	28
3.7. Consultation jugée non nécessaire	28
3.8. Manque de confiance.....	29
3.9. Caractéristiques du médecin traitant.....	29
3.10. Argument financier	29
3.11. Peur	29
4. Pour améliorer le recours à la CPC :.....	30
4.1. L'information.....	30
4.1.1. Moyens d'information :.....	30
4.1.2. Personnes réalisant l'information.....	31
4.2. Etre abordé par le médecin lui-même	32

4.3.	Lors de la prescription de la contraception.....	32
4.4.	Pas d'idée	33
4.5.	Rendre la CPC obligatoire.....	33
5.	Attentes de cette consultation.....	33
6.	Le rôle du médecin généraliste	35
6.1.	Médecin généraliste adapté ou non	35
6.2.	Confiance dans le médecin traitant	36
6.3.	Attentes envers le médecin généraliste.....	36
VI.	Discussion	37
1.	Forces et limites de l'étude	37
1.1.	Population étudiée	37
1.2.	Logiciel nvivo.....	37
1.3.	Données manquantes	37
1.4.	Les avantages de l'étude	38
2.	Les modalités de réalisation et les obstacles à la CPC	38
2.1.	Lors d'une consultation pour infertilité.....	38
2.2.	A l'initiative du médecin généraliste	39
2.3.	Lors d'une consultation avec le gynécologue.....	39
2.4.	Le contenu de la CPC	39
2.4.1.	Alimentation	39
2.4.2.	Supplémentation acide folique	40
2.5.	Manque d'informations.....	41
2.6.	Manque de connaissances des professionnels de santé	41
2.7.	La CPC est jugée inutile.....	41
2.8.	Manque de temps	42
2.9.	Sujet tabou	42
3.	Les moyens d'améliorer le recours à la CPC	42
3.1.	Abordé par le médecin lui-même	42
3.2.	Information	43
3.3.	Prise en charge de la consultation	45
3.4.	Rendre la CPC obligatoire	46
3.5.	Information des professionnels de santé.....	46
3.6.	Anticiper la grossesse	46
4.	La confiance envers le médecin généraliste	46
5.	Le rôle de l'homme dans la CPC.....	47

VII. Conclusion :	48
VIII. Références bibliographiques :	50
IX. Annexes	58
1. Annexe 1 : guide d'entretien	58
2. Annexe 2 : domaines visés par la CPC par l'OMS :	59

I. Résumé

Contexte : Proposée par l'HAS depuis 2009, la consultation préconceptionnelle est une consultation de prévention destinée aux femmes et aux couples ayant un désir de grossesse. Elle est maintenant connue comme un moyen d'améliorer la santé materno-fœtale et de diminuer les complications obstétricales et les maladies chroniques. Cependant, en France, seules 15% des femmes ayant un désir de grossesse en bénéficient. Les raisons de cette faible réalisation sont mal connues.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative, observationnelle, prospective. Quinze entretiens semi-dirigés sur la base d'un guide d'entretien, ont été effectués auprès de femmes en âge de procréer vivant dans les départements du Nord et du Pas de Calais entre mai 2017 et mars 2018. Le recrutement a été réalisé par effet boule de neige. L'analyse des données a été effectuée grâce au logiciel Nvivo®, après réalisation d'un double codage avec triangulation des données.

Résultats : La méconnaissance de cette consultation de la part des femmes et des médecins, la faible sollicitation de la part des médecins, le manque de temps apparaissent comme étant les obstacles essentiels à la réalisation de cette consultation en pratique courante. Les entretiens ont également permis d'émettre des idées pour améliorer le recours à la CPC : informer les femmes mais aussi les professionnels de santé, informer dès l'adolescence pour atteindre un maximum de personnes, et dans tous les domaines, que ce soit médical, social, paramédical, scolaire, etc.

Conclusion : Différents éléments semblent expliquer la sous-réalisation de la consultation préconceptionnelle. Cependant notre étude ne permet pas d'obtenir un niveau de preuve suffisant. Il serait donc intéressant de poursuivre les recherches avec des études qualitatives. Le fait d'intégrer l'homme dans les consultations préconceptionnelles et en faire une consultation de couple semble également être une piste à privilégier pour les recherches.

II. Introduction longue

1. L'examen prénuptial

1.1. Définition

Il s'agissait d'un examen réalisé entre les années 1942 et 2007 permettant l'obtention d'un certificat obligatoire pour les mariages civils célébrés en France(1).

1.2. Déroulement (2)

Il se déroulait en deux consultations pour le couple ; la première avec recherche des antécédents personnels et familiaux, de la prise de médicaments, du mode de vie. La première consultation comprenait également un examen clinique complet (cardiovasculaire, abdominal et gynécologique), et la prescription d'examens complémentaires : groupe rhésus RAI, sérologie toxoplasmose et rubéole (obligatoires) ; les sérologies VHB, VHC, VIH et syphilis étaient proposés. La deuxième consultation comprenait :

- la lecture des résultats des examens complémentaires
- la dispensation de conseils sur l'alimentation, l'activité physique, l'arrêt du tabac et de l'alcool, le sommeil, la prévention de la listériose et de la toxoplasmose
- l'éducation sur la contraception, les IST et leur prévention, les situations nécessitant l'injection de gamma globulines anti-D, l'auto-médication
- un point sur les vaccinations
- la prescription d'acide folique en cas de projet de grossesse
- et l'émission du certificat prénuptial, remis en main propre à chacune des deux personnes concernées(3).

1.3. Suppression de l'examen prénuptial

En raison du nombre élevé, et de l'augmentation des grossesses/naissances survenant chez des couples non mariés, l'examen prénuptial a été supprimé en 2007 (article 8 de la loi du 20 décembre 2007 relative à la simplification du droit des particuliers) (4). Selon les données de l'Insee, 60% des enfants sont nés hors mariage en 2017, contre 34% en 1994 (5).

2. La consultation préconceptionnelle

2.1. Date de début

Afin de palier à l'absence de consultation dédiée à l'information et à la prévention des couples avec un désir de grossesse, l'HAS a proposé en 2009, avec l'émission d'un document appelé « document d'information destiné aux professionnels » (6), une consultation appelée consultation préconceptionnelle (7).

2.2. Définition (8)

Il s'agit d'une consultation de la femme ou du couple qui exprime un désir de grossesse. Elle a lieu en période préconceptionnelle, c'est-à-dire avant tout début de grossesse. Elle contient la dispensation de messages de prévention, de conseils et la proposition d'interventions adaptées si besoin. Elle permet d'améliorer la santé des femmes en âge de procréer pour éviter d'éventuelles complications obstétricales et ainsi optimiser le déroulement de la grossesse à venir et la santé du futur bébé. (6)

2.3. Historique

Bien que le terme de consultation préconceptionnelle n'existe que depuis 2009, cette notion est bien plus ancienne. En effet dans l'ancien testament, Juges 13 3-4 (9), la citation suivante évoquait les messages de prévention dispensés dans la consultation préconceptionnelle : « Un ange de l'Eternel apparut à la femme, et lui dit : Voici, tu es

stérile, et tu n'as point d'enfants; tu deviendras enceinte, et tu enfanteras un fils. Maintenant prends bien garde, ne bois ni vin ni liqueur forte, et ne mange rien d'impur. »

Adolphe Pinard (10) (obstétricien et homme politique français, père de la puériculture, né en 1844) évoquait en 1905 le fait que la grossesse était un acte à anticiper et à préparer. L'anticipation de la grossesse et sa préparation sont deux choses permises par la consultation préconceptionnelle. Ses dires étaient les suivants : « Je veux que le jeune homme comme la jeune fille, ou plutôt la jeune femme, sachent quelles sont les conséquences de l'acte de procréation, que cet acte, loin d'être le jouet de l'instinct et des hasards de l'excitation, soit la conclusion d'une préparation consciente... ».

Ces propos ont été repris par Anne Carol (11) dans son livre intitulé : « les enfants de l'amour : à propos de l'eugénisme au XIXème siècle », publié en 1990. Selon elle Pinard veut « faire prendre conscience aux intéressés de l'importance extraordinaire de l'acte d'amour. Il ne s'agit plus de procréer par hasard, naturellement, mais après une mûre réflexion et en étant pleinement conscient de la portée de cet acte. »

2.4. Circonstances de réalisation de la CPC

« C'est tellement plus facile et plus simple à faire avant la grossesse que lorsque la grossesse a démarré. » (12)

Elle a lieu AVANT tout début de grossesse et peut avoir lieu dans différentes circonstances :

- dans le cadre d'un suivi gynécologique régulier même en l'absence d'expression d'un projet de grossesse, en particulier lors d'un renouvellement de contraception (13)
- en réponse à la sollicitation d'une femme ou d'un couple qui a un projet de grossesse clairement exprimé (12), lors d'un arrêt envisagé d'une contraception (surtout si maladie chronique (12)(14)(15), en cas de problème de fertilité (16), lors de questions sur le déroulement d'une grossesse

- ou encore être abordé par le professionnel de santé s'il a connaissance d'un projet de mariage ou de vie en couple. (6–8)
- en prévention primaire ou secondaire, c'est-à-dire pour une première grossesse ou avant les suivantes.(16)

2.5. personne réalisant la CPC

Elle peut être réalisée par différents professionnels de santé :

- le médecin généraliste ou tout autre médecin généraliste
- le gynécologue-obstétricien
- le gynécologue médical
- une sage-femme

2.6. contenu de la CPC

Dans le document émis par l'HAS, ainsi que dans diverses sources, (6)(12)(17)(18)(19) un contenu assez détaillé de cette consultation apparaît :

2.6.1. Interrogatoire :

- facteurs de risque personnels : l'âge, le surpoids ou l'obésité, les antécédents personnels ou familiaux de maladie génétique (20), les antécédents personnels ou familiaux de maladies chroniques, les anomalies, notamment utérines, liées à la prise de Distilbène® par la mère de la patiente
- antécédents chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux (21) : accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin, césariennes, anomalies de fermeture du tube neural, diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique.
- Les traitements chroniques ou en cours. Il convient d'évaluer le rapport bénéfice/risque de toute prise médicamenteuse chez une femme avec désir de grossesse. Cette consultation est également l'occasion d'anticiper les modifications thérapeutiques avant tout début de grossesse dans certaines pathologies : épilepsie (22), diabète, hypertension artérielle. En effet certains

traitements sont contre-indiqués dès le début de la grossesse, car ils peuvent être à l'origine de 1 à 2% des anomalies congénitales chez le fœtus. (23)

2.6.2. Examen clinique :

- Mesure de la tension artérielle
- poids, taille, calcul de l'indice de masse corporelle. L'IMC est normal entre 18,5 et 25, entre 25 et 30 on parle de surpoids, au-dessus de 30 il s'agit d'une obésité.
- examen gynécologique : palpation des seins, palpation abdominale, réalisation d'un frottis cervico vaginal si non réalisé depuis 2 à 3 ans.

2.6.3. Examens biologiques :

- Groupe sanguin ABO, rhésus si la femme ne possède pas de carte de groupe sanguin valide et complète avec 2 déterminations. A noter qu'en cas de rhésus négatif, il faut délivrer à la femme une information sur l'immunisation anti-D et faire réaliser la détermination du groupe sanguin du futur père. En effet des injections de gammaglobulines anti-D seraient alors réalisées systématiquement à 28SA et dans certaines circonstances si le père était de rhésus positif, afin de prévenir le risque d'allo immunisation fœto-maternelle.(24) (25)
- sérologies de la toxoplasmose et de la rubéole
- d'autres sérologies peuvent être proposées à la femme ou au couple : VIH 1 et 2, VHB, VHC, syphilis,(26)
- on peut également pratiquer un dépistage du diabète de type 2 en période préconceptionnelle.

2.6.4. Prescription d'acide folique

La prescription d'acide folique permet de prévenir les anomalies de fermeture du tube neural. (27) Selon une étude récente parue dans le Lancet, la supplémentation en folates permettrait aussi de diminuer le risque de prééclampsie, de fausse couche, d'insuffisance pondérale à la naissance et la mortalité néonatale. (28) Sa prise doit débiter normalement un mois avant et se prolonger deux mois après le début de la

grossesse. Comme il n'est pas facile de débiter un mois avant la conception, l'has conseille, en pratique, de débiter la prise d'acide folique dès le projet de grossesse et ce jusqu'à la 12ème semaine d'aménorrhée. La dose prescrite sera alors de 0,4mg par jour. (29) Elle sera augmentée à 5mg par jour en cas d'antécédent d'anomalie de fermeture du tube neural, d'épilepsie, ou de diabète.(30)

2.6.5. Vérification des vaccins (31)(32)

Il faut d'abord envisager le rappel obligatoire concernant la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la coqueluche selon le calendrier vaccinal officiel remis à jour chaque année. Actuellement ces vaccinations se font à âge fixe, soit à 25, 45 et 65 ans, puis après 65 ans tous les 10 ans.

Concernant la rubéole, il faut vacciner les femmes dont la sérologie est négative, à l'aide du vaccin trivalent : rougeole-oreillons-rubéole. Il n'y a pas lieu de vacciner des femmes ayant reçu deux vaccinations préalables, quel que soit le résultat de la sérologie. En raison du risque tératogène et en cas de vaccination nécessaire, il faut s'assurer de l'absence d'une grossesse débutante et éviter toute grossesse dans les 2 mois suivant la vaccination.

Pour la varicelle, on peut proposer la vaccination à toutes les femmes en âge de procréer, surtout celles qui ont un projet de grossesse et en l'absence d'antécédent clinique de varicelle. En cas de vaccination, selon les données de l'AMM il faut s'assurer de l'absence de grossesse et de la présence d'une contraception efficace pendant 3 mois.

Le vaccin antigrippal est recommandé en période d'épidémie quel que soit le terme de la grossesse. (33)

2.6.6. Evaluation de l'environnement

Cette évaluation permet d'élaborer des messages de prévention à destination de la femme ou du couple selon différents points (34) :

- l'alimentation (35) : conseils pour lutter contre la listériose (36) (éviter la charcuterie, les fromages au lait cru, bien laver les aliments, cuire la viande à

cœur, nettoyer régulièrement le réfrigérateur à l'eau javellisée, etc ...) et la toxoplasmose (37) (éviter le contact direct avec la terre ; bien laver les fruits et légumes ; cuire la viande à cœur ; éviter les crustacés ; se laver les mains pendant au moins 30 secondes après avoir manipulé de la viande crue ou des légumes souillés par de la terre ; si présence d'un chat au domicile, nettoyer sa litière tous les jours avec de l'eau très chaude (>70°C) et idéalement demander à une autre personne, non enceinte, de le faire à sa place). Il est également prouvé que l'équilibre nutritionnel maternel durant la période préconceptionnelle joue aussi un rôle majeur dans la programmation de la susceptibilité de la descendance à des maladies métaboliques. (38)

- l'activité physique. En 1985, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* publiait les premières recommandations sur l'activité physique durant la grossesse. Il y eut alors été établi que toute femme inactive avant la grossesse devait le rester et que les autres ne devaient pas dépasser 15 minutes d'activité physique par jour et 140 battements par minute de fréquence cardiaque. Depuis les choses ont évolué, un article récent paru dans la revue *sage-femme* en février 2018 tirait les conclusions suivantes : l'exercice entraînerait plus probablement une réduction du risque de prématurité. Il permet également de réguler le poids à la naissance, en diminuant le risque d'hypotrophie et de macrosomie et n'est pas responsable de trouble cognitif chez l'enfant. (39)
- la prise en charge du surpoids et de l'obésité. Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque de pré éclampsie, La combinaison avec un diabète de type 2 augmente d'autant plus le risque de pré éclampsie. (40) Le surpoids chez la mère augmente également le risque d'obésité de l'enfant. (34)
- l'automédication (41) : il faut expliquer à la patiente les risques relatifs à l'auto médication, et lui déconseiller la prise de médicaments sans prescription médicale dès qu'il y a un projet de grossesse. Des renseignements sur les médicaments dangereux et/ou tératogènes sont d'ailleurs disponibles sur le site de l'Agence Nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (42) et sur le site du CRAT (Centre de Renseignement des Agents Tératogènes)(43).
- l'alcool (44). Il convient d'informer la patiente des risques pour le fœtus à venir d'une consommation d'alcool régulière, l'inciter à stopper sa consommation dès

l'évocation d'un projet de grossesse, et lui proposer des modalités de sevrage. L'Académie nationale de médecine de Paris décrit dans un de ses rapports que les risques pour le fœtus existent même pour une consommation d'alcool ponctuelle et prône donc la politique du « zéro alcool » pendant la grossesse et la période de préconception (34).

- le tabac (44) : proposer une aide au sevrage, et insister auprès de la femme et du couple sur la nécessité de stopper leur consommation avant la grossesse, expliquer les effets néfastes du tabac sur le fœtus ainsi que sur la fertilité. Il faut également les informer des effets négatifs du tabagisme passif.
- le cannabis et autres substances psychoactives (44). Il faut évaluer le type de drogue consommé, la dose, la fréquence, et proposer une méthode de sevrage.
- la pénibilité du travail, les risques professionnels. Il faut alors connaître le travail de la patiente, la distance par rapport à son domicile, les conditions de travail, l'exposition à des produits toxiques et tératogènes.(45)
- les situations de précarité : difficultés économiques, isolement social, emploi précaire, logement insalubre.
- les situations de maltraitance, conjugale ou extérieure, sexuelle.(13)(46) Des outils pour dépister les personnes victimes de violences existent. (47)La situation psychologique (13,48). Un outil de dépistage de la santé mentale existe. (49) Les troubles psychiatriques pendant la grossesse sont associés à un risque accru de maladie psychiatrique du post-partum, à un taux accru de toxicomanie, à une participation moindre aux soins prénataux.
- les radiations ionisantes. Les examens radiologiques sont interdits sauf cas particuliers, engageant le pronostic vital. (34)

2.6.7. Planification de la grossesse

Un des intérêts de cette consultation est bien évidemment de conseiller au couple de planifier la grossesse, surtout en cas d'antécédents particuliers que ce soit en prévention primaire ou secondaire. (16,28,50)

Il s'agit d'ailleurs d'une notion souvent présente dans différents articles notamment dans la revue JABFM de janvier-février 2007 (51), où il est vivement conseillé d'évoquer la contraception avec les femmes afin de planifier au mieux les grossesses et éviter la survenue de grossesses non désirées ou non planifiées.

3. Légitimité de la CPC

3.1. état des lieux

3.1.1. Les grossesses non planifiées

Le taux de grossesses mal planifiées ou non désirées est de 15 à 20%. Le taux de grossesses « non prévues », comprenant avortements, naissances non désirées ou mal planifiées, est de 36 % du total des grossesses.(52) Ces deux chiffres sont élevés et ce malgré les lois Neuwirth (1967) (53) sur la contraception et Veil (1975) sur l'avortement. La loi de 1975 sur l'avortement a d'ailleurs été complétée par une loi du 4 juillet 2001 ajoutant des notions de préservation de la confidentialité voire de l'anonymat de la patiente selon les conditions de réalisation.(54)

3.1.2. Le nombre d'IVG

Le taux d'IVG continue d'ailleurs d'augmenter ; 41% des grossesses non prévues se terminaient par une IVG en 1975, aujourd'hui c'est le cas pour 62% d'entre elles. Et cela concerne toutes les catégories sociales. En 2006 : 211900 IVG ont été réalisées. Pour les 20-24 ans : 26 femmes sur 1000 y ont recours. (55)

3.1.3. La natalité élevée en France

Selon l'Insee, en 2016, 785 000 bébés sont nés en France. L'indicateur conjoncturel de fécondité est de 1,93 enfant par femme en 2016, (56) en légère baisse par rapport à 2015. Il reste cependant le plus élevé d'Europe. (57)

3.1.4. Une morbi-mortalité materno-fœtale élevée

Cependant, selon un rapport récent publié par l'Inserm : dès que l'on examine la mortalité maternelle, les décès de nourrissons ou le taux de prématurité, «la France ne se trouve jamais parmi les cinq pays ayant les meilleurs résultats». (58) En effet le taux de morbi-mortalité materno-fœtale est stable depuis les années 90, à environ 10 pour 1000. Malgré la baisse observée ces dernières années, la mortalité maternelle demeure encore élevée en France : 13,9 décès pour 100 000 naissances vivantes. La mortalité par éclampsie est la deuxième cause de mortalité maternelle

(près de 20% des décès), derrière les hémorragies de la délivrance, qui représentent 36% des décès maternels. (59)

3.1.5. L'âge moyen du premier enfant

L'âge moyen du premier enfant en France augmente, en effet il est de 28,5 ans en 2015, alors qu'il était de 24 ans en 1974. (60) Mais on sait que plus l'âge maternel est avancé, plus il y a de risques (61) pour la mère (baisse de la fécondité, augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelle) et pour l'enfant (naissances multiples, accouchements prématurés, retard de croissance fœtale, malformations congénitales).

3.1.6. Le surpoids et l'obésité

La prévalence du surpoids et de l'obésité augmente également selon l'étude OBEPI en 2009 (62) : l'obésité touche de 12 à 14,5% des femmes de 25 à 44 ans, le surpoids : de 17 à 20% des femmes dans les mêmes tranches d'âge. Une prise en charge pondérale serait ainsi nécessaire chez un tiers des femmes en préconceptionnel. Or les effets néfastes du surpoids et de l'obésité sur la grossesse et sur l'enfant à venir sont bien connus (63) : baisse de la fécondité, développement d'un diabète gestationnel ou d'une pré-éclampsie, anomalies congénitales chez le fœtus, augmentation des naissances prématurées ou encore mortalité du fœtus à la naissance.

3.1.7. Les pathologies chroniques

Certaines pathologies notamment diabète et hypertension artérielle sont à l'origine d'une augmentation de la morbi-mortalité néonatale, du risque de macrosomie ou de faible poids de naissance, du nombre d'accouchements prématurés, de la pré-éclampsie, des malformations fœtales, etc. ... (50)

La prévalence du diabète de type 2 chez les femmes enceintes est notamment en augmentation (0,26% en 2000 contre 0,45% en 2010), comme le montre une enquête réalisée dans un centre de périnatalité de niveau 3 à Nancy entre 2002 et 2010, associé aux données du rapport de périnatalité de 2010) (64)(65). Chez ces patientes

diabétiques de type 2, la prématurité était multipliée par 6 et le nombre de malformations était 3,2 fois plus important que dans la population générale.

3.1.8. Le tabac

Entre 13 et 20% des femmes reconnaissent avoir fumé pendant leur grossesse (66). Or les risques du tabagisme pour la grossesse sont d'ailleurs bien connus et détaillés dans de nombreuses sources comme le site internet « stop tabac ». La liste est longue :

- Grossesses extra-utérines
- Fausses couches spontanées
- Métrorragies
- Malposition placentaire, décollement placentaire, hématome rétro placentaire
- Rupture prématurée des membranes et accouchement prématuré
- Retard de croissance in utéro avec un poids de naissance moyen plus faible du bébé (les enfants nés de mères fumeuses pèsent en moyenne 200 grammes de moins que les enfants nés de mères non fumeuses)
- Augmentation des complications à l'accouchement
- Augmentation du risque du Syndrome Mort Subite du Nourrisson (multiplié par 3)
- Diminution de production de lait maternel et passage de la nicotine dans le lait maternel.

3.1.9. L'alcool

Selon le ministère de la santé, en France, la consommation d'alcool pendant la grossesse est considérée comme la première cause de handicap mental, non génétique, de l'enfant. 700 à 1000 nouveau-nés sur l'ensemble des naissances annuelles seraient concernés par le syndrome d'alcoolisation fœtale. Selon l'Enquête nationale périnatale, 17% des femmes déclaraient avoir consommé des boissons alcoolisées une fois par mois ou moins pendant la grossesse, et un peu plus de 2% deux fois par mois ou plus.

Pourtant depuis le 2 octobre 2007, des messages de prévention existent même sur les bouteilles d'alcool car toutes les bouteilles des boissons alcoolisées doivent

contenir soit le texte « *La consommation de boissons alcoolisées pendant la grossesse, même en faible quantité, peut avoir des conséquences graves sur la santé de l'enfant* », soit un pictogramme. (67) (65)

3.1.10. L'acide folique

L'acide folique est présent naturellement dans de nombreux aliments (68) comme les légumes à feuilles (laitue, chou-fleur cru, choux de Bruxelles...), le foie ou les lentilles. Pourtant, près de 75% des femmes en âge de procréer en France ont des apports alimentaires en folates insuffisants, (69) d'où l'importance d'une supplémentation avant et pendant la grossesse. La supplémentation en folates (70) semble désormais bien connue des professionnels de santé mais est encore bien insuffisante, en effet seulement une femme sur quatre a pris de l'acide folique pendant sa grossesse, et pour 50% d'entre-elles, la supplémentation avait été débutée avant la grossesse. (71,72)

3.2. Le suivi prénatal

En parallèle, la qualité du suivi prénatal augmente depuis les années 80. La HAS a d'ailleurs mis en place des recommandations concernant ce suivi. Elles contiennent le suivi détaillé nécessaire avec les consultations et leur contenu, les examens complémentaires à prescrire, et les orientations nécessaires selon les situations à risque. (73)

Mais ce suivi prénatal ne débute en général qu'à 8-12 semaines d'aménorrhées. Le fœtus est le plus sensible aux expositions maternelles et environnementales des semaines 4 à 10 de grossesse, en effet l'organogénèse a lieu à cette période. (23) (13) (74) Or à ce stade de nombreuses femmes peuvent ne pas savoir qu'elles sont enceintes ou ne pas avoir reçu d'informations sur les risques et précautions à prendre de la part de professionnels de santé. (75)

3.3. Intérêt de la CPC

Les bénéfices de la CPC sont reconnus par l'OMS (52) comme étant les suivants :

- diminuer la mortalité maternelle et infantile
- prévenir les grossesses non désirées
- prévenir les complications pendant la grossesse et l'accouchement
- prévenir les naissances prématurées, les faibles poids à la naissance et la mortalité du fœtus à la naissance
- prévenir les anomalies congénitales, les infections néonatales
- prévenir l'insuffisance pondérale et le retard de croissance
- prévenir la transmission verticale du VIH/IST
- diminuer le risque de certaines formes de cancers infantiles
- diminuer le risque de diabète de type 2, et de maladies cardio-vasculaires plus tard dans la vie.

Malgré l'amélioration du suivi prénatal, et l'absence de preuve scientifique de haut grade, il semble donc légitime de penser qu'un des moyens d'améliorer la morbi-mortalité maternelle et fœtale(75), d'améliorer la planification des grossesses, de diminuer le recours aux IVG, de diminuer le nombre de grossesses non désirées(76)(77), de diminuer le nombre d'accouchements prématurés, les faibles poids à la naissance, les malformations congénitales, d'améliorer la santé de l'enfant pour sa vie future etc. ... serait donc d'agir en amont, et de promouvoir le recours à la consultation préconceptionnelle.

De plus, il est prouvé que pour qu'elle soit efficace, la supplémentation en acide folique doit débuter au moins 4 semaines avant le début de la grossesse (78), ce qui nécessite d'anticiper les grossesses et de délivrer une information suffisante aux femmes, dès la présence d'un désir de grossesse.

4. Légitimité de l'étude

4.1. Connaissances actuelles

En plus des recommandations de l'HAS éditées en 2009, de nombreux articles, sources, sites internet, etc., promeuvent l'intérêt du recours à la consultation préconceptionnelle.(13,18,28,52,79,80,81,82)

Le fait que l'homme doit être intégré à la consultation préconceptionnelle se développe également (17)(50). On parle en effet de consultation du couple, idéalement, et non de la femme seule.

Un article paru en mai 2018 (83) évoque le fait qu'il est nécessaire d'encourager les hommes à agir également et à améliorer leur santé avant la conception. Ils devraient ainsi, au même titre que les femmes utiliser les services de soins primaires avant la conception.

De nombreux pays s'intéressent au sujet :

- les Etats-Unis ont émis des directives nationales en 2006 ; il s'agit de dix recommandations qui portent sur les changements dans les connaissances des consommateurs, la pratique clinique, les programmes de santé publique, le financement des soins de santé et les activités de données et de recherche. (84)
- des initiatives nationales pour la santé préconceptionnelle ont été réalisées aux Etats-Unis, dans une quinzaine d'Etats. (85)
- en 2008, a eu lieu le premier sommet d'Europe centrale et orientale sur la santé avant la grossesse et la prévention des malformations congénitales en Hongrie
- aux Pays-Bas, les consultations de soins avant la conception sont incluses dans les régimes d'assurance maladie depuis le 1er janvier 2011. Des campagnes publiques et des listes de contrôle avant grossesse à remplir sur internet ont également été mises en œuvre. (www.zwangerwijzer.nl). A Rotterdam, deux projets de préconception dans deux quartiers défavorisés de la ville ont commencé en 2009 et 2010 pour dix ans. Les Pays-Bas avaient aussi réalisé en 1997 une campagne médiatique unique pour promouvoir l'acide folique ; l'utilisation était ainsi passée de 15% en 1996 à 36% fin 1998. (75)(75)
- l'Agence de la santé publique du Canada a émis des lignes directives nationales en 2000 Elles recommandent que les soins préconceptionnels et l'éducation soient intégrés au milieu du travail et aux programmes scolaires. (76)
- en Belgique a eu lieu en 2010 le premier congrès européen sur la santé avant la conception et les soins avant la conception à Bruxelles. (86) Les résultats de ce congrès sont disponibles sur le site : <http://www.preconception2010.one.be/>

- en Italie des brochures sur les CPC sont disponibles sur internet. (87) (88)
- la Suède, qui disposait de peu d'éléments à disposition des couples sur internet, a mis en place un site Web adapté aux téléphones mobiles : reproductivlivsplan.se. (89) (90)
- Un guide concernant la consultation préconceptionnelle a été émis en Belgique, en 2011, à destination des professionnels de santé. (91)

4.2. Intérêt de notre étude

Le recours à la CPC demeure malgré tout cela nettement insuffisant (92) (17). Selon une étude épidémiologique réalisée en France dans 5 maternités du réseau périnatal d'Alpes Isère de septembre à octobre 2015, sur 392 femmes francophones avec des grossesses non compliquées et des bébés en bonne santé (nés après 37SA), seules 15% avaient bénéficié d'une CPC. Selon une étude réalisée dans un centre de périnatalité de niveau 3 à Nancy entre 2002 et 2010 ; sur les 97 patientes diabétiques de type 2 incluses, seules 4% d'entre-elles avaient préparé leur grossesse. (64)

Des travaux de thèse ont été réalisés sur les consultations préconceptionnelles. Celle de Laurie Py en 2016, s'intéressait à « l'information des femmes et réalisation de la consultation préconceptionnelle en région Midi-Pyrénées : une étude observationnelle. » (56)

Céline Puget Dupanloup a réalisé en 2012 une thèse portant sur « les obstacles à la consultation préconceptionnelle en médecine générale : étude qualitative auprès de 20 femmes en âge de procréer ». Or cette étude date de 2012 et concernait des patientes de Savoie. (93)

Notre étude trouverait son intérêt dans le fait qu'elle permettrait une étude de la situation préconceptionnelle en 2018, et ce pour des femmes en âge de procréer vivant dans les départements du Nord et du Pas de Calais.

4.3. Objectifs

L'objectif principal de l'étude était d'étudier les modalités de réalisation des consultations préconceptionnelles en médecine générale chez les femmes en âge de

procréer dans les départements du Nord et du Pas de Calais. L'objectif secondaire était de proposer des pistes pour améliorer le recours à cette consultation en pratique courante.

III. Introduction

Devant la hausse du nombre de naissances survenant hors mariage(5), l'examen prénuptial(1), jusqu'alors obligatoire pour les couples souhaitant se marier, a été supprimé en 2007. Pour pallier à l'absence de consultation de prévention et d'information disponible avant la grossesse, l'HAS a proposé, en 2009, avec l'émission d'un document d'information(6) pour les professionnels intitulé « Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer », la réalisation de la consultation préconceptionnelle.

La consultation préconceptionnelle(8) est une consultation destinée aux femmes et idéalement aux couples, ayant un désir de grossesse, avant que celle-ci ne soit débutée. Cette consultation est l'occasion de faire un point sur la santé de la femme et du couple avant la grossesse, de proposer la réalisation d'examens biologiques, d'évaluer son environnement, de donner des conseils et messages de prévention adaptés selon le terrain, et d'anticiper la grossesse, surtout en cas de maladie chronique sous-jacente(14,15). Cette consultation peut être réalisée par différents professionnels de santé (médecin traitant ou tout autre médecin généraliste, gynécologue-obstétricien, gynécologue médical ou sage-femme), et à différentes occasions(12) (lors d'un contrôle gynécologique systématique, lors d'un renouvellement de contraception(13), lors d'un souhait d'arrêt de contraception, lors d'un désir de grossesse clairement exprimé par la femme et le couple, lors de problèmes d'infertilité, etc.).

Cette consultation s'adresse aussi bien aux femmes nullipares qu'aux multipares, il s'agit donc aussi bien de prévention primaire que secondaire(16).

Le suivi prénatal(73) est désormais bien codifié, avec la réalisation de consultations mensuelles, des échographies et examens complémentaires obligatoires. Hors ce suivi ne débute en général qu'à 8-12 semaines d'aménorrhées, date à laquelle l'organogénèse a déjà eu lieu(13,23). De plus dans 36% des cas, les grossesses ne

sont pas prévues(52). Ces deux points rendent donc possible l'exposition du fœtus à différents risques (tabac, alcool, radiations ionisantes, etc.), potentiellement nocifs pour son développement.

La prévalence du surpoids et de l'obésité est en augmentation ; 12 à 14.5% des femmes de 25 à 44 ans sont obèses(62). Or la nécessité d'une bonne alimentation et d'un IMC normal, et ce bien avant le début de la grossesse, permettrait de diminuer bon nombre de complications obstétricales et materno-fœtales (diabète gestationnel, pré éclampsie, accouchement prématuré, etc.)(38).

Malgré une amélioration du suivi prénatal depuis 1980, on note une morbi-mortalité materno fœtale stable depuis cette date, à environ 10 pour 1000 (59).

La supplémentation en acide folique permet d'éviter certaines complications, notamment les anomalies de fermeture du tube neural, à condition d'être débutée 4 semaines avant le début de la grossesse. Le taux de supplémentation en France est insuffisant, environ une femme sur quatre y ont recours, et parmi elles, seules 50% ont débuté la supplémentation avant le début de la grossesse(71).

La nécessité d'agir en amont avec la réalisation d'une consultation préconceptionnelle chez les couples ayant un projet de grossesse apparaît donc fondamentale. Les effets bénéfiques de cette CPC sont connus et décrits par l'OMS (52).

Cependant cette consultation est sous-réalisée. Selon des études réalisées en France, seules 15% des femmes y ont eu recours avant leur grossesse (64).

Les facteurs expliquant la sous-réalisation de cette consultation en France sont méconnus. Les éléments qui permettraient d'améliorer son recours le sont également.

L'objectif principal de l'étude était d'étudier les modalités de réalisation des consultations préconceptionnelles en médecine générale chez les femmes en âge de procréer dans les départements du Nord et du Pas de Calais. L'objectif secondaire était de proposer des pistes pour améliorer le recours à cette consultation en pratique courante.

IV. Matériel et méthode

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative, observationnelle, prospective, basée sur la réalisation d'entretiens semi-dirigés.

2. Population étudiée

La population étudiée lors de cette étude concernait les femmes en âge de procréer, résidant dans les départements du Nord et du Pas de Calais. Le recrutement était réalisée par effet boule de neige.

Les critères d'inclusion étaient : les femmes, en âge de procréer, résidant dans les départements du Nord et du Pas de Calais, avec ou sans enfants, ayant eu des enfants ou un désir de grossesse après 2009 (date du début de la CPC).

Les critères de non-inclusion étaient les femmes : ménopausées, résidant hors du Nord et du Pas de Calais, ne résidant pas en France, ayant eu des enfants ou un désir d'enfant avant 2009.

3. Déroulement de l'étude

La fiche de déclaration de thèse a été déposée et validée auprès du département de Médecine Générale de la faculté de Médecine de Lille 2.

Le guide d'entretien (annexe 1) et le sujet de thèse ont été validés auprès de la CNIL, après entretien avec Monsieur Jean-Luc Tessier.

Dans le cadre de la demande au Comité de Protection des Personnes, une juriste a

été contactée. Sa réponse était alors que devant l'absence d'intervention sur les personnes interrogées, notre travail de recherche ne nécessitait pas de déposer un dossier auprès du CPP.

Les entretiens, semi-dirigés, à l'aide du guide d'entretien, ont été réalisés de mai 2017 à mars 2018.

Les fichiers ont été enregistrés sur fichier audio, après information des femmes et recueil de leurs consentements à l'enregistrement.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits sous forme de *verbatim*, *ad integrum* et anonymisés.

Les *verbatim* ont ensuite été analysés à l'aide d'un logiciel d'analyse appelé Nvivo®. Un double codage a été réalisé, avec triangulation des données. Ce double codage a été réalisé par Claire Luzniak, qui réalisait en parallèle le même travail explorant les médecins généralistes exerçant dans les départements du Nord et du Pas de Calais.

4. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été assez large avec consultation de différents sites internet, notamment ceux de la Haute Autorité de Santé, de l'Inserm, du Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF), de l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS). Différents articles scientifiques ont également été consultés, par le biais de moteurs de recherche comme Pubmed®, Google Scholar®, CISMef®, EM Premium®, ScienceDirect®.

L'établissement de la bibliographie a été réalisé avec l'aide du logiciel Zotero®.

V. Résultats

1. Caractéristiques de la population étudiée

Les caractéristiques de la population étudiée sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Participant	En couple	Enfants	Profession	âge
1	Oui	Oui, 1 enfant	Professeur des écoles	28 ans
2	Oui	Non	Psychologue	28 ans
3	Oui	Non	Agent immobilier	20 ans
4	Oui	Non	Etudiante	19 ans
5	Oui	Non	Pharmacienne	28 ans
6	Oui	Non	Infirmière	27 ans
7	Oui	Non	Aide-soignante	36 ans
8	Oui	Oui, 2 enfants	Agent de service hospitalier	33 ans
9	Oui	Oui, 3 enfants	Aide-soignante	32 ans
10	Oui	Oui, 1 enfant	Ressources humaines	29 ans
11	Oui	Non	Préparatrice en pharmacie	30 ans
12	Oui	Oui, 1 enfant	Femme de ménage	40 ans
13	Oui	Oui, 2 enfants	Préparatrice en pharmacie	39 ans
14	Oui	Oui, 2 enfants	Déléguée médicale	35 ans
15	Oui	Oui, 1 enfant	Administration	34 ans

2. Modalités de la consultation préconceptionnelle

2.1. Connaissances de la consultation

Sur les quinze femmes interviewées, douze déclaraient ne pas connaître la consultation préconceptionnelle. La participante n°5 déclarait : « *Bah franchement pas grand-chose, je ne savais même pas que ça existait* » ; la patiente n°2 : « *honnêtement, pas grand-chose, heu, je pense que je n'en avais pas entendu parler avant ...* ».

Sur ces douze participantes, une en avait bénéficié sans le savoir : « *Ah excuse moi je n'avais pas fait le rapprochement* » (participante n°10), une avait bénéficié d'un bilan d'infertilité (participante n°12).

Trois sur les quinze connaissaient l'existence de la CPC : « *je n'ai pas eu l'occasion de faire de consultation préalable en fait hein, auprès du médecin, je sais qu'on peut rencontrer des sages-femmes également. Mais voilà ça se résume à peu près à ça. Le gynéco aussi bien sur* » (participante n°14).

Une des participantes pensait que cette consultation était destinée uniquement aux femmes présentant des difficultés à procréer : « *Heu, non, je pensais même pas que ça existait en fait. Je pensais qu'on allait chez le médecin quand on n'arrivait pas à procréer, mais que sinon il n'existait rien quand on n'avait pas ..., enfin, qu'il n'existait rien pour préparer le fait d'avoir un enfant* » (participante n°2).

2.2. Vécu de la consultation

Le vécu de la consultation était jugé inexistant ou limité par treize des participantes : « *Heu, bah j'en n'ai ... non je n'ai pas de vécu. Rires* » (participante n°11) ; « *bah ... il est inexistant je pense ...* » (participante n°2).

En réalité cinq femmes avaient bénéficié d'une consultation préconceptionnelle.

Parmi ces cinq femmes, trois avaient abordé elle-même le sujet auprès de leur médecin : « *Heu en fait pour ma grossesse quand j'avais eu le projet d'être enceinte*

j'avais expliqué à mon médecin que j'avais un projet mais que ce n'était pas pressé » (participante n°10).

Pour la quatrième, la consultation avait été abordé par le médecin : « *En fait quand j'ai voulu un bébé, j'avais un implant contraceptif ... Donc je la connaissais pas mais j'étais allée la voir, et comme on avait retiré l'implant, elle avait fait, alors je ne sais pas si ça correspondait exactement à ça, mais en tout cas on avait discuté un peu de ça, j'avais posé mes questions, elle m'avait donné quelques infos et voilà » (participante n°15).* La cinquième avait également abordé elle-même le sujet auprès de son médecin mais lors d'une consultation pour infertilité (participante n°12).

2.3. Conditions de réalisation de la CPC

Parmi les cinq femmes ayant bénéficié de cette consultation différentes conditions de réalisation étaient retrouvées :

- Lors d'un arrêt de contraception : « *En fait quand j'ai voulu un bébé, j'avais un implant contraceptif, donc j'ai vu une généraliste mais qui avait une petite formation aussi en gynéco et qui les retirait, ce qui est, heu, enfin parce que les gynécos c'est difficile d'en trouver qui veulent bien les retirer donc heu. Là je pouvais avoir un rendez-vous assez vite. Donc je la connaissais pas mais j'étais allée la voir, et comme on avait retiré l'implant, elle avait fait, alors je ne sais pas si ça correspondait exactement à ça, mais en tout cas on avait discuté un peu de ça, j'avais posé mes questions, elle m'avait donné quelques infos et voilà » (participante n°15).*
- Lors d'une consultation annuelle chez le gynécologue : « *Bah c'était à l'occasion de, heu, ma visite annuelle chez la gynéco, je lui ai dit que je comptais arrêter ma pilule dans le courant de l'année, elle m'a donné quelques conseils ... » (participante n°1).*
- Lors d'une consultation avec un médecin généraliste : « *En fait quand j'ai voulu un bébé, j'avais un implant contraceptif, donc j'ai vu une généraliste mais qui avait une petite formation aussi en gynéco et qui les retirait, ce qui est, heu, enfin parce que les gynécos c'est difficile d'en trouver qui veulent bien les retirer donc heu. Là je pouvais avoir un rendez-vous assez vite » (participante n°15).*

- Lors d'une consultation pour infertilité : « *Bah en fait comme moi ça ne fonctionnait pas et que je n'avais jamais pris la pilule, donc on avait fait des examens, donc c'est là qu'ils avaient vu que c'était moi qui n'allait pas.*

Oui ... et vous avez consulté qui pour ça ? Quand vous avez vu que ça en marchait pas, vous êtes allée voir qui ?

Le Docteur X.

Qui est gynéco ?

Oui » (participante n°12).

Par ailleurs, lors de l'évocation du vécu de cette consultation, deux participantes ont déclaré ne pas penser en avoir besoin : « *Après si on est décidé d'avoir un enfant je sais pas si j'aurai eu besoin de consulter ... après je me sentais prête donc heu, si si j'avais eu, si je n'étais pas à 100% prête et que mon mari en avait voulu à tout prix, j'aurai peut-être eu besoin d'être aidée. Mais là c'est vrai que ... non* » (participante n°9).

Une des participantes a également évoqué de façon spontanée avoir été satisfaite par la consultation préconceptionnelle : « *Après par exemple pour l'acide folique j'étais pas au courant, c'était bien ...*

Ok, donc ça a été plutôt satisfaisant ...

Oui, oui carrément. On avait eu un bon contact aussi donc, et je l'avais revue aussi après du coup pour le début du suivi de grossesse » (participante n°15).

2.4. Eléments abordés durant la CPC

Différents éléments étaient abordés au cours des CPC réalisées :

- Recherche des antécédents pour la participante n°15 : « *Heu après elle m'avait expliqué un peu, enfin elle m'avait posé des questions si j'avais des problèmes de diabète ou autre* ».
- Arrêt de la contraception pour deux participantes : « *pour savoir comment je devais faire, comme je prenais une contraception, savoir à quel moment je devais l'arrêter, si je devais attendre, faire attention un petit peu au départ. C'est des choses que je ne savais pas, donc lui il m'a conseillé* » (participante n°8)

- Bilan d'infertilité : « *Bah en fait comme moi ça ne fonctionnait pas et que je n'avais jamais pris la pilule, donc on avait fait des examens, donc c'est là qu'ils avaient vu que c'était moi qui n'allait pas* » (participante n°12)
- Conseils pour le suivi de la grossesse : « *elle m'avait expliqué que je pouvais être suivie soit par une sage-femme soit directement à l'hôpital, que ça dépendait dans quelle maternité je voulais accoucher, qu'ils ne faisaient pas tous le suivi en même temps etc.* » (participante n°15)
- Contrôle des vaccins : « *Les vaccins on les avait recontrôlés* » (participante n°10)
- Occasion pour la patiente de poser ses questions : « *Et, et heu voilà, après je pense que j'avais dû poser aussi mes questions mais je me rappelle pas exactement quoi, rires* » (participante n°15).
- Une des participantes par contre n'avait pas de questions à poser : « **Vous n'aviez pas forcément eu de questions à lui poser ...**
Bah non » (participante n°8).
- Trois d'entre-elles ont bénéficié de la prescription d'acide folique (participantes n°1, 10 et 15) : « *Elle m'avait prescrit de l'acide folique, à prendre, heu, un mois je crois avant de tomber enceinte, et à continuer deux mois après ...* » (participante n°1).
- Informations sur le temps nécessaire pour concevoir : « *Et puis après elle m'avait expliqué, je lui avais demandé si ça pouvait mettre du temps à repartir, parce que c'était mon troisième implant en fait, donc ça faisait quasiment neuf ans que j'avais un implant et que j'étais plus réglée donc heu ... Voilà je savais pas du tout comment ça allait se remettre en route* » (participante n°15).

3. Obstacles à la réalisation de la CPC

Au cours des quinze entretiens, un certain nombre d'obstacles à la réalisation de la consultation préconceptionnelle en médecine générale étaient retrouvés.

3.1. Manque d'informations

L'obstacle le plus cité par les femmes interrogées est le manque d'informations des

patientes. En effet, douze des quinze participantes affirmaient ne pas connaître l'existence de la consultation préconceptionnelle : « *Bah, on n'a pas d'infos, on sait pas que c'est conseillé d'aller voir quelqu'un avant de concevoir* » (participante n°1) ; « *On n'en parle pas assez ...Moi je ne savais pas que ça existait ...* » (participante n°13) ; « *Bah moi je pense que c'est parce que les gens ne le savent pas tout simplement. Que ça, ça existe et que ça doit être fait* » (participante n°7).

3.2. Manque de temps

La notion de manque de temps de la part du médecin généraliste était une représentation de quatre des participantes : « *Puis après peut-être aussi que t'as l'impression que ton temps en consultation il est un peu compté. Tu peux pas prendre une demi-heure, une heure du temps du médecin pour poser toutes tes questions* » (participante n°5) ; « *Oui, après il y a peut-être trop de clients pour le nombre de médecins. Donc ils se concentrent vraiment sur la maladie actuelle et les à côté, il pensent plus ... un manque de temps je pense* » (participante n°6).

3.3. Consultation réalisée avec le gynécologue

Pour deux participantes, un des obstacles à la réalisation des consultations préconceptionnelles en médecine générale était la réalisation de celle-ci par les gynécologues : « *Et après peut-être que oui les gens vont voir leur gynéco, peut-être que déjà leur gynéco leur en parle et que du coup quand elles vont chez leur généraliste elles n'y pensent pas* » (participante n°4) ; « *et après peut-être que oé, quand il y a un projet de grossesse, heu, défini en amont, ce qui n'est pas toujours le cas, les gens posent plus la question au gynéco, je sais pas ...* » (participante n°15). Certaines participantes s'adresseraient plus facilement au gynécologue pour ce type de consultation : « *Enfin le sens pour moi ça serait de prendre rendez-vous avec un gynécologue* » (participante n°3).

3.4. Consultation non abordée par le médecin généraliste

Pour deux participantes, le fait que le médecin généraliste n'aborde pas spontanément le sujet était un obstacle : « *Parce que c'est vrai que si la femme ne demande pas, ils*

ne vont pas forcément heu ... » (participante n°14).

Pour une autre participante, le médecin généraliste n'aborderait pas la consultation spontanément de peur d'être intrusif : « *peut-être aussi pour ne pas être intrusif » « Ils peuvent peut-être se dire, je ne sais pas si ma patiente a envie d'avoir des enfants, du coup je ne vais pas forcément poser la question si ça ne vient pas d'elle » (participante n°2).*

3.5. Consultation si difficulté à concevoir

Le fait que les femmes pensaient cette consultation réservée aux difficultés de conception pouvait constituer un obstacle à sa réalisation pour une des participantes : « *Ou soit elles y vont, plutôt quand elles ont des difficultés à avoir un enfant, là elles en parlent. Si elles se disent ça fait 6 mois, un an qu'on essaye, là elles vont chez leur médecin je pense » (participante n°11).*

3.6. Consultation une fois enceintes

Le fait que les femmes consultent en étant déjà enceintes pouvait constituer un obstacle à cette consultation dédiée à la préconception : « *Non ... Souvent les femmes vont chez le médecin, peut-être une fois qu'elles sont déjà enceintes je pense » (participante n°11).*

3.7. Consultation jugée non nécessaire

Certaines participantes n'estimaient pas nécessaire une consultation lors d'un souhait de grossesse : « *elles se disent qu'elles veulent un bébé, elles arrêtent leur pilule et basta, quoi. Je pense qu'elles se disent qu'elles n'ont pas besoin de personne pour concevoir » (participante n°3).*

Une des participantes justifiait le côté non nécessaire par le fait que les femmes s'informent d'elles-mêmes, auprès de leur entourage : « *Bah c'est ça, parce qu'après moi j'avais mes cousines qui avaient des enfants donc j'ai pris ... un peu ...*

Des infos à droite et à gauche ...

Voilà ! C'est pour ça que après je n'ai eu de questions » (participante n°12).

3.8. Manque de confiance

Deux participantes estimaient le manque de confiance envers le médecin généraliste comme un obstacle potentiel : « *j'aurai plus confiance d'aller voir un gynécologue qu'un généraliste* » (participante n°3).

3.9. Caractéristiques du médecin traitant

Le fait que le médecin soit trop âgé ou masculin constituait un obstacle pour une participante : « *j'aurai plus confiance avec un gynécologue, ou avec une jeune généraliste, une femme* » « *bah déjà mon médecin c'est un vieux donc heu ...* » (participante n°3).

3.10. Argument financier

La non prise en charge financière de cette consultation pourrait être un obstacle : « *Oui je pense, je pense que c'est une consultation payante heu ... les gens n'iront pas* » (participante n°9).

3.11. Peur

La peur de poser des questions bêtes ou d'apprendre une mauvaise nouvelle apparaissait également dans les obstacles : « *Et il y a des fois où tu te sens un peu bête de poser des questions alors que pour eux la réponse est évidente. Bon t'en as que ça dérange pas mais je sais pas, oui des fois t'as peur de te sentir bête, de déranger à poser trop de questions peut-être* » (participante n°5) ;

« *Avec là toutes les choses et toutes les maladies qu'on entend on n'a pas forcément envie de se faire un check up et de se dire j'ai un pépin ici ou un pépin là donc heu ...* » (participante n°8).

S'associait à la peur d'une mauvaise nouvelle la notion de « préférer ne pas savoir » : « *Oui voilà ! Je pense que les gens préfèrent fermer les yeux et se dire, je préfère ne pas savoir et puis, enfin c'est se voiler la face hein mais bon ...* » (participante n°8).

4. Pour améliorer le recours à la CPC :

De nombreux moyens d'améliorer le recours à la CPC ont été identifiés dans les différents entretiens réalisés.

4.1. L'information

Le moyen d'améliorer le plus souvent cité par les femmes interrogées était l'information. Divers moyens d'information et différents intervenants dans cette information ont été cités.

4.1.1. Moyens d'information :

Divers moyens d'information ont été cités :

- La réalisation d'affiches : « *mettre des affiches dans les cabinets, du coup elles regardent elles se disent : ah oui tiens ça existe, je vais poser la question du coup ...* » (participante n°2)
- La réalisation de brochures, de formulaires : « *Oui des affiches, des flyers, des dépliants, des petits trucs comme ça* » (participante n°6) ; « *oui peut-être, ou sous forme de petits formulaires, pour un peu savoir notre santé comment ça se passe, parce que c'est vrai qu'il faut être à jour dans les vaccins, etc. ...* » (participante n°14)
- La réalisation d'articles : « *Après peut-être quand même un petit article dans les journaux de presse* » (participante n°9)
- La réalisation de campagnes de publicité, de campagnes d'information : « *puis des messages à faire passer, à faire circuler. Je pense que ça serait pas mal parce qu'ils en font bien pour les crashes tests, heu voilà pour les accidents de la route, hein c'est vrai, pour le sida, pour n'importe quoi, alors pourquoi pas pour ça* » (participante n°7) ; « *Non mais franchement ou, à part faire des campagnes de pub, tu peux rien faire* » (participante n°3)
- internet et les réseaux sociaux : « *Puis sur internet, maintenant tout le monde va sur internet* » (participante n°9) ; « *sur, heu les réseaux sociaux aussi pourquoi pas. Je veux dire, ça peut être bien heu et puis des messages à faire passer, à faire circuler* » (participante n°7).

- La télévision : « *En parler à la télé, rires* » (participante n°7)
- Les forums : « *même dans les forums, je veux dire déjà nous on va dans les forums tu sais, genre le forum infirmier, il y a toujours des trucs sur la grossesse, et ben j'avais jamais entendu ça* » (participante n°4)

4.1.2. Personnes réalisant l'information

De nombreuses personnes, autre que les médecins généralistes, ont été cités comme pouvant informer les femmes :

- Les pharmaciens et personnels des pharmacies : « *Et oui même que le personnel de santé, la pharmacie, on en parle plus facilement* » (participante n°13)
- Les professeurs, dans les lycées : « *les jeunes quand ils sont au lycée, faire des petites réunions comme ça et puis passer dans des classes* » (participante n°7) ; « *ou que les professeurs de SVT, hein aussi, ils en sont capables aussi d'informer les jeunes. Je pense que ... au moment où ils parlent de la sexualité, des dangers etc., bah ils devraient informer, je pense les jeunes de ça* » (participante n°7).
- Le planning familial, les assistantes sociales, les éducateurs : « *Il y a plein, je sais pas le planning familial, des assistantes sociales, les éducateurs aussi parce qu'ils sont quand même présents au niveau des jeunes* » (participante n°7)
- Les infirmières : « *Si les ... heu, les médecins, les infirmières, heu toutes ces personnes-là en parlaient plus facilement* » (participante n°13)
- La sécurité sociale : « *ou je sais pas mais même au niveau de la sécu, ils savent t'envoyer des fois des trucs pour faire des examens, ne pas oublier de faire des examens à tel âge, ils devraient envoyer ça aux gens, pour que les gens soient au courant* » (participante n°5)
- Le ministère de la santé : « *Donc moi je pense que c'est plus au niveau ministère de la santé, à eux de mettre en place en effet des choses et qu'après ... heu, ils en font bien pour autre chose, voilà pour l'armée de terre, pour l'armée de l'air, voilà c'est des ministères autres mais ils font des pub tant*

que c'est assez et qu'on voit dix fois par jour, sans pour autant parler de ça et je trouve ça dommage » (participante n°7)

- *Le bouche à oreille : « et puis après en parler. Déjà des fois le bouche à oreille, en parler autour de nous. Entre copines et ... » (participante n°6).*

4.2. Etre abordé par le médecin lui-même

De nombreuses participantes ont cité cet élément comme moyen d'améliorer le recours. Pour elles, le médecin devrait être à l'initiative de la consultation, le proposer spontanément à ses patientes : *« peut-être que les médecins en parlent plus spontanément, quand ils voient en consultation une femme en âge d'avoir des enfants, parce qu'après tout c'est pas tabou finalement ... » (participante n°1) ; « je sais pas quand tu vois une femme, ne pas attendre les consultations heu préconceptionnelles. Quand tu vois une femme en âge d'avoir des enfants qui prend un contraceptif, lui en parler de temps en temps ... Lui dire que si un jour elle a un projet bébé, lui dire que ça existe, que dès qu'elle en a envie elle peut prendre rendez-vous pour ça » (participante n°5) ; « pour les femmes en âge de procréer, c'est peut-être un peu au médecin lui-même de demander un petit peu heu ce qu'il est possible d'envisager, de faire, heu enfin voilà de donner des petits ... » (participante n°14).*

La nécessité d'informer les femmes tôt, dès l'adolescence apparaissait également : *« je pense que bah, il y aurait peut-être un rôle au niveau des médecins généralistes d'informer en étant adolescentes, jeunes etc. De dire, bah voilà il existe une consultation » (participante n°7).*

4.3. Lors de la prescription de la contraception

La prescription de la contraception était une occasion pour certaines participantes d'aborder la CPC : *« bah rien que quand on prend, enfin quand on prescrit un contraceptif à la patiente, lui dire que le jour où elle souhaite l'arrêter il faut en parler, ça on nous le dit pas ! Que ce soit lors d'une consultation chez le gynéco ou chez le généraliste » (participante n°1).*

La CPC pourrait également être abordée lors d'actions sur la contraception faites dans les établissements notamment scolaires : « *Mais après c'est vrai que les gens qui viennent faire des actions sur la contraception, bah moi j'en n'ai jamais entendu parler. Je veux dire à la fin de leur action sur la contraception, dire que si ça arrive y a ça qui devrait être fait* » (participante n°4).

4.4. Pas d'idée

Deux participantes n'identifiaient pas de moyens d'amélioration : « *Silence. Je ne pourrai pas vous dire* » (participante n°12) ; « *Silence ... bah ... heu ... je me dis oui la communication, enfin plus communiquer mais comment amener plus la communication c'est plus ça où ... heu ... je vais pas beaucoup t'aider là. Rires. Il n'y a pas d'idées qui me viennent ...* » (participante n°10).

4.5. Rendre la CPC obligatoire

Une participante émettait l'idée de la rendre obligatoire comme moyen d'amélioration : « *Bah faut l'obliger. Rires. La seule façon pour moi, enfin si on veut que tout le monde le fasse, il faut l'obliger, il faut que ce soit un acte obligatoire* » (participante n°8).

5. Attentes de cette consultation

De nombreuses attentes de cette consultation existaient, autant chez les femmes ayant bénéficié de cette consultation que celles ignorant son existence :

- Besoin de conseils de façon générale : « *Bah des conseils déjà* » (participante n°6)
- Etre rassurée. La réassurance apparaissait nécessaire concernant la peur d'un retard à la conception : « *d'être rassurée par rapport au temps que ça peut prendre de faire un enfant, d'être réactive aux signes qui feraient dire, bah là mince ça coince, il faudrait que j'aille consulter ou pas* » (participante n°2).
- Informations sur les examens nécessaires : « *qu'il m'informe des examens à faire avant, je sais pas s'il y a des examens à faire avant, des prises de sang* » (participante n°11).

- Informations sur la conception : le temps nécessaire, le moment idéal pour concevoir, quand consulter si difficulté : « *au temps que ça peut prendre de faire un enfant* » (participante n°2).
- Sur l'hygiène de vie : l'alimentation, les animaux, les toxiques : « *ce que tu peux manger par rapport à la grossesse, tout ça, ce que t'as pas le droit de manger* » (participante n°4) ; « *par rapport aux chats, bon je n'ai pas de chat mais si jamais je vais chez quelqu'un qui a un chat il faut se faire vacciner, non ?* » (participante n°6).
- Informations sur le déroulement de la grossesse : « *quels rendez-vous j'ai eu pendant ma grossesse, comment va être géré, qui va s'occuper de moi durant la grossesse ?* » (participante n°13) ; mais également sur l'après grossesse : « *heu et puis pour l'après aussi, une fois que l'enfant est là* » (participante n°14).
- Informations concernant les antécédents familiaux : « *Et après par rapport aux antécédents familiaux, parce que moi j'ai des antécédents d'embolie pulmonaire et de phlébite dans la famille. Et ma mère a fait beaucoup de problèmes en accouchant* » (participante n°6).
- Informations sur la toxoplasmose, sur les risques pendant la grossesse : « *Oui, donc j'aurai demandé si on n'est pas immunisé contre la toxo, qu'est-ce qu'on doit faire, moi j'ai dû me renseigner à droite et à gauche ...* » (participante n°12) ; « *Et puis si jamais je décidais d'être enceinte, là je prends la pilule, cerazette®, donc j'ai plus de règles. Du coup je pourrai tomber enceinte sans le savoir, donc par rapport à ça, admettons si j'étais à une soirée et que j'avais bu de l'alcool, parce que c'est pas bon de fumer et boire pendant la grossesse, donc qu'est-ce qui peut se passer si j'ai bu un verre ou j'ai fumé une cigarette pendant l'intervalle où j'étais enceinte sans le savoir. Quels risques on pourrait avoir par rapport au bébé* » (participante n°6).
- Informations sur la vie intime, sur les modifications du corps : « *au niveau personnel, enfin intime aussi, qu'est-ce qui va changer avec mon mari* » (participante n°13) ; « *après je pense que pendant la grossesse ton corps doit changer, enfin des questions là-dessus* » (participante n°4).
- Informations sur les traitements : « *voir s'il y a un traitement à prendre, heu, et répondre à toutes les questions sur les médicaments qu'on peut pas prendre* » (participante n°11).

- Concernant le travail : « *Après je sais pas si c'est au médecin que tu demandes mais genre pour le travail, pour les congés après* » (participante n°4).
- Concernant les vaccins : « *mais les vaccins aussi* » (participante n°6).

Plusieurs participantes déclaraient avoir des attentes surtout pour une première grossesse, elles trouvaient l'intérêt nul pour les grossesses suivantes : « *Heu, au premier enfant ça aurait été intéressant. Au second après on a ... voilà quoi. On connaît, mais au premier enfant on a énormément de questions, on se pose énormément de questions* » (participante n°13).

6. Le rôle du médecin généraliste

Les entretiens ont également été l'occasion d'interroger les femmes sur leur vision du rôle du médecin généraliste dans cette consultation.

6.1. Médecin généraliste adapté ou non

Dix participantes jugeaient le médecin généraliste adapté à la réalisation de la CPC, surtout s'il s'agit du médecin traitant : « *Bah ... oui ça me semble adapté, parce que surtout si c'est le généraliste habituel, qui connaît les problèmes de santé ou autre de la personne* » (participante n°15). La notion de médecin traitant depuis longtemps était également présente chez deux participantes : « *moi ma situation est peut-être un peu particulière aussi, mais comme j'ai déménagé, j'ai un médecin traitant assez nouveau, donc heu ... Oé donc pas forcément* » (participante n°14).

Cinq participantes consulteraient leur médecin traitant en premier pour cela : « ***Donc si tu devais la faire vers qui tu irais en premier ?***

Bah mon médecin généraliste hein » (participante n°11).

Les participantes trouvaient le médecin traitant adapté pour plusieurs raisons : il s'agissait du médecin traitant qu'on voit le plus souvent, qui connaît le mieux les patientes, qui est disponible le plus rapidement : « *Heu bah moi je pense que c'est la personne la mieux placée parce que c'est la personne qui nous connaît le plus, qui connaît nos antécédents, qui connaît on va dire tout sur notre santé* » (participante

n°8) ; « *je trouve que tu vas quand même voir plus souvent ton médecin généraliste que les médecins dans les hôpitaux* » (participante n°4) ; « *Bah c'est plus simple, les rendez-vous sont beaucoup plus rapides* » (participante n°11).

Une des participante trouvait le médecin généraliste adapté s'il était une femme : « *Non mais sérieux je te jure je me sentirai plus en confiance avec une femme ...* » (participante n°3).

Cinq en revanche le jugeaient inadapté : « *Moi je serai plus vers une gyneco ou une sage-femme. Parce qu'ils sont vraiment spécialisés dans l'accouchement* » (participante n°6). Quatre auraient consulté en premier lieu un gynécologue ou une sage-femme : « *J'aurai appelé une sage-femme ou j'aurai appelé à l'hôpital* » (participante n°13).

6.2. Confiance dans le médecin traitant

La confiance faisait que les femmes iraient plus facilement vers leur médecin traitant pour réaliser la CPC : « *parce que déjà c'est le médecin avec qui on se sent le plus en confiance, qu'on voit le plus souvent, je pense que c'est celui auquel on peut poser le plus de questions et qui peut le mieux nous renseigner* » (participante n°2).

6.3. Attentes envers le médecin généraliste

Les femmes se tourneraient en majorité vers leur médecin traitant pour réaliser cette consultation mais avaient certaines attentes à son encontre :

- qu'il soit compétent dans ce domaine : « *Donc oui moi j'attendrai qu'il soit consciencieux quand même* » (participante n°4)
- Savoir les adresser à des spécialistes : « *lui peut nous orienter vers d'autres spécialistes pour savoir bah justement, parce que je pense qu'il y a des échos et tout à faire* » (participante n°11)
- Qu'il les informe à ce sujet : « *c'est vrai que c'est leur rôle d'informer* » (participante n°7).

VI. Discussion

1. Forces et limites de l'étude

1.1. Population étudiée

L'analyse des entretiens a permis de soulever divers éléments liés à la population étudiée

La méthode de recrutement des participantes peut être discutée, en effet le recrutement par boule de neige m'a conduite à interroger uniquement des connaissances personnelles ou des personnes recommandées par mes connaissances, ce qui constitue un biais de recrutement. Peut-être qu'un recrutement directement en consultation de médecine générale aurait été plus représentatif et plus judicieux pour ce sujet de thèse.

Pour plus de commodité pour les participantes les entretiens ont été réalisés à leur domicile.

La suffisance des données a bien été obtenue, et ce après réalisation de quinze entretiens semi-dirigés.

1.2. Logiciel Nvivo®

L'utilisation du logiciel Nvivo® pour l'analyse des entretiens a permis un réel gain de temps et de fiabilité.

La fusion de nos deux projets était impossible sur notre version du logiciel, nous avons donc dû coder tour à tour les entretiens sur le même projet. Le codage a donc pu être influencé par l'arbre thématique déjà rédigé par le premier codeur.

1.3. Données manquantes

Lors de l'analyse des résultats à l'aide du logiciel Nvivo®, je me suis aperçue de l'absence de certaines données dans les entretiens.

La notion du désir de grossesse n'a pas été abordée, cela aurait pourtant pu être utile pour évaluer l'intérêt des femmes pour cette consultation en fonction de leur désir ou

non de concevoir. En effet on peut imaginer qu'une femme ayant arrêté sa contraception et souhaitant concevoir dans un avenir proche soit plus réceptive à cette consultation.

Cependant malgré cela, nous avons su ajuster la grille d'entretien au fur et à mesure ; par exemple la question : « qui consulteriez-vous en premier pour réaliser une consultation préconceptionnelle ? » a été ajoutée par la suite.

1.4. Les avantages de l'étude

Nous avons recueilli les avis de femmes aux connaissances variées : certaines ayant fait elles-mêmes la démarche de la consultation préconceptionnelle, volontairement ou non, en connaissant le terme ou non, d'autres en ignoraient l'existence ou n'y voyaient tout simplement pas d'intérêt.

La suffisance des données a bien été obtenue et ce après la réalisation de quinze entretiens.

L'analyse de ces entretiens a été réalisée à l'aide d'un double codage avec triangulation des données, ce qui augmente la validité interne de l'étude.

2. Les modalités de réalisation et les obstacles à la CPC

2.1. Lors d'une consultation pour infertilité

L'infertilité est définie comme une des circonstances de réalisation évidente de la CPC (6)(8). Une des participantes avait consulté devant un échec à concevoir de façon spontanée. Elle affirmait alors que cette consultation avait été l'occasion de prescrire le bilan et d'amorcer la prise en charge de cette infertilité. Cependant, malgré les consultations répétées avec un gynécologue cette patiente n'a jamais reçu d'informations complémentaires, sur l'alimentation, les vaccins, etc.

Ceci montre donc que la sollicitation par la femme elle-même ne suffit pas à la réalisation d'une consultation préconceptionnelle complète et satisfaisante.

2.2. A l'initiative du médecin généraliste

De nombreuses sources, notamment le Journal of the American Academy of Physician Assistants (JAAPA) évoque le fait que la CPC devrait être proposé plus systématiquement par le médecin généraliste (13)(17)(96), et ce pour toutes les femmes en âge de procréer. Une seule des participantes interviewées a eu une CPC, à l'initiative du médecin généraliste. Toutes les participantes étaient pourtant en âge de procréer.

Il semble donc qu'il y ait un réel manque de sollicitation de la part des médecins généralistes (96). Deux participantes ont d'ailleurs évoqué cela comme un obstacle à la réalisation de la CPC.

Parallèlement à cela, la sollicitation de la part du médecin lui-même pourrait paraître intrusive et être mal perçue, comme l'ont souligné deux participantes.

2.3. Lors d'une consultation avec le gynécologue

Toutes les femmes interviewées avaient un suivi gynécologique, cependant une seule d'entre-elles a reçu une consultation préconceptionnelle de la part de son gynécologue. Le manque de sollicitation se retrouve donc également de la part des gynécologues. Probablement que celui-ci concerne les professionnels de santé au sens large.

Un autre obstacle décrit dans cet article est le délai (13) nécessaire pour obtenir une consultation. Hors on n'imagine pas les femmes ou les couples ayant un désir de grossesse attendre plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous et ensuite envisager de débiter une grossesse. Il semble donc judicieux de proposer des délais de consultation rapides, ce dont sont capables la plupart des médecins généralistes.

2.4. Le contenu de la CPC

2.4.1. Alimentation

Aucune des femmes interviewées ayant bénéficié d'une CPC n'a reçu de conseils sur l'alimentation. Trois femmes auraient souhaité recevoir des informations sur l'alimentation au cours d'une CPC.

Visiblement peu abordée au cours des CPC, l'alimentation est pourtant une partie importante de cette consultation. Cette notion est abordée dans deux nombreuses sources (97). La revue médicale britannique « the Lancet » a notamment rédigé une série d'articles à ce sujet en mai 2018 (15)(27)(79)(79). Elle insiste sur le fait qu'améliorer l'alimentation et ainsi le niveau de santé de la mère avant la conception, permet d'améliorer la santé maternelle et infantile. Ils insistent même sur un délai nécessaire d'au moins trois ans avant la conception. Ce délai paraît, en pratique, difficile à respecter. En effet il semble compliqué de demander aux femmes d'anticiper leur grossesse de trois ans. Il semblerait donc judicieux d'envisager une information sur l'alimentation plus large, dès l'adolescence.

Par ailleurs une des femmes interviewées pensait que la toxoplasmose se prévenait par un vaccin, et non par des règles hygiéno-diététiques ; ce constat confirme le fait que les connaissances concernant l'alimentation des femmes enceintes est insuffisante.

2.4.2. Supplémentation acide folique

La supplémentation en folates est nettement recommandée chez la femme enceinte (6,27,28,35). Pourtant comme décrit dans un article paru en mai 2018 dans la revue médicale « Preventive Medicine », la supplémentation en folates avant la conception dans le monde est très variable et nettement insuffisante (70).

Cette donnée est également présente dans notre étude ; en effet sur les quinze participantes interviewées, seules trois ont reçu de l'acide folique avant la grossesse. Pourtant cinq avaient bénéficié d'une consultation préconceptionnelle.

Le recours à la consultation préconceptionnelle est donc insuffisant mais ces consultations semblent incomplètes et de mauvaise qualité.

Un article paru dans le BMC Public Health identifie comme obstacles à la supplémentation en acide folique la confusion quant aux raisons d'utilisation, à la dose et à la durée nécessaire, au calendrier et à l'efficacité de l'utilisation d'acide folique (98).

2.5. Manque d'informations

La méconnaissance et le manque d'informations concernant la CPC est apparue comme le premier obstacle largement cité par les femmes. Cet obstacle est également le plus cité dans les différentes revues et articles, avec notamment la méconnaissance des facteurs de risque présents dès la période préconceptionnelle (96).

Une campagne publique réalisée à Rotterdam en 2007 incitait les femmes à remplir une liste de contrôle avant la grossesse sur internet. Cette campagne a entraîné une augmentation de l'utilisation du site internet de 250% pendant la campagne mais pas d'augmentation du recours aux CPC.

Ce constat montre donc que l'information des femmes est essentielle mais ne suffit pas à promouvoir le recours à la CPC.(74)

Il est donc certain qu'il y a plusieurs obstacles à la réalisation de cette consultation, et donc plusieurs moyens d'en améliorer son recours.

2.6. Manque de connaissances des professionnels de santé

Selon un article paru dans le JAAPA(13), une des raisons de la faible sollicitation de la part des professionnels de santé est leur manque de connaissance sur le sujet. Pourtant les objectifs du premier congrès européen sur la santé avant la conception et les soins avant la conception, réalisé en 2010 à Bruxelles, étaient d'introduire en Europe la méthodologie de la CPC et de sensibiliser les secteurs économiques et sociaux à l'importance de la santé préconceptionnelle.

Il semble donc que le niveau de formation des professionnels de santé sur le sujet soit encore insuffisant et que cela puisse limiter le recours à cette consultation.

2.7. La CPC est jugée inutile

Malgré une information efficace, certaines femmes pensent tout de même ne pas avoir besoin de la CPC, elles pensent en savoir assez sur le sujet, ne comprennent pas le but de cette consultation, ne se sentent pas concernées par cette consultation et pensent que cette consultation est destinée uniquement aux populations à risques et aux femmes présentant des difficultés à concevoir (13,74,96,98).

Cette notion est retrouvée chez certaines des femmes interviewées. Elles ne trouvaient pas utile de bénéficier d'une consultation lors d'un souhait de grossesse, et pensaient également que les femmes n'avaient besoin de consulter qu'une fois la grossesse débutée.

L'information paraît donc indispensable pour faire connaître la consultation préconceptionnelle aux femmes mais également pour en préciser le contenu, les intérêts et les circonstances de recours.

2.8. Manque de temps

L'impression que le médecin manque de temps est un obstacle fréquemment retrouvé. Une des participantes pense que le médecin se concentre sur le motif de la consultation et n'a pas forcément le temps d'aborder les sujets de prévention en supplément, une autre a l'impression que le temps est compté en consultation et qu'elle ne peut pas poser toutes les questions qu'elle voudrait.

Cette notion est aussi présente dans la littérature : certains professionnels de santé disent manquer de temps lors de leurs consultations pour évoquer les CPC, d'autres pensent que ce n'est tout simplement pas leur rôle (96).

2.9. Sujet tabou

La grossesse et les consultations préconceptionnelles peuvent être perçues comme quelque chose de tabou, de non médical, qui ne concerne que le couple (96). Deux participantes ont évoqué cela, une pensait que cela pouvait même constituer un obstacle pour le médecin, il peut avoir peur d'être trop intrusif dans la vie de sa patiente, du couple, et ainsi ne pas oser aborder le sujet lui-même.

3. Les moyens d'améliorer le recours à la CPC

3.1. Abordé par le médecin lui-même

Pour un plus grand recours à la CPC, de nombreuses sources, notamment le JAAPA, évoquent le fait que celle-ci devrait être proposée plus systématiquement par le médecin

généraliste, lors de chaque consultation auprès de femmes en âge de procréer (13,17), et ce sans attendre la demande de la femme qui arrive souvent trop tard.

Les articles parus dans la revue médicale « Lancet » parlent de « dépistage du désir de grossesse », de nécessité d'identifier les désirs de grossesse (28,80). Une enquête de Frey et Files (99) montre que les femmes comprennent l'intérêt de la CPC, mais n'en parlent pas à leur médecin.

Il est donc évident que le médecin a un rôle important concernant l'information des femmes, et ce, sans attendre uniquement la sollicitation de celles-ci ; certaines participantes proposaient d'ailleurs cela comme un moyen d'améliorer le recours à la CPC.

Cependant il semblerait, à mon avis, difficile d'aborder la question du désir de grossesse à chaque consultation avec une patiente, sous peine de paraître intrusif et insistant ...

De plus la présence de femmes n'ayant jamais vu de médecin avant le début de leur grossesse peut rendre ce rôle difficile à réaliser. Une étude américaine réalisée auprès de femmes d'origine mexicaine, montre que bien que reconnaissant l'intérêt de la CPC, 60% d'entre-elles n'ont jamais vu de médecin avant la conception. (100)

Il semblerait donc intéressant de pouvoir intervenir plus tôt, et ce dès l'adolescence, comme recommandé par certains articles (34).

3.2. Information

L'information des femmes est le moyen d'amélioration le plus cité autant par les participantes interviewées que dans la bibliographie (96).

L'information des femmes dès l'adolescence implique d'intervenir en dehors du milieu médical (peu fréquenté à ces âges). C'est ce qu'ont suggéré certaines femmes interrogées, avec l'évocation d'interventions dans les lycées, les plannings familiaux, par les professeurs, les éducateurs, les assistantes sociales, etc. Cette idée est retrouvée dans la bibliographie avec l'information en cours de SVT, d'éducation sexuelle, par les infirmières scolaires (17), et ce dès l'âge de 15 ans (34); il est même dit qu'une intervention sur la nutrition et l'hygiène de vie dès l'adolescence aurait plus de bénéfice sur la santé préconceptionnelle et la santé du futur bébé. (101)

La prescription, le renouvellement par les professionnels de santé, voire même la délivrance de la contraception par le pharmacien peut également être une occasion d'aborder le sujet de la préconception. Cela est d'ailleurs recommandé par l'HAS (6) comme étant une des circonstances possibles de réalisation de la CPC. Dans la littérature CPC et contraception sont d'ailleurs souvent associées.

L'information à tout âge est également importante (34), comme proposé par différentes participantes, elle peut se faire de différents moyens : par le biais d'affiches, de brochures, de campagnes de publicité, par internet, réseaux sociaux, de formulaires, de forums, etc.

En France diverses informations sont disponibles sur internet concernant la consultation préconceptionnelle, notamment sur le site de l'HAS, ou sur des forums féminins par exemple. Mais cela implique de connaître le terme de « consultation préconceptionnelle » et de le rechercher. En effet une des participantes nous a dit connaître l'existence de cette consultation mais pas son nom exact.

Une des femmes interviewées a proposé l'intervention de la sécurité sociale pour favoriser le recours à la CPC. Elle proposait l'envoi de courriers systématiques au même titre que ceux déjà présents pour le dépistage du cancer colorectal (102), pour la réalisation des frottis cervico-vaginaux (103), des mammographies (104), etc. L'intervention de la sécurité sociale n'a pas été retrouvée dans la bibliographie.

La plupart des moyens d'information proposés tant par les femmes interviewées que par les données de la bibliographie a été réalisée aux Etats-Unis. Ils ont en effet développé l'information autour de la consultation préconceptionnelle de diverses manières (105) :

- Le Healthy People 2020 (106)(107), projet lancé en 2010 par le ministère de la santé qui regroupe 1200 objectifs choisis pour communiquer sur les problèmes de santé hautement prioritaires. Parmi eux, un vise à améliorer la proportion de femmes bénéficiant de la CPC et ainsi adopter des comportements positifs avant la conception. Ce rôle d'information du ministère de la santé a été évoqué par une des femmes interviewées. Elle considère que c'est le rôle du ministère de la santé de mettre en place des éléments pour favoriser le recours à la CPC.

- En 2014 un site Web pour les cliniciens est mis en place. Il constitue un guide complet pour la réalisation des soins préconceptionnels (108).
- En février 2015 : une liste de 9 mesures de bien-être avant la conception est désormais à recueillir lors de la 1^{ère} évaluation prénatale de toute femme enceinte
- En 2013 est réalisée une campagne nationale pour améliorer la santé des jeunes adultes et la santé avant la conception. Cette campagne s'appelle « Show your love » et est destinée aux femmes et aux hommes de 18 à 44 ans, présentant ou non un désir de grossesse. Des affiches sont réalisées, de même qu'un site internet en juin 2016, qui permet de favoriser des modes de vie sains et de comprendre les soins préconceptionnels (109).
- Show Your Love est également présent sur les réseaux sociaux avec Twitter (110) et Facebook (111) et via le Hashtag #ShowYourLoveToday.

Au Canada des brochures d'information sont disponibles mais ne suffisent pas, en effet le recours à la CPC y est peu fréquent (96).

Tous ces moyens d'information dont ne dispose pas la France concernant les CPC semblent être des pistes intéressantes, bien que visiblement non suffisantes à elles-seules.

3.3. Prise en charge de la consultation

Aux Pays-Bas la consultation préconceptionnelle est incluse dans les régimes d'assurance maladie depuis janvier 2011 (75). En France aucune prise en charge n'est faite pour cette consultation (4).

Peut-être qu'une prise en charge financière, sous forme d'une consultation avec tiers payant intégral inciterait plus facilement les femmes à consulter.

De même, une cotation pour la consultation préconceptionnelle favoriserait probablement la sollicitation de la part du médecin. Celle-ci n'existe pas, pourtant depuis le 1^{er} novembre 2017, une cotation particulière existe pour la première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans (112).

3.4. Rendre la CPC obligatoire

Une des participantes a émis l'idée de rendre la consultation préconceptionnelle obligatoire. Cela semble difficile à réaliser en pratique. Comment obliger les femmes à consulter avant d'être enceinte ? Comment faire pour les femmes n'ayant pas prévu de tomber enceinte ? Cela reviendrait à exercer un certain contrôle sur la vie privée des femmes, des patients, des couples et ne semble, à mon avis, pas très éthique ...

3.5. Information des professionnels de santé

La mauvaise connaissance des consultations préconceptionnelles de la part des professionnels de santé constituant un obstacle certain à sa réalisation, le fait de mieux informer les professionnels de santé sur cette consultation peut constituer un moyen d'améliorer son recours en pratique courante.

Une journée de l'accompagnement préconceptionnel est par exemple prévue en ce sens à Arradon dans le Morbihan en mars 2019.

3.6. Anticiper la grossesse

L'anticipation de la grossesse comme moyen d'améliorer le recours à la CPC n'a été évoqué par aucune des participantes.

Cette notion est cependant présente dans la bibliographie où il est dit que, certes le médecin doit solliciter plus spontanément les patientes, mais que celles-ci doivent aussi penser à la grossesse, l'anticiper afin d'être plus réceptives à la consultation préconceptionnelle et ainsi en augmenter le recours (98).

4. La confiance envers le médecin généraliste

Lors de la revue de la bibliographie concernant les consultations préconceptionnelles, une notion fréquemment retrouvée est celle de la confiance envers le médecin généraliste (13).

En effet il s'agit d'un sujet personnel, parfois considéré comme tabou, pour lequel il semble indispensable d'avoir confiance en son médecin. En effet tout patient ayant une relation médecin-malade de qualité avec son médecin traitant, son gynécologue ou tout autre professionnel de santé, devrait pouvoir aborder avec celui-ci tous les sujets possibles.

Lors des entretiens, les femmes déclarant s'orienter en première intention vers leur médecin traitant pour réaliser une CPC, ajoutent qu'il s'agit du médecin qui les connaît le mieux, en qui elles ont le plus confiance.

Une d'elle a d'ailleurs considéré comme pouvant être un obstacle à la réalisation de la CPC, le fait que son médecin soit un homme et qu'il soit âgé. Elle disait se sentir plus en confiance pour ce genre de consultation avec une femme jeune.

5. Le rôle de l'homme dans la CPC

Aucune des femmes interviewées n'a évoqué la place de l'homme dans la CPC, ou la nécessité de l'intégrer dans celle-ci. Cependant cette notion se développe de plus en plus (16)(75)(105). En effet dans les données de la littérature, l'homme doit faire partie intégrante de cette consultation, et même en bénéficier au même titre que la future maman. Les effets de la santé préconceptionnelle du papa sur la santé et le développement du futur bébé sont prouvés. La mauvaise nutrition du père entraînerait une perturbation épigénétique des spermatozoïdes, et ainsi une incidence accrue de troubles métaboliques et de pathologies chroniques chez l'enfant (83)(113).

Un article paru dans la revue médicale « fertility and sterility » en décembre 2016 (114) évalue les effets sur la stérilité masculine de la prise d'IPP. La prise d'IPP 6 à 12 mois avant la conception serait responsable d'un risque trois fois plus élevé d'avoir un nombre total de spermatozoïdes mobiles bas. Cet article suggère donc plus largement que l'homme devrait bénéficier, tout comme la femme, de conseils sur l'utilisation des médicaments en période préconceptionnelle. Des recherches sont bien évidemment à faire à ce sujet.

VII. Conclusion :

Bien qu'elle existe depuis 2009 et qu'elle soit recommandée par de nombreux organismes dont l'OMS et l'HAS, la consultation préconceptionnelle demeure sous réalisée en France. Selon des études, seul 15% des femmes bénéficient de cette consultation.

Pourtant les intérêts de cette consultation sont bien connus, il est maintenant prouvé qu'elle permet d'agir en amont, et ainsi espérer un changement des comportements des futurs parents et par la même occasion une diminution de la morbi-mortalité materno-fœtale.

Il est toujours étonnant de constater la faible réalisation d'une consultation qui présente un réel intérêt en terme de santé publique. C'est pourquoi nous nous sommes intéressés aux raisons de ce faible recours à la CPC.

Notre étude a permis d'identifier différents freins, confirmés par les données de la bibliographie. Les plus marquants sont le manque de connaissances des femmes à ce sujet, leur manque de compréhension du contenu, de l'intérêt et des conditions de réalisation de cette consultation, la faible sollicitation de la part des médecins, leur manque de temps et leur manque de formation à ce sujet.

Différentes pistes d'amélioration ont pu être mises en évidence. L'information par divers moyens en est la principale. Tous les domaines, que ce soit médical, paramédical, scolaire, social, ministériel, éducatif ont été proposés. L'intervention avant la période de conception, notamment dès l'adolescence semble également opportune afin de cibler un maximum de personnes. L'information des professionnels de santé à cette consultation, ainsi que leur sollicitation spontanée auprès des femmes en âge de procréer est également une piste.

La situation dans les autres pays, semble-t-il plus avancés que la France sur le sujet nous montre qu'aucune piste ne fonctionne de façon isolée ; il serait donc plus judicieux de toutes les combiner afin de pouvoir espérer une amélioration du recours à la consultation préconceptionnelle.

Pour notre pratique future, nous pouvons retenir de ce travail les éléments suivants :

- Etablir une relation de confiance avec ses patients, afin d'être capable d'aborder avec eux tous les sujets, même ceux qui peuvent paraître tabous
- Dépister les désirs de grossesse chez ses patients
- Délivrer des informations et des messages de prévention concernant l'alimentation, les toxiques, la contraception, etc. dès l'adolescence
- Informer les patients, idéalement les couples de l'existence de cette consultation, de son intérêt, et de notre mise à leur disposition le moment voulu pour aborder ce sujet
- Se former tout au long de sa carrière médicale afin de ne pas priver nos patients de quelque chose d'important à cause de notre manque de connaissances.

Un gros travail reste à faire dans le domaine de la préconception, notamment en ce qui concerne l'intégration de l'homme dans cette démarche. En effet l'effet tératogène des médicaments est bien connu chez la femme, mais l'est beaucoup moins chez l'homme. Il semblerait intéressant de pousser les investigations en ce sens.

VIII. Références bibliographiques :

1. Bilan prénuptial : pourquoi consulter avant de concevoir ?
<https://www.passeportsante.net/fr/Maux/analyses-medicales/Fiche.aspx?doc=analyse-prenuptial>
2. Examen prénuptial : http://www.conf-plus.com/sites/default/files/165015_45.pdf
3. Masson E. Examen prénuptial EM-Consulte. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/17452/examen-prenuptial>
4. De la consultation prénuptiale...à la consultation préconceptionnelle | Gynécologie Obstétrique Pratique : <https://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/de-la-consultation-prenuptiale-la-consultation-preconceptionnelle>
5. Naissances hors mariage en 2017 | Insee : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381394>
6. HAS. projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer
7. Haute Autorité de Santé - Projet de grossesse : consultation préconceptionnelle
8. Projet de grossesse - Consultation préconceptionnelle : <https://docteur-benchimol.com/obstetrique/103-projet-de-grossesse-consultation-preconceptionnelle.html>
9. Juges 13:4 : <http://sainte bible.com/judges/13-4.htm>
10. Adolphe Pinard : https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Adolphe_Pinard&oldid=149359550
11. Les enfants de l'amour : à propos de l'eugénisme au XIXe siècle - Persée : https://www.persee.fr/doc/roman_0048-8593_1990_num_20_68_6128
12. La consultation préconceptionnelle CNGOF : <http://www.cngof.fr/grossesse/197-la-consultation-preconceptionnelle-2>
13. Fuehrer L, Buckler E, Bowman E, Gregory T, McDaniel J. Promoting preconception health in primary care. Journal of the American Academy of PAs. août 2015.
14. Chuang CH, Velott DL, Weisman CS. Exploring Knowledge and Attitudes Related to Pregnancy and Preconception Health in Women with Chronic Medical Conditions. Maternal and Child Health Journal. sept 2010.

15. Barker M, Dombrowski SU, Colbourn T, Fall CHD, Kriznik NM, Lawrence WT, et al. Intervention strategies to improve nutrition and health behaviours before conception. *The Lancet*. mai 2018.
16. Harvey T. La consultation préconceptionnelle : nouveau concept ? Effet de mode ? Besoin de santé publique ? *Rev med perinat*. 1 sept 2011.
17. Mandelbrot L. Consultations préconceptionnelles : <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/224996/resultatrecherche/1>
18. Delvoye P. La consultation préconceptionnelle.
19. Jack BW, Atrash H, Coonrod DV, Moos M-K, O'Donnell J, Johnson K. The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 déc 2008.
20. Solomon BD, Jack BW, Feero WG. The clinical content of preconception care: genetics and genomics. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 déc 2008.
21. Stubblefield PG, Coonrod DV, Reddy UM, Sayegh R, Nicholson W, Rychlik DF, et al. The clinical content of preconception care: reproductive history. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 déc 2008.
22. Lawther L, Dolk H, Sinclair M, Morrow J. The preconception care experiences of women with epilepsy on sodium valproate. *Seizure*. juill 2018.
23. Rothuizen L. Médicaments, grossesse & allaitement Principes de base.
24. CNGOF - RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE MEDICALE. http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_13.HTM
25. HAS. rhophylac-2010 : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/rhophylac_-_ct-7715.pdf
26. Coonrod DV, Jack BW, Stubblefield PG, Hollier LM, Boggess KA, Cefalo R, et al. The clinical content of preconception care: infectious diseases in preconception care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 déc 2008.
27. HAS. Commission de transparence sur l'acide folique - 0.4mg : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/evamed/CT-16672_ACIDE_FOLIQUE_CCD_0,4mg_PIS_RI_Avis1_CT16672.pdf
28. Stephenson J, Heslehurst N, Hall J, Schoenaker DAJM, Hutchinson J, Cade JE, et al. Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *The Lancet*. mai 2018.
29. AFSSAPS. commission de transparence acide folique 2002 : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/ct031338.pdf>

30. Klein J, Boyle JA, Kirkham R, Connors C, Whitbread C, Oats J, et al. Preconception care for women with type 2 diabetes mellitus: A mixed-methods study of provider knowledge and practice. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 1 juill 2017.
31. calendrier vaccinations 2018 : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf
32. Coonrod DV, Jack BW, Boggess KA, Long R, Conry JA, Cox SN, et al. The clinical content of preconception care: immunizations as part of preconception care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 déc 2008.
33. Santé publique France - La grippe saisonnière : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/grippes/index.asp>
34. Prévention des risques pour l'enfant à naître. Nécessité d'une information bien avant la grossesse. Académie nationale de médecine 2006 : <http://www.academie-medecine.fr/06-06-prevention-des-risques-pour-lenfant-a-naître-necessite-dune-information-bien-avant-la-grossesse/>
35. Gardiner PM, Nelson L, Shellhaas CS, Dunlop AL, Long R, Andrist S, et al. The clinical content of preconception care: nutrition and dietary supplements. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 déc 2008.
36. Recommandations listériose : <http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/listeriose/reclist.html>
37. Prévention toxoplasmose : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/toxoplasmose/prevention>
38. Chavatte-Palmer P, Al Gubory K, Picone O, Heyman Y. Nutrition maternelle : incidence sur la fertilité de la descendance et importance de la période périconceptionnelle pour le long terme. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 1 sept 2008.
39. Laure P, Pichon M-L, Galliot L, Wantz L. Activité physique et grossesse physiologique : intérêt pour l'enfant à naître. *La Revue Sage-Femme*. 1 févr 2018.
40. Complications maternelles du diabète gestationnel : <https://www-sciencedirect-com.doc-distant.univ-lille2.fr/science/article/pii/S0368231510700454>
41. Dunlop AL, Gardiner PM, Shellhaas CS, Menard MK, McDiarmid MA. The clinical content of preconception care: the use of medications and supplements among women of reproductive age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 déc 2008.
42. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : <https://ansm.sante.fr/>
43. CRAT - Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte : <http://lecrat.fr/>

44. Floyd RL, Jack BW, Cefalo R, Atrash H, Mahoney J, Herron A, et al. The clinical content of preconception care: alcohol, tobacco, and illicit drug exposures. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 déc 2008.
45. McDiarmid MA, Gardiner PM, Jack BW. The clinical content of preconception care: environmental exposures. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 déc 2008.
46. Klerman LV, Jack BW, Coonrod DV, Lu MC, Fry-Johnson YW, Johnson K. The clinical content of preconception care: care of psychosocial stressors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 déc 2008.
47. National Center for Injury Prevention and Control : <https://www.cdc.gov/injury/>
48. Frieder A, Dunlop AL, Culpepper L, Bernstein PS. The clinical content of preconception care: women with psychiatric conditions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1 déc 2008.
49. phqscreeners : <https://www.phqscreeners.com/>
50. Frey KA, Navarro SM, Kotelchuck M, Lu MC. The clinical content of preconception care: preconception care for men. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. déc 2008.
51. Dunlop AL, Jack B, Frey K. National Recommendations for Preconception Care: The Essential Role of the Family Physician. *J Am Board Fam Med*. 1 janv 2007.
52. OMS. preconception care.
53. législation pilule : http://www.assemblee-nationale.fr/13/evenements/1967_legalisation_pilule/1967_legalisation_pilule.pdf
54. IVG : un droit garanti par la loi : <https://ivg.gouv.fr/ivg-un-droit-garanti-par-la-loi.html>
55. Grossesses non désirées : <http://www.carnetsdesante.fr/Grossesses-non-desirees-ce-que>
56. LAURIE P. UNIVERSITÉ TOULOUSE III- PAUL SABATIER FACULTÉ DE MÉDECINE.
57. Bilan démographique 2016 - Insee : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860>
58. Mortalité néonatale Le Figaro : <http://sante.lefigaro.fr/actualite/2013/05/27/20583-mortalite-neonatale-france-tres-mal-classee>
59. Grossesse CNGOF : http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_07.htm
60. Age du premier enfant - Insee Première : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>

61. 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*. 1 déc 2008.
62. étude OBEPI 2009 :
http://www.roche.fr/content/dam/roche_france/fr_FR/doc/AttachedFile_10160.pdf
63. Surpoids et maternité : une grossesse potentiellement à risques :
<https://www.obesite.com/surpoids-maternite-risque/>
64. Callec R, Perdriolle-Galet E, Sery G-A, Lamy C, Floriot M, Fresson J, et al. Diabète de type 2 et grossesse : épidémiologie et conséquences obstétricales. Étude sur une série continue de 97 femmes enceintes. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 1 janv 2015.
65. Les Enquêtes Nationales Périnatales : <http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/grandes-enquetes/enquetes-nationales-perinatales>
66. Grossesse et tabagisme - Stop-tabac : <https://www.stop-tabac.ch/fr/les-effets-du-tabagisme-sur-la-sante/grossesse-et-tabagisme>
67. M. J-M. Grossesse et alcool : boire sans SAF ! *Revue Francophone des Laboratoires*. 1 juin 2017.
68. Pour un fœtus en bonne santé, mieux vaut bien manger *Allo docteurs* 2011 :
https://www.allodocteurs.fr/actualite-sante-pour-un-f-tus-en-bonne-sante-mieux-vaut-bien-manger_4886.html
69. Grossesse : la prescription de vitamine B9 toujours insuffisante :
https://www.francetvinfo.fr/sante/alimentation/grossesse-la-prescription-de-vitamine-b9-toujours-insuffisante_2131217.html
70. Toivonen KI, Lacroix E, Flynn M, Ronksley PE, Oinonen KA, Metcalfe A, et al. Folic acid supplementation during the preconception period: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. sept 2018.
71. Grossesse: la supplémentation en vitamine B9 insuffisante :
<http://sante.lefigaro.fr/article/grossesse-la-supplementation-en-vitamine-b9-insuffisante/>
72. ENP 2016 : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
73. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. *La Revue Sage-Femme*. déc 2007.
74. van der Zee B, de Beaufort ID, Steegers EAP, Denktas S. Perceptions of preconception counselling among women planning a pregnancy: a qualitative study. *Fam Pract*. juin 2013.

75. Zee B van der, Beaufort I de, Temel S, Wert G de, Denktas S, Steegers E. Preconception care: An essential preventive strategy to improve children's and women's health. *J Public Health Pol.* 1 août 2011.
76. Bialystok L, Poole N, Greaves L. Soins préconceptionnels. *Can Fam Physician.* oct 2013.
77. Moos M-K, Dunlop AL, Jack BW, Nelson L, Coonrod DV, Long R, et al. Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology.* 1 déc 2008.
78. INPES folates et grossesse.
79. Fleming TP, Watkins AJ, Velazquez MA, Mathers JC, Prentice AM, Stephenson J, et al. Origins of lifetime health around the time of conception: causes and consequences. *The Lancet.* mai 2018.
80. The Lancet. Campaigning for preconception health. *The Lancet.* mai 2018.
81. Frayne DJ, Verbiest S, Chelmos D, Clarke H, Dunlop A, Hosmer J, et al. Health Care System Measures to Advance Preconception Wellness: Consensus Recommendations of the Clinical Workgroup of the National Preconception Health and Health Care Initiative. *Obstet Gynecol.* mai 2016.
82. Temel S, van Voorst SF, de Jong-Potjer LC, Waelput AJM, Cornel MC, de Weerd SR, et al. The Dutch national summit on preconception care: a summary of definitions, evidence and recommendations. *J Community Genet.* 1 janv 2015.
83. O'Brien AP, Hurley J, Linsley P, McNeil KA, Fletcher R, Aitken JR. Men's Preconception Health: A Primary Health-Care Viewpoint. *Am J Mens Health.* 1 mai 2018.
84. Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. Recommendations to improve preconception health and health care--United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recomm Rep.* 21 avr 2006.
85. Preconception Health Nationwide Initiatives.
86. Office de la Naissance et de l'Enfance - Congrès européen sur les soins préconceptionnels et la santé préconceptionnelle : <http://www.one.be/actualites-one/details-actualites-one/congres-europeen-sur-les-soins-preconceptionnels-et-la-sante-preconceptionnelle/>
87. PENSIAMOCI PRIMA - CONSIGLI UTILI PER CHI DESIDERA AVERE UN BAMBINO : <http://www.pensiamociprima.net/>
88. Prima del concepimento: i primi passi per mettere al mondo un bebè - GravidanzaOnline : <http://www.gravidanzaonline.it/news/1011>

89. Reproductiv livsplan - en plan för framtiden [Internet]. Reproductiv Livsplan.: <http://www.reproduktivlivsplan.se/fr/plan-de-vie-en-matiere-de-conception/>
90. Ekstrand Ragnar M, Niemeyer Hultstrand J, Tydén T, Larsson M. Development of an evidence-based website on preconception health. *Ups J Med Sci.* juin 2018.
91. Santé préconceptionnelle. 2011.
92. Paradis S, Ego A, Bosson J-L. Preconception care among low-risk mothers in a French perinatal network: Frequency of utilization and factors associated. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction.* 1 sept 2017.
93. Dupanloup CP. Obstacles à la consultation préconceptionnelle en médecine générale: enquête qualitative auprès de 20 femmes en âge de procréer.
94. Carrasco Falcón S, Vega Guedes B, Alvarado-Martel D, Wägner AM. Preconception care in diabetes: Predisposing factors and barriers. *Endocrinol Diabetes Nutr.* mars 2018.
95. Taux de chômage Nord Pas de Calais : <https://ville-data.com/chomage/nord-pas-de-calais-31R>
96. Bortolus R, Oprandi NC, Rech Morassutti F, Marchetto L, Filippini F, Agricola E, et al. Why women do not ask for information on preconception health? A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 5 janv 2017
97. Fleming TP, Eckert JJ, Denisenko O. The Role of Maternal Nutrition During the Periconceptional Period and Its Effect on Offspring Phenotype. *Adv Exp Med Biol.* 2017.
98. Mazza D, Chapman A. Improving the uptake of preconception care and periconceptional folate supplementation: what do women think? *BMC Public Health.* 23 déc 2010.
99. Frey KA, Files JA. Preconception Healthcare: What Women Know and Believe. *Matern Child Health J.* 1 sept 2006.
100. Coonrod DV, Bruce NC, Malcolm TD, Drachman D, Frey KA. Knowledge and attitudes regarding preconception care in a predominantly low-income Mexican American population. *American Journal of Obstetrics & Gynecology.* 1 juin 2009.
101. Baxter J-AB, Wasan Y, Soofi SB, Suhag Z, Bhutta ZA. Effect of life skills building education and micronutrient supplements provided from preconception versus the standard of care on low birth weight births among adolescent and young Pakistani women (15–24 years): a prospective, population-based cluster-randomized trial. *Reproductive Health.* 31 mai 2018.
102. Dépistage gratuit du cancer colorectal entre 50 et 74 ans : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-colorectal/depistage-gratuit-50-74-ans>

103. Dépister le cancer du col de l'utérus grâce au frottis :
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-col-uterus/frottis-depistage>
104. Dépistage gratuit du cancer du sein entre 50 et 74 ans :
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/cancer-sein/depistage-gratuit-50-74-ans>
105. Verbiest S, McClain E, Woodward S. Advancing preconception health in the United States: strategies for change. *Ups J Med Sci.* nov 2016.
106. Healthy People 2020 : <https://www.healthypeople.gov/2020/leading-health-indicators/Healthy-People-2020-Leading-Health-Indicators%3A-Progress-Update>
107. Healthy People 2020 : https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2020.htm
108. Before, Between & Beyond Pregnancy : <https://beforeandbeyond.org/>
109. Show Your Love Today : <http://showyourlovetoday.com/>
110. Love SY twitter : https://twitter.com/SYL_Today/status/1082801647464693766
111. Show Your Love Facebook : <https://www.facebook.com/ShowYourLoveToday>
112. Citations médecine générale :
<https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/1414-la-consultation-a-46-euros-chez-le-medecin-generaliste-c-est-mg-france>
113. Lucas ES, Watkins AJ. The Long-Term Effects of the Periconceptional Period on Embryo Epigenetic Profile and Phenotype; The Paternal Role and His Contribution, and How Males Can Affect Offspring's Phenotype/Epigenetic Profile. *Adv Exp Med Biol.* 2017.
114. Huijgen NA, Ridder MAJ de, Verhamme KM, Dohle GR, Vanrolleghem AM, Sturkenboom MCJM, et al. Are proton-pump inhibitors harmful for the semen quality of men in couples who are planning pregnancy? *Fertility and Sterility.* 1 déc 2016.

IX. Annexes

1. Annexe 1 : guide d'entretien

Interne en médecine générale, je réalise mon travail de thèse sur la réalisation des consultations préconceptionnelles en médecine de ville.

Pour cela, je vais réaliser des entretiens auprès de femmes ayant eu une grossesse ou un désir de grossesse ou de femmes en âge de procréer après 2009, date de la création de cette consultation.

Quelle est votre situation personnelle ?

Que savez-vous de la consultation préconceptionnelle ?

Quel est votre vécu par rapport à cette consultation ?

Quelles étaient/pourraient être vos attentes de cette consultation ?

Que pensez-vous du rôle du médecin généraliste dans cette consultation ?

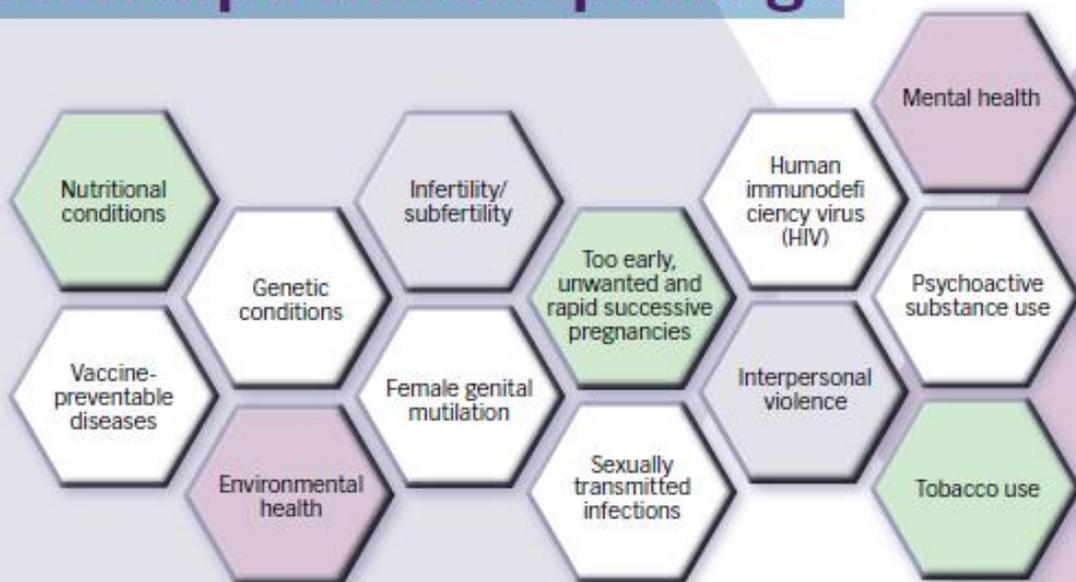
Qui consulteriez-vous en premier pour réaliser cette consultation ? (question ajoutée au 5^{ème} entretien)

A votre avis quels peuvent être les obstacles à la réalisation de cette consultation ?

A votre avis comment pourrait-on favoriser la mise en place de cette consultation en pratique courante ?

2. Annexe 2 : domaines visés par la CPC par l’OMS :

Areas addressed by the preconception care package



AUTEUR : Nom : Morel

Prénom : Céline

Date de Soutenance : 07 mars 2019

Titre de la Thèse : Opinions des femmes en âge de procréer du Nord et du Pas de Calais concernant les consultations préconceptionnelles.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine

DES + spécialité : médecine générale

Mots-clés : consultation préconceptionnelle, femmes, couple, preconception care

Contexte : proposée par l'HAS depuis 2009, la consultation préconceptionnelle est une consultation de prévention destinée aux femmes et aux couples ayant un désir de grossesse. Elle est maintenant connue comme un moyen d'améliorer la santé materno-fœtale et de diminuer les complications obstétricales et les maladies chroniques. Cependant, en France, seules 15% des femmes ayant un désir de grossesse en bénéficient. Les raisons de cette faible réalisation sont mal connues.

Méthode : il s'agit d'une étude qualitative, observationnelle, prospective. Quinze entretiens semi-dirigés sur la base d'un guide d'entretien, ont été effectués auprès de femmes en âge de procréer vivant dans les départements du Nord et du Pas de Calais entre mai 2017 et mars 2018. Le recrutement a été réalisé par effet boule de neige. L'analyse des données a été effectuée grâce au logiciel Nvivo, après réalisation d'un double codage avec triangulation des données.

Résultats : la méconnaissance de cette consultation de la part des femmes et des médecins, la faible sollicitation de la part des médecins, le manque de temps apparaissent comme étant les obstacles essentiels à la réalisation de cette consultation en pratique courante. Les entretiens ont également permis d'émettre des idées pour améliorer le recours à la CPC : informer les femmes mais aussi les professionnels de santé, informer dès l'adolescence pour atteindre un maximum de personnes, et dans tous les domaines, que ce soit médical, social, paramédical, scolaire, etc.

Conclusion : différents éléments semblent expliquer la sous-réalisation de la consultation préconceptionnelle. Cependant notre étude ne permet pas d'obtenir un niveau de preuve suffisant. Il serait donc intéressant de poursuivre les recherches avec des études qualitatives. Le fait d'intégrer l'homme dans les consultations préconceptionnelles et en faire une consultation de couple semble également être une piste à privilégier pour les recherches.

Composition du Jury :

Président : Professeur Damien Subtil

Assesseurs : Professeur Jean-Marc Lefebvre, Docteur Charles Garabedian, Docteur Marc Bayen (directeur de thèse)