



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

Vous envisagez la venue d'un bébé ?

***Pensez auparavant à la consultation
préconceptionnelle***



Mémoire présenté et soutenu par

Amélie XAE

Née le 9 juin 1989

Promotion [2009-2013]

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
PREMIERE PARTIE : Revue de la littérature.....	4
1. Historique	7
1.1. L'examen prénuptial.....	7
1.2. L'intérêt porté à la période préconceptionnelle au fil des siècles.....	11
2. Intérêt et contenu de la consultation préconceptionnelle.....	12
2.1. La démonstration de son intérêt	12
2.2. Son contenu.....	17
3. Obstacles à la consultation dans la littérature.....	25
3.1. Du côté des patientes	25
3.2. Du côté des professionnels.....	26
DEUXIEME PARTIE: Etude.....	26
1. La méthode de recherche.....	27
1.1. La problématique.....	29
1.2. Les objectifs de l'étude.....	29
1.3. Les hypothèses	30
2. Le déroulement de l'étude	30
2.1. La description de l'étude.....	30
2.2. La population ciblée	31
2.3. Le recueil des données.....	32

2.4. Les difficultés de l'enquête	33
3. L'analyse des résultats.....	34
3.1. La partie présentant la population	34
3.2. La partie relative aux circonstances de survenue de la grossesse.....	39
TROISIEME PARTIE: Analyse et Discussion.....	44
1. La synthèse des résultats de l'étude	45
1.1. L'âge de la patiente	47
1.2. Les patientes avec des antécédents particuliers.....	48
1.3. Les patientes sans antécédent particulier.....	49
1.4. Les patientes face à leur désir de grossesse.....	50
2. La discussion	54
2.1. L'information des patientes.....	55
2.2. Le ressenti de la femme	54
2.3. La place de la sage-femme.....	57
3. Propositions	58
3.1. Informer dès lors du suivi gynécologique.....	58
3.2. Diffuser l'information plus largement	58
3.3. Prévoir une prise en charge financière plus adaptée.....	60
CONCLUSION.....	61
BIBLIOGRAPHIE.....	62
ANNEXES.....	66

INTRODUCTION

En 2012, l'Irlande était le seul pays d'Europe, ayant un taux de natalité plus élevé que celui de la France. Les femmes françaises ont en moyenne 2,01 enfants alors que la moyenne européenne est de 1,6 (1).

Toutefois, on constate un fait préoccupant : la stagnation du taux de mortalité infantile. Depuis 2005, ce taux stagne en France, tandis qu'il diminue dans les autres pays de l'Union Européenne. On compte environ 3,8 décès pour 1000 naissances. Notre pays est passé du 7^{ème} rang européen dans les années 2000, au 20^{ème} rang aujourd'hui (2).

Ces chiffres nous amènent à réfléchir, notamment sur le paradoxe du progrès de la médecine et de la prévention. A ce jour, les facteurs de risque montrés du doigt sont la prévalence de l'obésité, et l'augmentation des grossesses tardives lors de la dernière décennie.

La consultation préconceptionnelle prend alors tout son sens dans la prévention maternelle et périnatale afin de réduire le taux de morbi-mortalité en France. Les autorités de santé la recommandent largement mais elle reste peu pratiquée dans notre pays. Nous pouvons alors nous demander pour quelles raisons cette consultation peine à se mettre en place et par quels moyens les professionnels de santé peuvent y remédier.

Nous étudierons dans un premier temps les bénéfices d'un entretien préconceptionnel et les obstacles à sa réalisation connus dans la littérature. Une étude menée chez les femmes enceintes permettra d'évaluer la fréquence des renseignements préconceptionnels en fonction de leur profil et de leur besoin.

Enfin, nous discuterons des résultats obtenus avant de proposer des solutions possibles afin de favoriser la prise en charge préconceptionnelle.

PREMIERE PARTIE :
Revue de la littérature

1. HISTORIQUE

1. 1. L'examen prénuptial

L'examen prénuptial a été obligatoire jusqu'à la fin de l'année 2007, pour tous les couples qui souhaitaient se marier (3). Il consiste en une visite chez un médecin et a pour but de dépister des facteurs de risques ou des pathologies en vue d'une éventuelle conception. Le médecin délivre à la fin de la consultation un certificat établi au nom de la loi, remis à chaque futur époux. Ce certificat doit être donné à l'officier d'état civil avant le mariage pour que celui-ci puisse être célébré.

1.1.1. Rappel historique

Cet examen est instauré sous le régime de Vichy par la loi du 16 décembre 1942, afin de prévenir et d'éduquer les couples sur l'hygiène de vie, les maladies sexuellement transmissibles et la contraception (4).

Au début du XXème siècle, l'objectif principal des médecins est d'atténuer la prolifération des maladies les plus courantes : syphilis, grippe espagnole, tuberculose ... En 1901, un médecin nommé Fournier fonde la Société Française de Prophylaxie Sanitaire et Morale. Il développe de nombreuses consultations gratuites dans des dispensaires pour limiter les épidémies. En 1918, un autre médecin, Edouard Jeanselme reprend le travail d'Alfred Fournier alors qu'a lieu une nouvelle épidémie de syphilis après la seconde guerre mondiale (5). La France va se repeupler après les dégâts de la guerre, il faut alors encourager les naissances en mettant en place des mesures prophylactiques (6). Ce n'est qu'en 1929 que des articles paraîtront sur ce sujet.

1.1.2. Législation

Le régime de Vichy rendra également obligatoire :

- le dépistage prénuptial par la loi du 16 décembre 1942
- la déclaration des malades par la loi du 31 décembre 1942
- le dépistage des maladies courantes en début de grossesse par la loi du 29 juillet 1943. (6)

Cette loi du 16 décembre 1942 est relative à la protection de la maternité et de la première enfance : « l'officier de l'état civil ne pourra procéder à la publication en vue du mariage (...) qu'après la remise par chacun des futurs époux d'un certificat médical datant de moins d'un mois, attestant à l'exclusion de tout autre indication qu'il a été examiné en vue du mariage » (7).

Dans la législation, c'est l'article 63 du Code Civil qui justifie l'établissement du certificat prénuptial, conformément aux dispositions de l'article L 153 du Code de la Santé Publique et de l'article premier du décret du 14 février 1992 (8). Ce dernier décret énonce que « certains examens ont un caractère obligatoire pour les femmes de moins de 50 ans dans la perspective d'une éventuelle grossesse ». Ces textes de lois permettent de faire savoir aux professionnels de santé que la recherche d'affections chroniques ou contagieuses est de rigueur, si elles peuvent entraîner des complications dangereuses pour le conjoint ou la descendance (9).

L'article L. 153 CSP déclare que « le médecin qui [...], procède à un examen en vue du mariage ne pourra délivrer le certificat médical prénuptial mentionné par cet article, et dont le modèle est établi par arrêté, au vu des résultats d'analyses ou d'examens[...] » (10). L'article premier du décret 92-143 de février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal précise que « le médecin ne peut délivrer le certificat prénuptial prévu à l'article L. 153 du code de la santé publique qu'au vu du résultat [...]. Lorsque les antécédents ou l'examen le nécessitent, il oriente vers une consultation spécialisée ou un dépistage particulier. »

1.1.3. Contenu de l'examen prénuptial

Cet examen avait trois principaux objectifs :

- dépister les pathologies ou facteurs de risque qui peuvent avoir des conséquences lors d'une éventuelle conception.
- réaliser une consultation de prévention générale sur l'hygiène de vie, les addictions...
- prescrire les examens obligatoires et recommandés (3).

Le certificat prénuptial était délivré à la suite de deux consultations. La première avait pour but de faire connaissance avec chaque membre du couple, relever leurs antécédents personnels et familiaux, prescrire les examens de laboratoire, à savoir les sérologies de la toxoplasmose et de la rubéole, les deux déterminations de groupe sanguin et la recherche d'agglutinines irrégulières. La sérologie HIV n'était pas obligatoire mais proposée, tout comme celle de la syphilis, de l'hépatite C et l'antigène Hbs.

Ensuite, un examen clinique complet était réalisé avec une auscultation cardiaque et pulmonaire, la prise de la tension artérielle et l'appréciation de l'IMC. Le médecin pouvait réaliser éventuellement un frottis de dépistage du cancer du col utérin et un examen des seins où la pratique de l'auto-examen pouvait être montrée (11).

La deuxième consultation avait lieu une fois que les résultats du laboratoire étaient parvenus au médecin. Celui-ci en prenait connaissance, les interprétait et en faisait part à chaque membre du couple séparément. Il pouvait les orienter vers des consultations spécialisées ou réaliser des examens complémentaires en cas de besoin. C'est à la fin de cette seconde consultation qu'il remettait à chacun des futurs conjoints une brochure d'éducation sanitaire. Ainsi, les informations dispensées pouvaient être complétées par cette brochure éditée par le comité français d'éducation pour la santé, le CFES. Les sujets abordés étaient l'hygiène de vie (alimentation, alcool, tabac et drogues), l'information sexuelle avec un point sur les infections sexuellement transmissibles (IST), la contraception et la planification familiale. Cette consultation peut être l'occasion de mettre en évidence un problème génétique dans une famille ou des vaccinations à mettre à jour par exemple (3).

Après avoir dispensé les informations habituelles et lu les résultats, le certificat prénuptial était délivré au couple. Le mariage devait alors être célébré dans les deux mois qui suivaient son établissement.

Cet examen a souvent été banalisé entre 1990 et 2000 car une majorité des couples vivaient ensemble avant le mariage et ou ont déjà eu des enfants. Le rapport de l'INED, l'institut national des études démographiques, de juillet 2007 démontre que sur 775 000 naissances en France au début des années 2000, un peu plus de 300 000 soit environ 40% des enfants sont nés hors mariage. En 2005, ce pourcentage s'élève à 47,4%.

Ces chiffres ont considérablement augmenté car dans les années 70, ils n'étaient que 50 000 à naître hors mariage soit 6% (12).

Ces pratiques qui auparavant étaient contraires aux normes de la société sont aujourd'hui courantes et banalisées en raison du développement du concubinage. La notion de concubinage est définie par le Code Civil comme « une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple » (13).

Le Conseil des Ministres du 12 juillet 2006 autorise Jean-François Copé, ministre du Budget et de la Réforme de l'Etat à envisager une simplification du droit en présentant un projet de loi pour la suppression du certificat prénuptial. En 2007, l'article 8 de la loi du 20 décembre (14) supprime alors ce certificat « tout en maintenant l'obligation pour les services départementaux de la protection maternelle et infantile d'assurer les consultations prénuptiales et de poursuivre une politique d'informations à l'égard des jeunes couples » (15). La loi prend effet le 1^{er} janvier 2008 : le certificat n'est plus obligatoire. La Sécurité Sociale estime alors qu'une économie de 14 millions d'euros peut être réalisée.

1.2. L'intérêt porté à la période préconceptionnelle au fil des siècles

L' examen prénuptial est réalisé pendant de nombreuses années dans le cadre de la loi, les futurs époux étant obligés d'être vus par un médecin pour pouvoir célébrer leur mariage. Cependant, l'intérêt de cette consultation dans le cadre de la grossesse n'est pas très étudié avant le début de ce siècle.

Il a tout de même commencé à être abordé au milieu du XIXème siècle, en 1858 par Dewees lors d'un traité où il déclare que « le traitement médical des enfants devrait commencer aussi tôt que possible avec la formation de l'embryon, il est donc nécessaire d'impliquer la conduite de la mère même avant son mariage aussi bien que pendant sa grossesse. Il sera également évident que les divers contingents exercent une influence sur le fœtus. Nous allons donc adresser à la mère quelques directions auxquelles elle peut contribuer pour soutenir la vigueur de son enfant à naître » (16).

En 1895, c'est Adolphe Pinard qui cite « la puériculture est le soin aux enfants commençant quinze jours avant la conception » (17).

Ensuite au cours du XXème siècle, en 1957, une étude menée par deux nutritionnistes montre les bénéfices d'une supplémentation en vitamine B1. Une diminution des avortements a été constatée. Cette étude recommande alors une alimentation riche en protéines avant le début de la grossesse (18).

En 1978, la conférence d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires porte sur huit éléments dont fait partie les soins maternels, infantiles et la planification familiale (19). C'est au début des années 2000 que l'intérêt pour cette consultation prend un véritable engouement. Plusieurs recommandations paraissent sur le sujet et font l'objet de nombreux articles.

Dans d'autres pays, cette consultation est déjà plus développée comme en Hongrie par exemple, où le professeur Czeizel a démontré que celle-ci pouvait participer à la diminution de moitié des malformations congénitales. Pour cela, il énonce que les futures mères doivent ingérer une boisson dite polyvitaminée un mois avant le début de la grossesse jusqu'à la fin du premier trimestre (20).

Aujourd'hui la consultation préconceptionnelle est une « prise en charge spécifique s'adressant à toute personne ou tout couple qui programme une grossesse dans un avenir rapproché. Elle vise tant l'information préconceptionnelle que la réalisation ou la prescription de certains actes » (21).

On peut définir également un cas particulier de cette consultation : la consultation interconceptionnelle. Elle peut se réaliser à un certain moment entre un premier accouchement, et à distance d'une éventuelle future grossesse. Elle reprend les événements importants survenus au cours de la grossesse passée ou lors de l'accouchement «pour en tirer des conduites afin de programmer dans les meilleures conditions une nouvelle grossesse » (20).

2. Intérêt et contenu de la consultation préconceptionnelle

2.1. La démonstration de son intérêt

Michèle UZAN parle d'une véritable « check-list » qui permet de « s'entourer d'un maximum de garanties pour limiter le risque de complications prévisibles ou leur répétition » (22).

En 2003, un article paru dans les Editions Scientifiques et Médicales Elsevier, souligne l'intérêt de la consultation prénuptiale « qui permet de faire le point à un moment où le couple est plus réceptif à sa santé. Elle mérite une attention toute particulière pour que des messages de prévention passent bien auprès du couple. » (3)

Trois ans plus tard, le campus national de gynécologie obstétrique soulève le problème du nombre de couples en constante diminution qui bénéficient de l'examen prénuptial : « nombreux sont les couples qui conçoivent actuellement en dehors du mariage : il serait très utile qu'ils puissent bénéficier d'un examen prénuptial. » (11)

Dans les recommandations de 2005 concernant la préparation à la naissance et à la parentalité, l'HAS déclare : « autant que possible, le niveau de risque doit être apprécié avant la

grossesse, dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime son désir de grossesse » (23).

Aussi, l'Académie de Médecine recommande en mars 2006 « la mise en place d'une consultation préconceptionnelle générale en cas de grossesse programmée ou d'arrêt de la contraception, considérant que de nombreuses femmes en âge de procréer échappent à tout examen médical avant la grossesse. » (17)

Sa suppression à la fin de l'année 2007 laisse place à un vide réel puisque seules quelques femmes ayant un risque important pour leur grossesse sont en général suivies avant même qu'elles soient enceintes. Le reste de la population en âge de procréer a peu de connaissances sur la consultation préconceptionnelle voire pas du tout pour la majorité. Pourtant, l'intérêt et le bénéfice de cette consultation sont démontrés par la Haute Autorité de Santé, l'HAS. L'idée de la consultation dite préconceptionnelle prend un sens quelques années avant la suppression de l'examen prénuptial. Dans les recommandations officielles, elle est abordée dans le cadre du suivi de grossesse, de la préparation à la naissance.

En mai 2007, quelques mois avant la suppression de l'examen prénuptial par la loi du 20 décembre, de nouvelles recommandations sont publiées dans le document : « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (24) (Annexe I). L'objectif premier est d'améliorer la reconnaissance des situations où il existe des risques de complications maternelles, obstétricales et fœtales afin d'adapter si besoin le suivi. L'article propose un exemple de contenu pour plusieurs consultations : préconceptionnelle, avant 10 SA, avant 15 SA, puis mensuelle jusqu'au 9^{ème} mois.

L'évaluation des risques serait donc à apprécier avant de débiter une grossesse pour une prise en charge optimale. L'objectif est également de réduire les risques de grossesses non évolutives, sachant que beaucoup de facteurs de risque peuvent en être à l'origine (tabac, précarité, contraception non adaptée).

On peut penser que l'évaluation des facteurs de risque d'une femme peut être faite lors de la première consultation de grossesse. Pourtant, à ce moment, le stade de développement embryonnaire est déjà entamé. C'est pourquoi la consultation préconceptionnelle a un réel

avantage : elle a lieu avant la période d'organogénèse. C'est à ce moment que peuvent apparaître les anomalies majeures du développement du futur enfant (25).

2.1.1. Périodes à risque lors de l'embryogénèse

La période embryonnaire se termine au terme de 10 SA, puis la période fœtale débute à 11 SA. Pendant les deux premières semaines de grossesse ont lieu la division cellulaire et l'implantation embryonnaire. Il y a peu de risque de malformation à ce moment. L'organogénèse commence au début du deuxième mois de gestation juste après la segmentation de l'œuf à 6 SA. L'organogénèse du système nerveux central et des organes sensoriels a lieu lors des quinze premières semaines de développement de l'embryon. La période où ceux-ci sont les plus vulnérables se concentre dans les huit premières semaines. Elle est donc déjà en cours ou bien terminée lors de la première consultation de grossesse ou lorsque la femme apprend qu'elle est enceinte (21).

Selon la banque des données médicosociales, BDNS ONE, les patientes mineures font leur première visite prénatale aux environs de 7 SA pour la plupart, et de 9,5 SA pour les femmes de plus de 18 ans (21).

Pendant cette période, ce sont les parties principales du corps du futur enfant qui sont en plein développement à savoir le système nerveux central et le cœur dans un premier temps, puis les membres en même temps que les yeux et les oreilles, et enfin les organes génitaux. Le schéma situé sur la page suivante nous montre plus précisément les périodes critiques du développement embryonnaire.

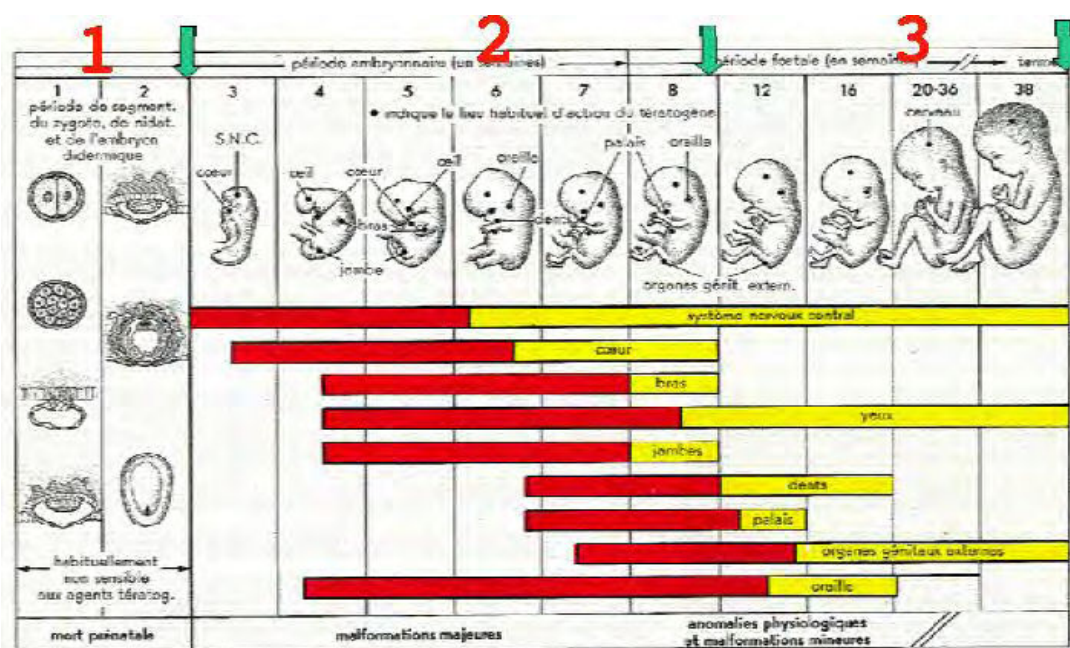


Figure n°1 : périodes critiques de l'embryogénèse

(Source : Université de Strasbourg, *Tératologie, les périodes de sensibilité aux agents tératogènes*)

La période 1 s'étend sur les deux premières semaines. Elle est relativement insensible aux agents tératogènes. A ce stade, l'embryon peut soit poursuivre son développement après régulation totale, soit arrêter sa croissance et mourir.

La période 2 est caractéristique d'une grande sensibilité. L'organogénèse débute véritablement pendant ces six semaines, c'est donc à ce moment clé que peuvent survenir de nombreuses malformations graves voire létales.

Puis la période 3, qui comprend la période fœtale est caractérisée par une sensibilité modérée. Les agents tératogènes peuvent engendrer des perturbations lors du développement des tissus, des destructions de cellules ou encore un ralentissement de la croissance (26).

On peut distinguer deux types d'anomalies. Lors de la morphogénèse d'un organe (période rouge), celui-ci est très sensible aux agents tératogènes et les anomalies induites sont dites morphologiques. Par contre, lors de son histogénèse (période jaune) ce sont sa taille, sa structure et ses fonctions qui seront perturbées.

2.1.2. Prévention des risques

Les patientes doivent alors être informées de cette période critique et connaître les comportements à éviter pendant celle-ci. A commencer par leur activité professionnelle, elles doivent éviter les produits chimiques tels que les solvants industriels, les irradiations, elles peuvent également être exposées à des risques tératogènes par un traitement en raison d'une maladie chronique. Puis, il faudrait également leur faire connaître les médicaments à éviter pendant cette période préconceptionnelle à savoir certains antiépileptiques (valproate de sodium, carbamazépine, hydantoïne, phénobarbital), les anticoagulants oraux et l'isotrétinoïne par exemple, anciennement Roaccutane® (25).

Dans l'article publié dans « Réalités en Gynécologie-Obstétrique » en octobre 2008, il est démontré que dans quatorze situations, la consultation préconceptionnelle peut réellement améliorer le déroulement de la grossesse. Voici la liste qui les répertorie :

- Supplémentation systématique en acide folique afin d'éviter les risques de spina bifida et d'anencéphalie
- Rubéole : vaccination des patientes séronégatives
- Diabète : une prise en charge préconceptionnelle du diabète réduit la prévalence des anomalies congénitales, de dystocie des épaules à l'accouchement et de macrosomie
- Hypothyroïdie : augmentation des posologies de L-Thyroxine
- HIV : traitement précoce et programmation de la grossesse si infection avant la conception
- Phénylcétonurie maternelle : régime pauvre en phénylalanine avant la conception et poursuivi pendant la grossesse
- Anticoagulants oraux : arrêt de la warfarine (Coumadine)
- Antiépileptiques : arrêt de certains tératogènes (acide valproïque, Dépakine). Diminution des posologies en période préconceptionnelle
- Isotrétinoïne (Roaccutane®) : augmente le risque de fausse couche et malformations fœtales, nécessité d'une contraception efficace
- Arrêt du tabac
- Arrêt de l'alcool
- Correction de l'obésité

- Infections génitales à Chlamydiae ou Gonocoque : dépistage précoce et traitement
- Hépatite B : vaccination recommandée en cas de risque d'infection.

La consultation préconceptionnelle est essentielle pour les femmes qui ont un risque de transmettre une maladie génétique, ayant des antécédents obstétricaux lourds ou une affection chronique. Dans le cas d'une maladie avérée, il est nécessaire que le médecin rencontre plusieurs fois la patiente ou le couple pour ajuster un traitement, le renforcer ou donner une conduite à respecter avant que la conception ait lieu (27).

L'intérêt de cette consultation est reconnu également en l'absence d'une pathologie ou de situation à risque, comme le montre les documents de l'HAS cités précédemment. Elle est l'alternative à l'examen prénuptial disparu aujourd'hui.

2.2. Son contenu

2.2.1. Par qui peut-elle être réalisée ?

La consultation préconceptionnelle peut être réalisée au choix par un gynécologue médical, un gynécologue-obstétricien, un médecin généraliste ou une sage-femme. La place de la sage-femme est encore timide car l'élargissement des compétences lui permettant de pratiquer le suivi gynécologique ne date que de 2009 (27).

En effet, l'article L.4151-1 du Code de la Santé Publique a été modifié par la loi du 21 juillet 2009. Cette loi sur la réforme de l'hôpital, relative aux patients, à la santé et aux territoires, prévoit depuis 2009 que « l'exercice de la profession de sage-femme peut comporter la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique » (28). Le conseil national de l'Ordre des sages femmes précise également « que les sages-femmes sont dorénavant en mesure d'assurer les consultations de gynécologie préventive auprès de toute femme en bonne santé et non pas uniquement auprès des femmes au cours de leur grossesse ou de leur examen postnatal. A ce titre, elles pourront

effectivement proposer un frottis cervico-vaginal de dépistage et prescrire tous les examens complémentaires utiles au bon suivi de leur patiente. » (29).

Cette nouvelle compétence se met en place doucement mais sûrement. Certaines sages-femmes commencent à pratiquer le suivi gynécologique mais il faudra tout de même attendre quelques années pour qu'elles prennent le temps de s'y former et de le pratiquer dans le cadre de l'exercice libéral et hospitalier. C'est à ce moment qu'elles pourront réaliser une plus grande partie des consultations préconceptionnelles.

D'autres compétences lui reviennent également depuis mars 2005, notamment la pratique d'une grande partie des vaccinations des femmes et des nouveau-nés. Elle se doit de mentionner les vaccinations faites sur le carnet de santé de la femme ou sur une carte-lettre mise à disposition des sages-femmes (30).

2.2.2. Son déroulement

Le principal objectif de la consultation est l'information et le dépistage pour une prise en charge adaptée par rapport aux risques médicaux, obstétricaux et psychosociaux éventuels de la femme ou du couple.

Les articles et les ouvrages de santé conseillent une certaine trame à suivre (29).

Selon l'EMC de 2009, la consultation comporte cinq éléments : l'évaluation maternelle, les dépistages, les vaccinations, les conseils et la prescription d'acide folique.

Quant à un article paru dans « Gynécologie Obstétrique & Fertilité » en 2010 sur le thème de cette consultation, on peut la détailler par l'interrogatoire de la patiente, son examen clinique puis les bilans biologiques et les vaccinations.

→ L'interrogatoire

Dans l'interrogatoire, le professionnel de santé recueille les informations classiques à commencer par les antécédents familiaux, puis personnels.

- Dans un premier temps, les antécédents familiaux (HTA, diabète dans la parenté de premier degré, malformations) sont aussi importants à recenser que les antécédents médicaux (HTA, diabète, pathologie thyroïdienne, épilepsie maladie héréditaire, complications thromboemboliques). Ensuite, sont recueillis les antécédents chirurgicaux, gynécologiques puis obstétricaux. Il est essentiel de connaître le déroulement des grossesses antérieures ainsi que des accouchements. Toute complication obstétricale doit être connue pour adapter le suivi de la grossesse actuelle s'il y a un risque de récurrence (21).

On peut recenser d'importants antécédents, par exemple:

- lors de la grossesse : diabète gestationnel, prééclampsie, cholestase gravidique, cerclage, menace d'accouchement prématuré, mort fœtale in utero, malformation,
- per partum : accouchement prématuré, extraction instrumentale, césarienne, hémorragie de la délivrance, rupture utérine,
- pathologie du nouveau né : malformation, handicap, ...

En cas d'antécédent de prééclampsie, d'hypertension artérielle (HTA), d'Hellp syndrome, de Restriction de Croissance Intra Utérine (RCIU), un néphrologue peut faire le point sur la fonction rénale de la femme en amont d'une nouvelle grossesse. De l'aspirine 100mg/j peut lui être prescrit de 12 à 36 SA pour réduire le risque de récurrence de prééclampsie, de RCIU sans augmenter les complications hémorragiques.

En cas d'accouchement prématuré, il est important d'en rechercher l'étiologie pour réduire le risque de récurrence. Celle-ci peut être le tabac, une bécance cervicale ou une malformation utérine par exemple (31).

- La deuxième partie de l'interrogatoire porte sur les facteurs de risque de la femme et les prises médicamenteuses. L'origine ethnique du couple peut avoir des incidences sur la survenue de pathologies gravidiques ou néonatales. Nous pouvons prendre pour exemple l'incidence d'un placenta praevia qui sera plus élevée chez les femmes noires, et l'incidence de la drépanocytose de l'enfant plus élevée chez les parents d'origine méditerranéenne, du Moyen Orient ou subsaharienne (27).

L'âge de la femme et son contexte de vie sont à prendre en compte à savoir sa profession, son exposition à des produits toxiques ou tératogènes.

Si la femme est consommatrice de tabac, d'alcool ou de drogues, elle doit être informée sur la morbidité pouvant être entraînée par cette consommation. Elle pourra alors être orientée vers une personne qui l'aidera à se sevrer si elle le souhaite.

La prise d'un traitement doit être connue pour qu'il soit réajusté s'il entraîne des risques pour le fœtus. Par exemple, les anti-vitamines K doivent être remplacés par de l'héparine, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion remplacés par des antihypertenseurs tolérés pendant la grossesse (27).

Le professionnel de santé qui intervient doit insister sur les médicaments tolérés pendant la grossesse, et peut lui remettre une liste de ceux qu'elle peut prendre jusqu'à son accouchement ou pendant l'allaitement.

Cette consultation est l'occasion de prescrire à toute femme de l'acide folique en traitement préventif des anomalies de fermeture du tube neural, à raison d'un comprimé de 0,4 mg par jour jusqu'à 12 SA pour les femmes sans antécédent. S'il existe un antécédent de défaut de fermeture du tube neural chez un premier enfant, de diabète insulino-dépendant, d'épilepsie ou d'obésité, le dosage recommandé est de 5mg par jour. Cette prévention est efficace quand elle est débutée 4 semaines avant la conception.

Lorsque survient une situation où la patiente présente une pathologie antérieure à la grossesse, d'autres précautions doivent être prises. Nous allons voir quelques cas (31).

➤ En cas de diabète de type II :

Il faut arrêter avant la grossesse les hypoglycémisants oraux et équilibrer le diabète par un régime ; si celui-ci ne suffit pas, il peut être mis en place un traitement par insuline avant la conception. La patiente sera vue pendant la grossesse par un endocrinologue, et devra savoir gérer son équilibre glycémique.

Ainsi, pourra être réduit le risque de malformation fœtale. L'objectif des glycémies préprandiales se situent entre 0,6 et 0,9 g/L et inférieures à 1,2 g/L en postprandial (33).

Il est démontré qu'un bon équilibre du diabète soit par un autocontrôle régulier de la glycémie, soit par insulinothérapie, si la femme en a besoin réduit considérablement les malformations congénitales (22).

➤ En cas d'hypertension artérielle :

Avant la conception, la patiente doit consulter un cardiologue qui fera un bilan étiologique et adaptera le traitement pour le rendre compatible avec une grossesse. Elle sera informée des risques plus élevés de survenue d'une prééclampsie, de restriction de croissance fœtale, d'hématome rétroplacentaire entre autres. Le cardiologue pourra être contacté au cours de la grossesse par le gynécologue qui la suit pour un avis si besoin.

➤ En cas d'antécédents de maladie thromboembolique :

Il peut être prescrit un bilan immunologique et d'hémostase pour pouvoir évaluer le risque de récurrence éventuel. Il peut lui être prescrire un traitement préventif en cours de grossesse mais pas nécessairement en préconceptionnel (27) (32).

➤ En cas d'épilepsie :

Le neurologue qui suit la patiente doit adapter le traitement dès lors qu'il est informé de son désir de grossesse. La monothérapie peut multiplier le risque malformatif par deux et la polythérapie par quatre, en l'occurrence avec le valproate de sodium. Pour réduire les risques encourus, il est conseillé de restreindre le traitement à une monothérapie ou de réaliser une fenêtre thérapeutique le temps de la grossesse si la patiente n'a pas eu de crise depuis deux ans.

La prescription d'acide folique a son importance dans ce cas, afin de réduire les risques malformatifs au niveau du tube neural (27).

➤ En cas d'antécédent obstétrical :

Il est important que celui-ci soit documenté par des comptes-rendus foetopathologiques et placentaires, opératoires, d'hystérocopie, ou les bilans immunologiques, de thromboses si ces examens ont été réalisés lors de la dernière grossesse. Il peut s'agir d'événements pouvant

récidiver : hématome rétro placentaire, RCIU, accouchement prématuré, éclampsie, mort fœtale in utéro entre autres (22).

→ **L'examen clinique**

Après le recueil des informations concernant la santé de la patiente, le professionnel de santé peut faire un examen clinique général et gynécologique pour déceler d'éventuelles anomalies ou facteurs de risques.

La prise de la tension artérielle est indispensable et peut mener à un dépistage d'une HTA non connue.

L'indice de masse corporelle, IMC de la femme sera calculé en fonction de son poids et sa taille ($IMC = \text{Poids} / \text{Taille}^2$). S'il est supérieur à 25, la patiente sera diagnostiquée en surpoids, obèse si supérieur à 30. A l'inverse, un IMC inférieur à 18 signalera une malnutrition ou des troubles alimentaires qu'il faut essayer de cerner puis orienter la patiente pour une prise en charge psychosociale (32).

Le médecin se devra d'éduquer la patiente à une alimentation saine et équilibrée. En cas d'obésité sévère voire morbide, il est nécessaire que la femme entame un régime avant sa grossesse de façon à ce que les risques encourus pendant la grossesse ou à l'accouchement soient diminués : HTA, diabète pouvant persister après la grossesse, taux glycémique du nouveau-né perturbé, macrosomie, difficultés pour une éventuelle césarienne ou anesthésie.

L'examen gynécologique s'appuiera sur la palpation des seins, des aires ganglionnaires et la pose d'un spéculum à la recherche d'éventuelles anomalies de l'appareil génital. Il est bon de savoir que l'examen gynécologique n'est pas indispensable mais recommandé. Il peut être l'occasion de faire un frottis cervico-vaginal si la femme n'en a pas eu depuis plus de 2 ans.

→ **Les dépistages et le statut vaccinal :**

Les bilans biologiques et les vaccinations ont une place importante avant la fin de la consultation.

Il est important de connaître les sérologies de la toxoplasmose, la rubéole, l'hépatite B, et du VIH. Elles peuvent être prescrites lors d'une première consultation puis interprétées lors d'une seconde.

Si la sérologie de la toxoplasmose est négative, il sera expliqué à la patiente les précautions nécessaires à prendre pour éviter une contamination en début de grossesse : laver les légumes et crudités, consommer de la viande bien cuite, et ne pas être en contact avec des excréments de chat (32).

Si la sérologie de la rubéole est négative, la patiente peut être vaccinée avant d'entamer sa grossesse sous couvert d'une contraception (annexe II). La vaccination contre la rubéole est la seule recommandée avant la grossesse en France. Quelque soit le résultat de la sérologie, si la femme a déjà reçu deux injections dans le passé, la vaccination n'est pas utile (35).

L'intérêt principal de la sérologie de l'hépatite B en préconceptionnel est de pouvoir vacciner le partenaire si la femme est porteuse. La vaccination contre l'hépatite B peut être faite si la femme est séronégative car c'est la seule prévention efficace à 100% contre la transmission mère enfant. Aux Etats-Unis, elle est formellement recommandée en préconception.

Les autres dépistages ne sont pas recommandés, il n'est pas utile de faire tous les examens réalisés pendant le suivi de grossesse. Cependant, si la femme mentionne des facteurs de risque particuliers, d'autres pourront être faits dans l'intérêt de sa prise en charge (34) (35).

La plupart du temps, le carnet de santé n'est plus utilisé après l'enfance. Pourtant, il contient de nombreuses informations utiles ; on y retrouve les maladies infantiles contractées telles que la varicelle, la rougeole, les oreillons, la phénylcétonurie ou encore les vaccinations faites.

Il est utile de demander à la patiente de se le procurer pour une prochaine consultation.

Pendant ces dernières années, on a constaté une recrudescence de coqueluche chez l'adulte. Elle est sûrement due au fait que la protection vaccinale ne fait plus son effet après 10 ans. La prévention de cette maladie par un rappel ou une primo-vaccination est très importante car sa transmission au nouveau-né peut avoir de graves conséquences à la naissance : cyanose, apnée, bradycardies entre autres (32).

La vaccination grippale saisonnière peut être utile en vue d'une grossesse, tout comme celle contre l'human papillomavirus. Elle est efficace dans l'année qui suit le premier rapport sexuel mais ce délai peut être élargi sachant que peu de femmes envisageant une grossesse sont concernées.

Pour finir, la vaccination contre la varicelle pourrait être une alternative pour les femmes n'ayant pas contracté cette infection plus tôt. On sait que cette infection a de lourdes conséquences sur le fœtus quand la primo-infection a lieu pendant les premiers mois de grossesse : anomalies, troubles oculaires. Mais ses conséquences sont plus importantes quand l'infection survient entre les cinq jours qui précèdent l'accouchement et les deux qui le suivent. Là, il y a un risque vital pour l'enfant car les chances de transmission sont élevées étant donné que l'enfant n'a pas eu le temps de recevoir les anticorps de la mère qui peuvent le protéger. Aux Etats-Unis, cette vaccination est officiellement recommandée alors qu'en France elle n'est pas encore très répandue.

En général, les femmes connaissent mal leur statut vaccinal d'où l'importance d'étudier leur carnet de santé qui peut donner ces informations au professionnel de santé (32) (27).

→ **Les conseils**

Pour finir, des conseils sont donnés en fonction des informations recueillies pendant la consultation, adaptés à la patiente, au couple.

Ils portent sur l'organisation du suivi avec les temps forts de la prise en charge de la grossesse, les conseils d'hygiène et de diététique. La prévention face aux addictions telles que l'alcool ou les drogues est difficile à mettre en place. Il en est de même pour l'obésité, sujet dont les patientes ne parlent pas facilement de peur d'être jugées (21) (35).

On a constaté que les informations relatives au tabac ont porté leur fruit car la population de femmes fumeuses est passée de 36% avant la grossesse à 22% au cours du 3^{ème} trimestre durant ces dix dernières années. Beaucoup de moyens de sevrage existent aujourd'hui et sont à la portée des professionnels dans les services de grossesse à risque, maternité ou consultation (36).

Les autres conseils dépendent de la demande du couple, il faut alors leur répondre sans pour autant considérer la femme comme enceinte et donner des « conseils de grossesse ».

3. Obstacles à la consultation dans la littérature

3.1. Du côté des patientes

La volonté de répandre cette consultation préconceptionnelle à une grande majorité des futures mères peut paraître utopique. Seuls quelques articles nuancent l'idéalisation de cette consultation préconceptionnelle et abordent les difficultés de sa mise en pratique. Parmi ceux-ci, on trouve l'EMC de 2009 déclarant qu'en pratique « peu de jeunes femmes bien portantes font la démarche de consulter en vue d'une grossesse. » (32)

Dans la population ciblée pour réaliser cette consultation, on peut d'ores et déjà exclure celles dont la grossesse n'est pas programmée. Elles représentent 36% des grossesses en France en 2012 (37).

Pour les autres femmes qui envisagent d'avoir un enfant, elles vont se donner les moyens d'être enceinte notamment en arrêtant d'utiliser leur moyen de contraception.

A ce moment, elles ne se sentent pas forcément concernées par une rencontre avec un professionnel de santé. La majorité des couples ne se doute pas qu'une telle consultation est possible et n'en connaissent pas les bénéfices (32). La difficulté est, selon l'EMC, d'informer le public de cette consultation en précisant qu'il ne s'agit pas d'aller chez le médecin pour demander l'autorisation d'être enceinte.

Il est préconisé selon l'HAS, dans les recommandations sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes, d'aller au devant de la demande par divers moyens : dans le cadre d'un suivi gynécologique régulier où la femme pourra confier son désir de grossesse et celui d'arrêter sa contraception (32).

On remarque une inégalité depuis plusieurs années, dans l'accès aux informations et aux messages de prévention. Cette prévention est bénéfique plutôt pour les femmes bien suivies. Celles des milieux plus défavorisés ont généralement un accès aux soins plus réduit par manque de couverture sociale ou d'intérêt pour leur santé. Paradoxalement, la consultation préconceptionnelle permet de repérer des situations à risque pour un suivi adapté en particulier chez ces femmes où le taux d'addictions est plus élevé (tabac, drogues, alcool), et l'alimentation moins équilibrée (35).

Selon un article de l'INPES intitulé Baromètre de Santé médecins/pharmaciens de 2003, les professionnels de santé sentent une certaine réticence de la part des femmes à l'égard de la prévention en général. Ils auraient une impression d'inefficacité des messages diffusés, ce qui valorise peu cette activité. Cela peut expliquer pourquoi il existe un certain désintérêt vis-à-vis de cette consultation dont le principal objectif est la prévention lorsque les patientes n'ont pas de facteur de risque particulier (38).

D'après l'EMC, un des obstacles pour les patientes est financier pour celles qui ne disposent pas d'une bonne mutuelle. Il y aurait un bon rapport coût/efficacité si cette consultation était gratuite, car elle pourrait éviter des complications futures (32).

3.2. Du côté des professionnels

Une thèse publiée en 2012 à la faculté de médecine de Grenoble sur ce thème, déclare que seulement 41% des gynécologues disent effectuer des consultations de type préconceptionnelle sur 98% faisant du suivi de grossesse. Une des explications possible à ce fort écart est la différence qui existe entre chaque médecin gynécologue que ce soit au niveau de leur âge, leur sexe et leur lieu et mode d'exercice. (39)

Un autre obstacle majeur pour le médecin est le manque temps car il faut compter au minimum une demi-heure pour l'entretien et les informations.

Il est nécessaire de mettre en place des approches dynamiques et novatrices pour encourager les femmes à préparer leur grossesse sans oublier que si la consultation a des

DEUXIEME PARTIE :

Etude

1. La méthode de recherche

1.1. La problématique

Suite à la lecture d'ouvrages et d'articles divers concernant la consultation préconceptionnelle, mon travail de mémoire a été guidé par plusieurs questionnements. Je me suis tout d'abord intéressée à l'intérêt de cette consultation, puis je me suis rapidement interrogée sur le fait qu'elle soit peu réalisée.

Ainsi, la problématique qui a mené ma réflexion et mon travail est :

→ Pourquoi la consultation préconceptionnelle n'a pas sa place en tant que telle dans le suivi de la femme, malgré les recommandations officielles qui ont montré son intérêt ?

1.2. Les objectifs de l'étude

1.2.1. L'objectif principal

Nombreux sont les articles, appuyés des recommandations, qui décrivent les bénéfices de cette consultation. Ils sont approuvés par une majorité de professionnels et pourtant, les difficultés quant à sa mise en place ne peuvent être niées.

L'objectif principal de mon étude est de comprendre ce décalage entre la littérature et la pratique dans notre profession. Il est important de connaître à quel moment dans le suivi, ces obstacles sont rencontrés, de la diffusion de l'information par le professionnel de santé, à l'intérêt que les patientes portent à la prévention en amont de la grossesse.

1.2.2. L'objectif secondaire

Dans un deuxième temps, j'ai voulu connaître le profil des patientes interrogées en prenant en compte leurs antécédents et leur histoire. Cela me permet alors d'évaluer le besoin

d'informations et de dépistages de chacune d'entre elles en fonction de leur état de santé, et de savoir si elles en ont bénéficié ou non en période préconceptionnelle.

1.3. Les hypothèses

L'hypothèse principale testée est la suivante :

- ✓ la consultation préconceptionnelle est méconnue des patientes et peu pratiquée par les professionnels de santé.

D'autres hypothèses peuvent être posées telles que :

- ✓ les patientes ne veulent pas faire part de leur désir de grossesse au cours d'une consultation ou n'y trouvent pas d'intérêt,
- ✓ les professionnels de santé consacrent peu de temps aux informations préconceptionnelles,
- ✓ le carnet de santé est peu souvent présenté au professionnel qui suit la femme, d'où une faille dans le suivi vaccinal.

2. Le déroulement de l'étude

2.1. La description de l'étude

L'étude de mon mémoire a été réalisée à l'Hôpital Maternité de Metz, établissement public de niveau IIb, dans le service de consultations de gynécologie et d'obstétrique, en accord avec le responsable de pôle et la cadre supérieure de santé.

Cette étude est caractérisée comme descriptive, monocentrique et rétrospective.

Elle a été menée sur une période d'environ deux mois de début novembre à la fin du mois de décembre.

L'outil d'enquête utilisé pour la réalisation de cette étude est un questionnaire anonyme (annexe III). Il a été distribué aux femmes par les secrétaires, lorsqu'elles venaient pour une consultation pour leur suivi grossesse avec un gynécologue-obstétricien. Les patientes pouvaient le remplir en salle d'attente et le remettre aux secrétaires avant ou après leur consultation. J'ai choisi de réaliser un questionnaire concis tenant sur une page afin qu'il soit facile et rapide à remplir pour les patientes en attendant leur consultation.

La première partie de mon questionnaire est construite de façon à avoir des renseignements généraux tels que l'âge et la parité de la patiente dans un premier temps, puis de cibler les patientes ayant des pathologies, des antécédents familiaux ou obstétricaux dans un deuxième temps.

La deuxième partie précise les circonstances de survenue de la grossesse : prévue, exprimée lors d'une consultation au préalable, ou précédée d'un bilan préconceptionnel ou non. Enfin, la dernière question permet de situer sur une échelle numérique l'intérêt des patientes à ce propos.

2.2. La population ciblée

La population ciblée est l'ensemble des femmes enceintes, quelque soit leur parité, le contexte de leur grossesse ou leurs antécédents.

L'échantillon

L'échantillon choisi répond à des critères d'exclusion et d'inclusion bien particuliers.

Les critères d'inclusion sont les patientes :

- suivies par un gynécologue-obstétricien, du fait que le suivi gynécologique (et donc le soin préconceptionnel) est encore peu pratiqué par les sages-femmes comme on l'a vu précédemment dans la première partie,
- suivies dans l'enceinte du service de consultations obstétricales à l'Hôpital Maternité de Metz,

Les critères d'exclusion sont les patientes :

- suivies par une sage-femme,
- suivies en dehors de l'Hôpital Maternité de Metz,

L'effectif

Le questionnaire a été distribué de façon aléatoire aux femmes venant en consultation de grossesse à l'Hôpital Maternité de Metz par les secrétaires du service. 100 questionnaires leur ont été confiés mais seulement 72 femmes les ont remplis.

En ce qui concerne les résultats, on écartera les pourcentages pour préférer des fractions qui seront plus représentatives, étant donné que l'effectif de l'étude est inférieur à 100.

2.3. Le recueil des données

Les données ont été traitées par ordinateur à l'aide du logiciel Excel.

2.4. Les difficultés de l'enquête

2.4.1. Les biais

Le premier biais de l'étude est dû à la sélection dans la population. Les femmes interrogées étaient les patientes d'une petite dizaine de gynécologues obstétriciens présents pendant la période de l'enquête.

On peut également considérer comme biais l'unique centre dans lequel les questionnaires ont été distribués, à savoir l'Hôpital Maternité de Metz. Ce biais a été aussi un choix, le but étant d'évaluer une pratique sur un site précis que je connaissais bien de par mes études.

Un dernier critère, ayant contribué certainement au biais de mon étude est la compréhension des questions par les patientes, notamment dans les dernières questions de l'enquête. J'ai pu observer des incohérences concernant deux ou trois questions qui avaient un lien entre elles et d'autres sans réponses. J'ai donc préféré écarter les deux questionnaires qui comptaient les réponses manquantes.

2.4.2. Les limites

Dans un premier temps, le fait de choisir un questionnaire court et concis ne permet pas d'obtenir toutes les informations dont on aurait besoin, contrairement à une étude menée par des entretiens. Nous ne pouvons être sûrs de la bonne compréhension des questions par les patientes interrogées, et dans le cas d'une réponse curieuse, nous n'avons pas la possibilité de l'approfondir avec la femme en question.

Ensuite, le fait d'avoir étudié une seule maternité était un choix de départ, mais ne permettra donc pas de généraliser les résultats de l'étude par la suite.

Pour finir, je note également certaines difficultés rencontrées pendant la diffusion de mes questionnaires, en l'occurrence leur nombre insuffisant pour pouvoir analyser mes résultats par des statistiques. Beaucoup n'ont pas été remplis ou non rendus aux secrétaires du service. Je me suis rendue plusieurs jours sur place pour les distribuer moi-même mais le temps me manquait et sachant que je ne pouvais en récupérer un grand nombre journalier : plus de consultations gynécologiques qu'obstétricales étaient réalisées durant cette période.

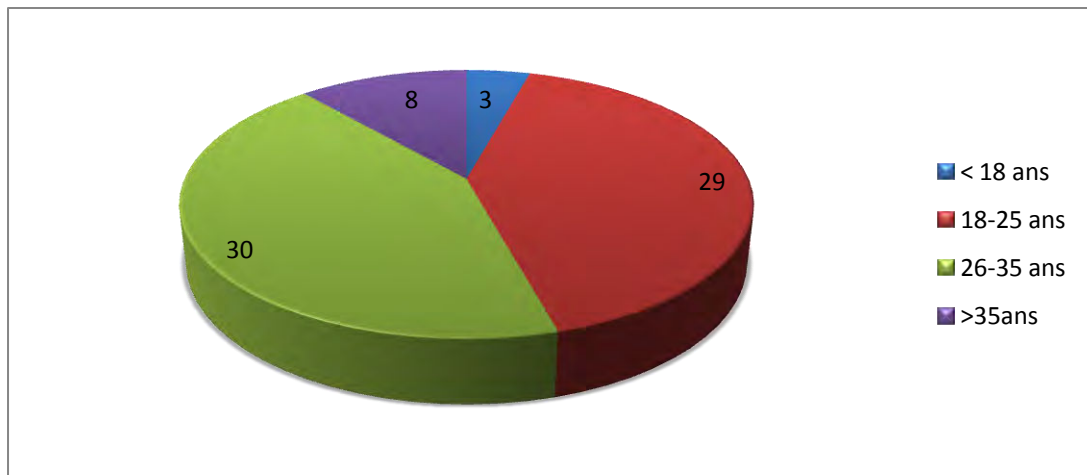
3. L'analyse des résultats

3.1. La partie présentant la population

L'enquête a été réalisée auprès de 72 patientes, ses modalités ont été vues précédemment. Deux d'entre elles n'ayant pas répondues à toutes les questions, mon étude est basée sur un effectif de 70 patientes.

3.1.1. Leur âge

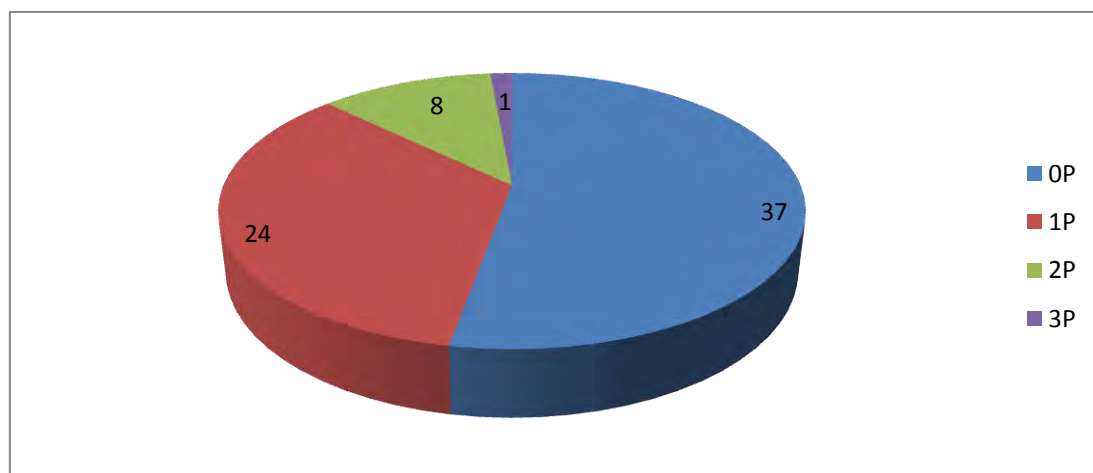
On observe dans cette première question qu'à parties quasi-égales, il y a le même nombre de patientes interrogées ayant entre 18 et 25 ans et entre 26 et 35 ans. Ces deux parties représentent presque $9/10^{\text{ème}}$ de la population étudiée.



Graphique n°1 : l'âge de la patiente

3.1.2. Leur parité

Un peu plus de la moitié de la population étudiée est nullipare et les primipares représentent un tiers des patientes.



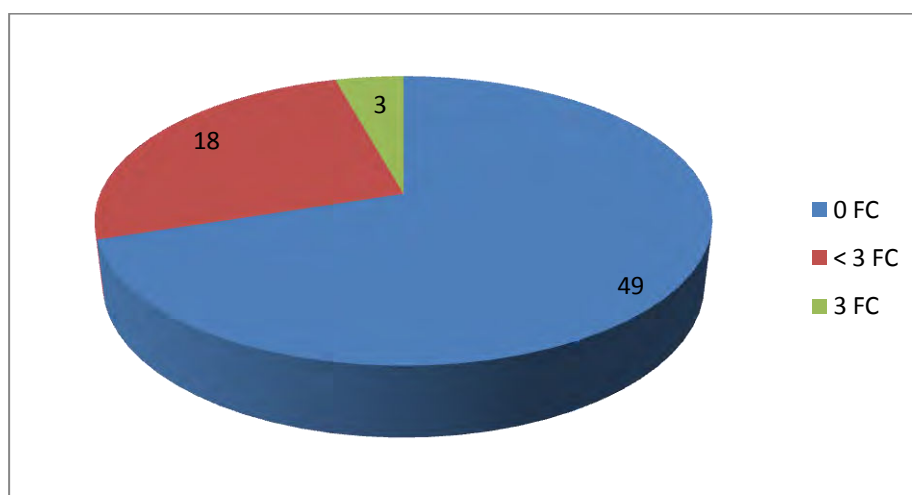
Graphique n°2 : la parité de la patiente

3.1.3. Les antécédents de fausses couches

Le seuil de 3 fausses couches a été choisi pour répartir les résultats car c'est à partir de ce moment que nous pouvons entreprendre un bilan afin de rechercher une étiologie.

Presque $\frac{3}{4}$ des patientes interrogées répondent n'avoir jamais fait de fausses couches.

Une minorité déclare avoir fait 3 fausses couches consécutives.



Graphique n°3 : le nombre de fausse couche par femme

3.1.4. Antécédents personnels

La majeure partie des femmes répondent ne pas avoir de problème de santé ou maladie particulière connue à ce jour.

11 femmes sur 70 déclarent avoir un problème de santé ou une maladie connus.

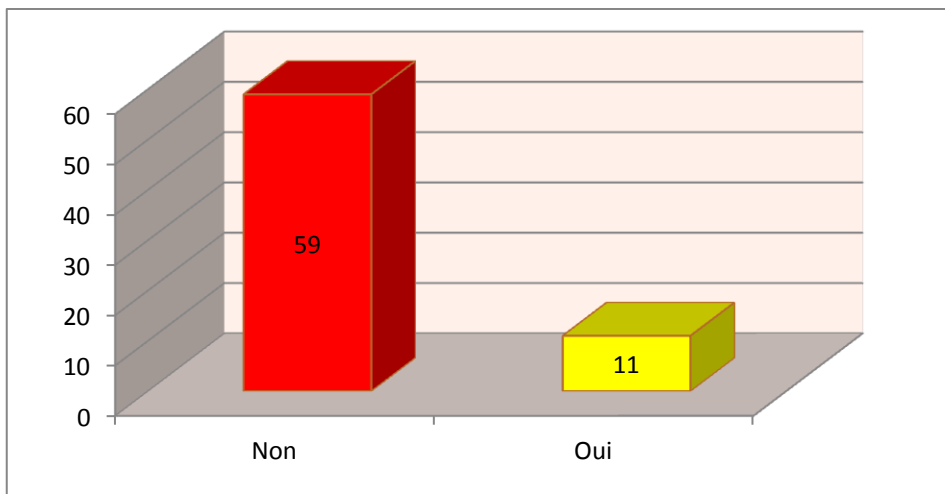
Parmi ces pathologies, on distingue celles ayant des conséquences sur la prise en charge obstétricale, nécessitant un suivi plus adapté et une surveillance rapprochée :

- pathologie cardiaque
- hypertension artérielle
- thrombopénie
- mutation du facteur V de Leyden
- maladie de Crohn

- endométriose
- pathologie ovarienne

Les autres pathologies recensées ne sont pas négligeables mais ont un impact moins direct sur la grossesse :

- asthme
- dépression
- arthralgies



Graphique n°4 : problème de santé connu de la patiente

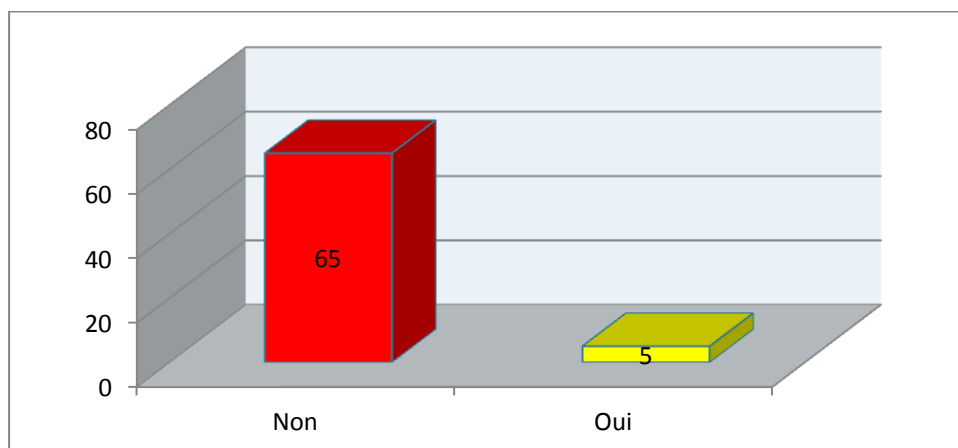
3.1.5. Antécédents familiaux

Parmi la population, 5 patientes ont des antécédents familiaux à savoir :

- hypertension artérielle
- diabète de type II
- mutation du facteur V de Leyden
- pathologie cardiaque
- psoriasis

Les patientes qui ont une hypertension artérielle et une pathologie cardiaque déclarent que cette pathologie est présente dans leur famille également.

La grande majorité de la population n'a pas connaissance de maladie pouvant se transmettre dans leur famille.

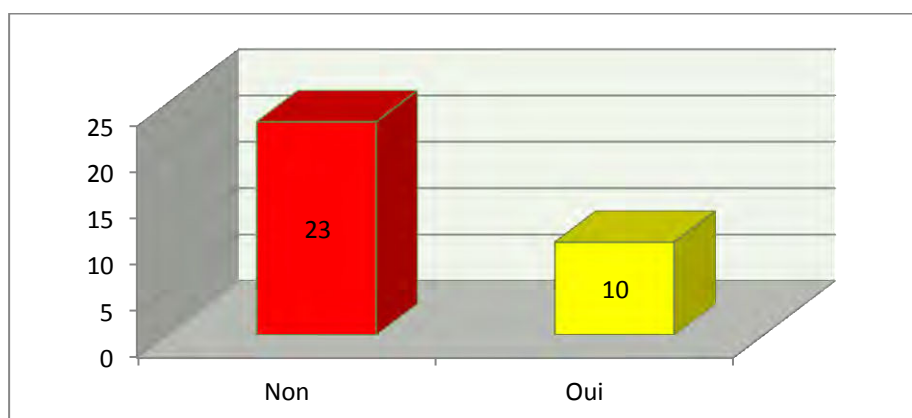


Graphique n°5 : les maladies héréditaires dans sa famille

3.1.6. Antécédents obstétricaux

Ces réponses sont celles des femmes qui ont mené au moins une grossesse à terme. Elles sont au nombre de 33 parmi la population étudiée.

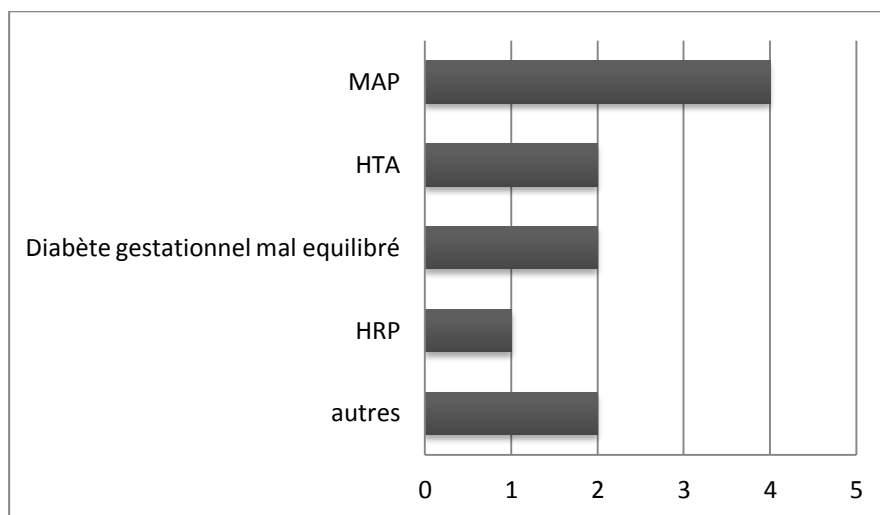
Le 1/3 restant est représenté par les patientes ayant présenté des complications. Pour ces patientes, il leur a été suggéré plusieurs pathologies obstétricales dans la suite de la question. Le graphique qui suit présente les pathologies relevées dans les questionnaires.



Graphique n°6 : complications lors des grossesses antérieures

La pathologie la plus fréquente est la menace d'accouchement prématuré qui concerne presque la moitié de ces femmes.

Dans la rubrique « autres », on note une hyperthyroïdie diagnostiquée à 7 mois de grossesse et une femme ayant été hospitalisée pour vomissements gravidiques au premier trimestre.

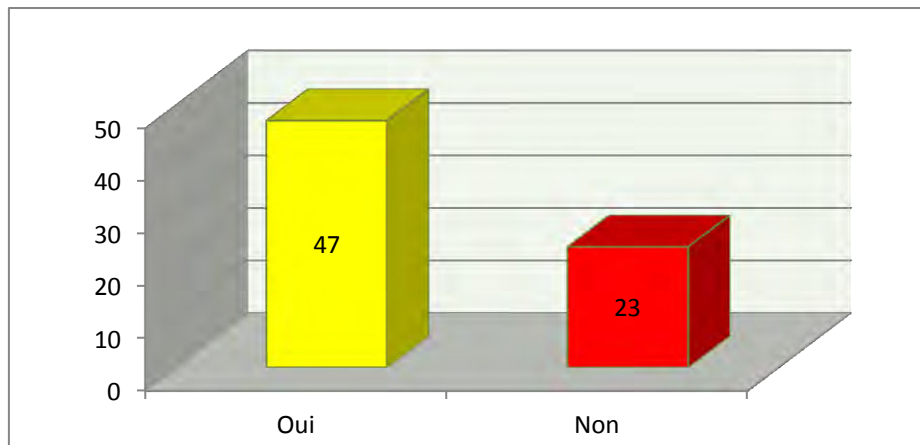


Graphique n°7 : complications obstétricales des patientes lors de leurs grossesses antérieures

3.2. La partie relative aux circonstances de survenue de la grossesse

3.2.1. La programmation de la grossesse

Nous remarquons dans l'étude que les grossesses n'ont pas été programmées dans un tiers des cas.

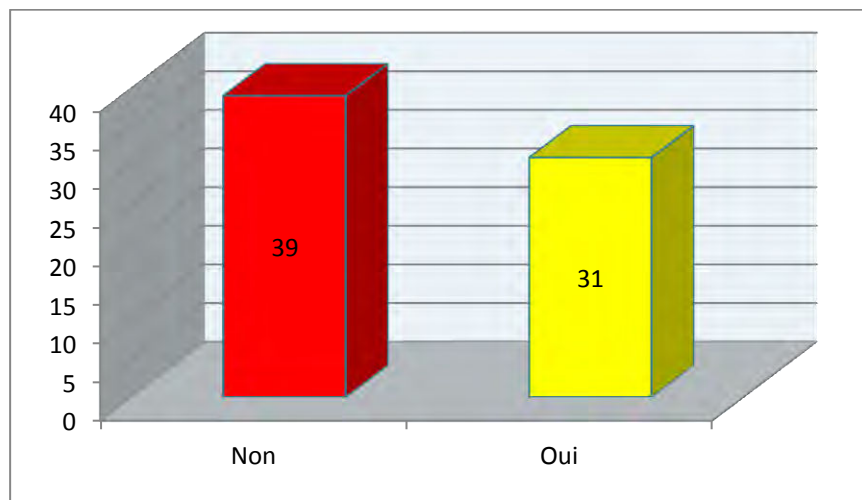


Graphique n°8 : programmation de la grossesse

3.2.2. Le suivi gynécologique de la patiente

Un peu plus de la moitié des femmes n'a pas de suivi gynécologique par le médecin qui suit la grossesse en cours.

Un peu moins de la moitié est suivie au contraire par le même en dehors de cette grossesse.

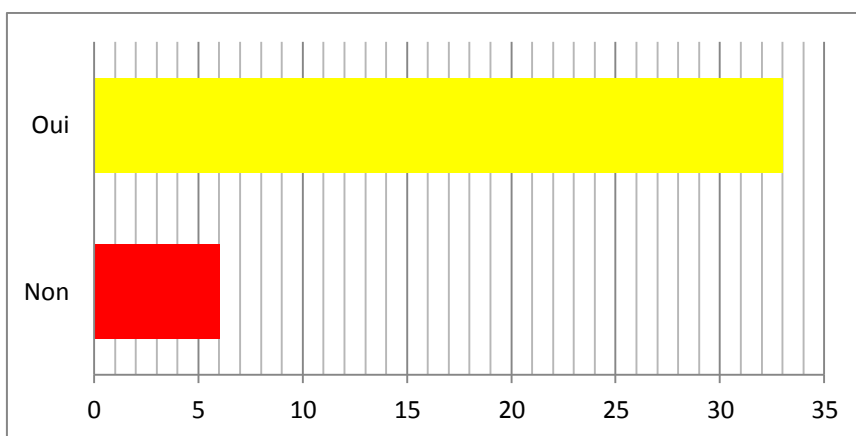


Graphique n°9 : suivi gynécologique de la femme par le médecin qui suit la grossesse.

La question a été complétée en demandant à celles ayant répondu non, si elles sont suivies par un autre professionnel de santé. Les résultats sont reportés dans le graphique qui suit.

La majorité des patientes qui ne consultent pas habituellement le gynécologue suivant la grossesse, voient un autre professionnel de santé pour leur suivi gynécologique.

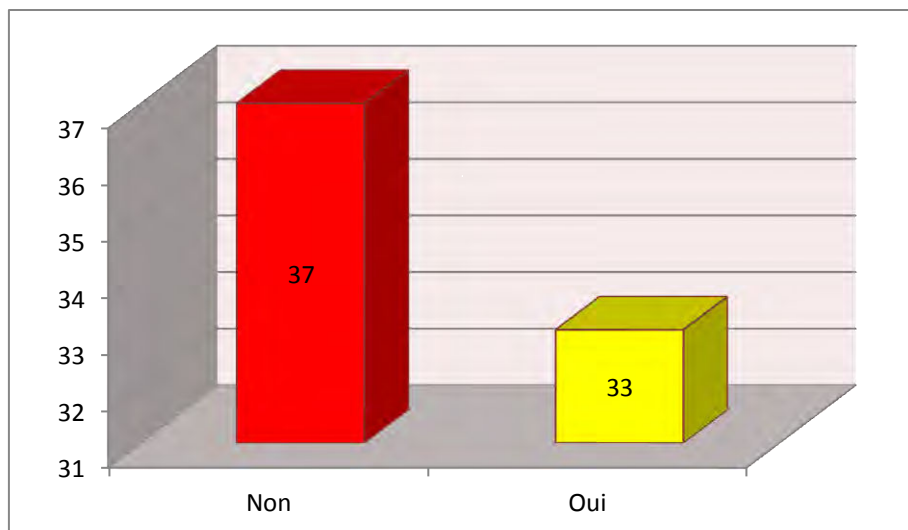
Nous remarquons par la suite, qu'une petite partie des femmes ne sont pas suivies sur le plan gynécologique en dehors de leur grossesse.



Graphique n°10 : suivi gynécologique par un autre professionnel de santé

3.2.3. Leur désir de grossesse

La population interrogée se répartit en deux parties avec des effectifs similaires. Cependant, la majorité est représentée par celles qui n'ont pas exprimé leur désir de grossesse au cours d'une consultation avec un professionnel de santé.



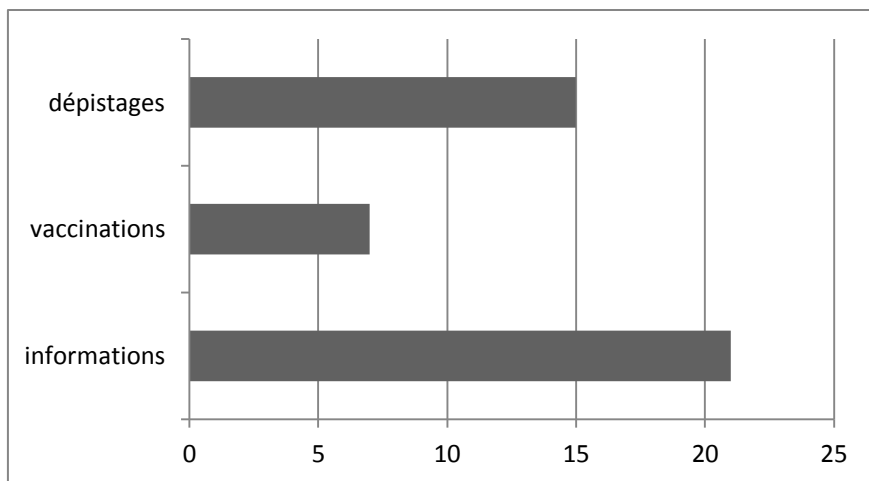
Graphique n°11 : désir de grossesse exprimé lors d'une consultation

3.2.4. Les démarches de la consultation préconceptionnelle

Le graphique qui suit reprend les démarches principales que nous avons jugées utiles dans le cadre de la consultation préconceptionnelle. Celles-ci sont au nombre de 3 à savoir :

- des informations et conseils donnés sur les habitudes de vie : la consommation tabagique, de drogues et d'alcool entre autres, l'alimentation, les modifications du corps liées à l'état de grossesse,
- les vaccinations par l'actualisation du statut vaccinal, qui nécessite la présentation du carnet de santé de la patiente lors de la consultation,
- la prescription d'un bilan sanguin ayant pour objectif le dépistage systématique des sérologies de la rubéole, la toxoplasmose, le cytomégalovirus, l'hépatite B et facultativement le VIH et l'hépatite C.

Les informations préconceptionnelles ont été reçues par la majorité des femmes. On remarque que l'actualisation des vaccinations est la démarche la moins fréquente.

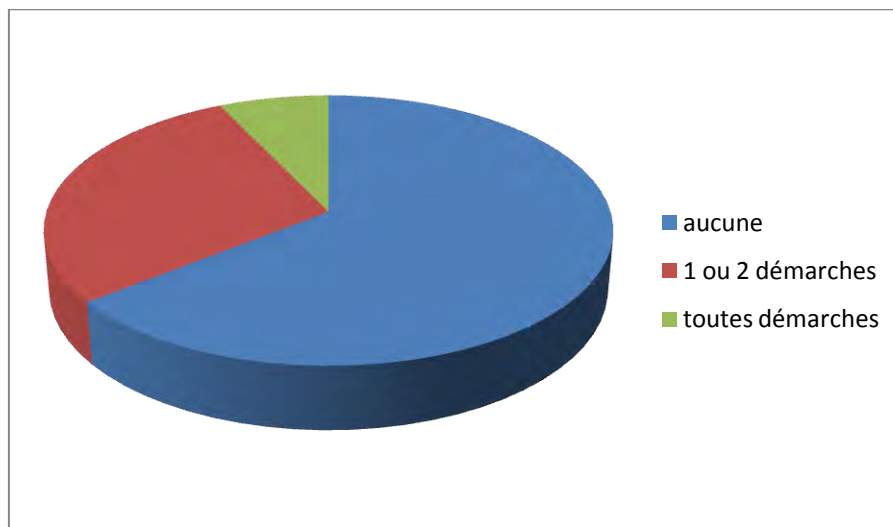


Graphique n°12 : les différents objectifs préconceptionnels

Dans notre analyse, nous pouvons dire que les patientes n'ayant bénéficié d'aucune démarche préconceptionnelle représentent 2/3 de la population.

Seule une petite partie de la population a reçu les 3 démarches citées auparavant.

Pour le reste de la population, certains objectifs ont été réalisés mais pas tous.



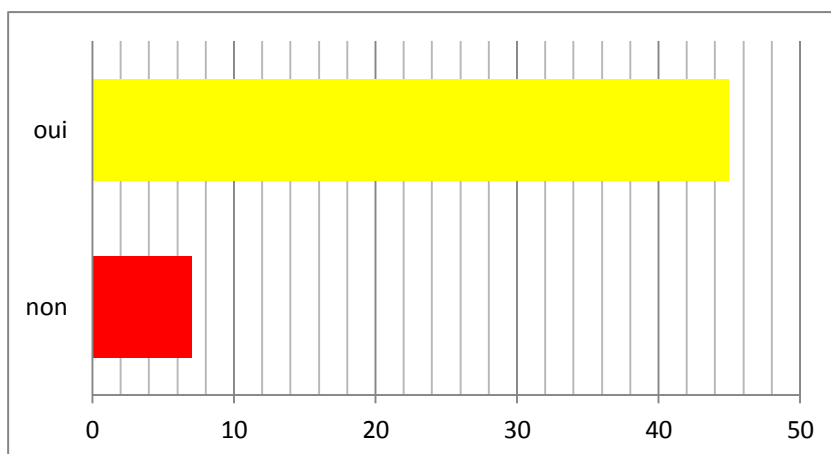
Graphique n°13 : nombre de démarches réalisées

La suite de la question a pour but de savoir si les femmes qui n'ont pas reçu ces renseignements préconceptionnels auraient aimé en bénéficier.

Toutes n'ont pas répondu à cette question.

Parmi les patientes qui n'ont reçu aucun renseignement, la grande majorité aurait aimé faire le point sur leur santé et leurs habitudes de vie à ce moment.

Les patientes qui ont bénéficié d'une seule des trois démarches auraient aimé faire ce point avec leur médecin également.

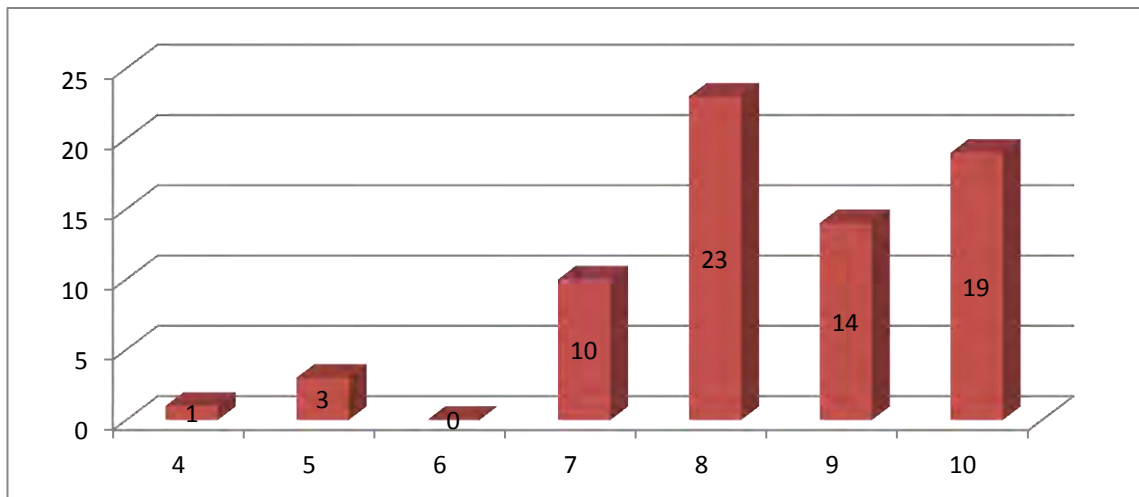


Graphique n°14 : désir des patientes de bénéficier de ces démarches préconceptionnelles.

3.2.5. Intérêt des femmes pour les renseignements préconceptionnels

Cette dernière question permet aux femmes de donner leur avis sur l'intérêt qu'elles portent aux renseignements préconceptionnels en le notant entre 0 et 10.

Les 3/4 d'entre elles y portent un réel intérêt puisqu'elles ont donné la note de 8 ou plus.



Graphique n°15 : intérêt que la patiente porte à ces démarches en amont de la grossesse.

Nous venons d'exposer les résultats obtenus lors de l'étude. Il sera intéressant de les interpréter et d'en discuter dans la partie qui suit, afin de mettre en évidence certains profils de patientes et comprendre par quels moyens cette consultation préconceptionnelle pourra être plus connue de ces femmes.

TROISIEME PARTIE :
Analyse et Discussion

1. La synthèse des résultats de l'étude

Plusieurs critères influent sur les raisons des difficultés quant à la mise en place de la consultation préconceptionnelle. L'étude menée dans ce travail de mémoire a pour but d'essayer de comprendre pourquoi et comment nous pouvons favoriser la diffusion de ces messages préconceptionnels.

Comme nous l'avons vu précédemment, les obstacles à sa réalisation peuvent se situer aussi bien du côté des professionnels de santé que du côté des patientes.

1.1. L'âge de la patiente

L'étude nous a montré qu'une minorité des patientes sont dans les âges extrêmes de la maternité à savoir moins de 18 ans et plus de 35 ans comme le montre le graphique n°1.

En corrélant les résultats, nous remarquons que sur les 3 patientes de l'étude âgées de moins de 18 ans, une seule a planifié sa grossesse et l'a mentionné à son médecin au cours d'une consultation. Cette patiente est atteinte d'endométriose, ce qui peut expliquer son suivi gynécologique régulier et la programmation de sa grossesse. L'âge inférieur à 18 ans est un critère important à prendre en compte du fait que ces grossesses sont considérées plus à risque que les autres.

En effet, comme le déclare l'Organisation Mondiale de la Santé, il est estimé que chaque année a lieu 3 millions d'avortements chez les jeunes filles de 15 à 19 ans. De même, le nombre de décès néonataux et de morts fœtales in utero est largement augmenté (40).

Nous pouvons supposer que la plupart des grossesses qui surviennent chez ces jeunes filles ne sont souvent pas programmées ou clairement souhaitées.

Elles restent une population difficile à cerner et à informer sur la nécessité d'un suivi gynécologique régulier, notamment en amont d'une grossesse.

Parmi les 8 patientes de plus de 35 ans, on remarque que 3 d'entre elles ont bénéficié de démarches préconceptionnelles. En effet, on retrouve dans ces grossesses tardives des risques de fausses couches spontanées due au fonctionnement ovarien moins efficace et une augmentation du risque d'anomalies chromosomiques qui montrent l'importance d'un examen préconceptionnel. Ces 3 patientes sont des primipares et une d'entre elles a fait 3 fausses couches auparavant. En ce qui concerne les 5 autres, ce sont des multipares sans antécédents.

Nous remarquons alors que les patientes de plus de 35 ans les plus à risque ont eu une prise en charge adaptée à leur situation en fonction de leur âge et leur primiparité.

Selon l'HAS, le suivi recommandé pour les grossesses aux âges extrêmes est de type A1, c'est-à-dire que la situation est considérée à risque mais la femme peut faire le choix d'être suivie par une sage-femme ou un médecin sachant que l'avis d'un gynécologue-obstétricien est conseillé (24).

Cette situation fait l'objet d'une consultation préconceptionnelle justifiée, pour réduire les risques encourus pour la mère et le fœtus au cours de la grossesse à venir.

1.2. Les patientes avec des antécédents particuliers

✓ Antécédents de fausses couches

Le nombre de patientes ayant eu trois fausses couches à répétition est de 3 (graphique n°3). Selon les recommandations, à partir de ce seuil, une prise en charge adaptée doit être mise en place. Il est important de rechercher une étiologie.

Ces 3 patientes ont programmé leur grossesse :

- 2 affirment avoir présenté une menace d'accouchement prématuré lors d'une précédente grossesse :
- une a exprimé son désir de grossesse lors d'une consultation gynécologique et s'est vue prescrire un bilan sanguin de dépistage. Elle a obtenu des informations sur la grossesse à venir.
- l'autre patiente n'avait pas mentionné son désir de grossesse et n'a bénéficié d'aucune démarche préconceptionnelle.

La troisième patiente n'a pas encore d'enfant, elle a reçu des informations et la prescription d'un bilan de dépistage en amont de sa grossesse.

Nous pouvons dire que 2 femmes sur les 3 ont pu préparer leur grossesse avec un professionnel de santé prenant en compte leurs antécédents personnels et préparer celle-ci avec un suivi adapté.

✓ Antécédents personnels

Dans la partie précédente, nous avons distingué deux sortes d'antécédents médicaux : les pathologies ayant des conséquences directes sur la grossesse et celles ayant des conséquences moindres sur son déroulement (graphique n°4).

Dans notre étude, 7 patientes ont mentionné le fait qu'elles étaient porteuses une pathologie pouvant avoir un retentissement direct sur leur grossesse.

Parmi ces femmes, nous constatons que seulement 3 d'entre elles ont exprimé leur désir de grossesse à leur médecin qui par la suite a réalisé une consultation préconceptionnelle en prenant le temps de leur délivrer des renseignements préconceptionnels. Les autres patientes n'ont pas formulé de désir de grossesse, ce critère jouant sûrement sur le fait qu'aucune démarche préconceptionnelle n'ait été réalisée.

Ces patientes à risque débutent alors une grossesse sans réajustement d'un traitement ou prescription d'examen complémentaire avant la première visite prénatale qui a lieu aux alentours de la 9^{ème} semaine d'aménorrhée, comme le montre l'étude parue dans l'ouvrage *Le guide de la consultation prénatale* (19).

Par ailleurs, nous pouvons en déduire que dans ce cas, dès lors que la patiente exprime son désir d'enfant, le médecin entame une démarche préconceptionnelle.

✓ Antécédents familiaux

Les patientes ayant des antécédents familiaux sont au nombre de 5 (graphique n°5) et nous constatons qu'une seule a reçu des renseignements préconceptionnels. Les autres n'en ont pas reçu mais n'ont pas mentionné de désir d'enfant auparavant.

Ces patientes auraient pu bénéficier d'un bilan génétique sur la transmission éventuelle de leur antécédent notamment lorsqu'elles sont elles-mêmes atteintes de la pathologie.

✓ Antécédents obstétricaux

La dernière population de femmes à risque est celle qui a déjà mené une grossesse à terme qui s'est compliquée (graphique n°6). Elles sont au nombre de 10 et nous en comptons 6 qui n'ont pas mentionné leur désir de grossesse et n'ont rencontré aucun professionnel en amont de celle-ci.

Au sein de ces 10 patientes, 4 ont présenté une menace d'accouchement prématuré dont une couplée à un hématome rétro-placentaire (graphique n°7).

Parmi ces 4 patientes, 2 n'ont pas bénéficié d'un entretien médical préconceptionnel, les 2 autres en ont joui, dont la patiente qui a couplé MAP et HRP.

L'étude nous montre que la répartition de l'entretien préconceptionnel est inégale dans la population, et dépend de l'expression du désir de la femme à entamer une grossesse.

Lors d'une grossesse compliquée, la patiente doit être informée qu'un bilan préconceptionnel serait souhaitable pour une prochaine grossesse, en reprenant les étiologies retrouvées. Ce serait l'occasion d'évaluer le risque de récurrence.

Il est alors intéressant d'étudier la situation des femmes n'ayant aucun antécédent personnel ou familial.

1.3. Les patientes sans antécédent particulier

Au sein de l'ensemble des patientes n'ayant pas mentionné d'antécédent, nous différencions plusieurs profils.

Les trois qui ressortent sont :

- les patientes qui ont envisagé leur grossesse et l'ont exprimé à leur médecin
- les patientes l'ayant envisagé mais qui n'en n'ont pas parlé lors d'une consultation
- celles dont la grossesse n'était pas programmée.

Il est étonnant de constater que la majorité de ces femmes n'ont pas prévu l'arrivée de leur enfant. Cette population ne peut donc avoir de consultation préconceptionnelle, le désir d'enfant étant la motivation principale à sa réalisation.

Parmi celles qui l'ont programmé et l'ont déclaré à leur médecin, des démarches préconceptionnelles ont été réalisées (informations et bilans de dépistage). Cependant, la majorité n'a pas mentionné cette volonté et de ce fait aucune démarche n'a été entreprise.

Ces résultats mettent en évidence une population de femmes qui ne font pas la démarche d'aller consulter pour exprimer leur désir de grossesse, ne voulant pas confronter leur vie intime au monde médical confirmant notre deuxième hypothèse.

Nous remarquons qu'une minorité de patientes déclare n'avoir aucun suivi gynécologique en dehors de la grossesse. Ces femmes n'exprimeront donc sûrement pas leur désir d'enfant puisqu'elles n'ont pas l'habitude de se référer à un professionnel pour leur suivi.

1.4. Les patientes face à leur désir de grossesse

Au cours des résultats obtenus précédemment, nous remarquons que la réalisation de l'entretien préconceptionnel va souvent de paire avec la connaissance du médecin, du désir de grossesse de la patiente.

En effet, l'analyse des résultats des graphiques n°11 et 13 montre que les deux tiers des patientes qui ont exprimé leur désir de grossesse, ont eu un entretien préconceptionnel par la suite. Toutefois, le tiers restant représente celles qui n'ont pas eu cet entretien bien qu'elles aient informé leur médecin de leur projet parental.

Ce constat nous permet d'émettre l'hypothèse selon laquelle une bonne partie des professionnels de santé portent un intérêt à cette démarche préconceptionnelle. Nous pouvons cependant nous interroger sur l'avis des autres. Dans cette étude, le point de vue des professionnels n'est pas connu, nous ne pouvons donc pas émettre de certitude quant à l'intérêt qu'ils y portent.

✓ Les démarches préconceptionnelles

Comme il l'est décrit dans la deuxième partie, ces démarches sont essentiellement au nombre de trois : les informations relatives à la grossesse à venir, l'actualisation du statut vaccinal et les bilans de dépistages.

Dans la population étudiée, ce sont les informations et les conseils les plus diffusés (graphique n°12). Il est fréquent qu'ils soient diffusés seuls en amont d'une grossesse. Ainsi,

nous pouvons supposer que les patientes concernées ont été informées des risques de consommation de tabac, d'alcool, et des addictions comme le préconise l'HAS (32). Les conseils sur l'alimentation et l'hygiène sont également de rigueur.

Il y a également un bon nombre de patientes qui ont reçu à la fois des informations et la prescription d'un bilan sanguin en vue d'un dépistage des maladies ayant des conséquences gravidiques et fœtales. Faire le point sur les sérologies telles que la rubéole, la toxoplasmose, l'hépatite B et le VIH permet une prise en charge adaptée en fonction des résultats et de prendre les précautions nécessaires en particulier pour la toxoplasmose.

Nous constatons que le statut vaccinal n'est pas souvent évoqué au cours d'une consultation. Rappelons qu'il est important que ce statut soit à jour en amont du début de la grossesse, afin d'éviter de contracter durant celle-ci la rubéole, la rougeole ou encore les oreillons (29).

Toutefois, il est délicat d'analyser cette donnée, car nous ne savons pas si les patientes ont déjà arrêté leur contraception lors de la consultation. Dans ce cas, la vaccination ne sera faite qu'après la grossesse.

✓ Souhait et intérêt des patientes

Les résultats de l'étude nous montrent qu'au sein des femmes n'ayant pas eu ou peu de renseignements préconceptionnels (seulement un bilan sanguin par exemple), une très grande partie aurait aimé en recevoir (graphique n°14). Il est alors intéressant de coupler ces résultats avec la note que les patientes ont donnée pour l'intérêt de l'entretien préconceptionnel.

Dans l'ensemble ces notes étaient en grande majorité supérieures à 7 sur 10 (graphique n°15).

Nous pouvons alors nous intéresser au profil des patientes qui disent ne pas vouloir bénéficier de ces démarches.

Dans un premier temps, on retrouve majoritairement deux profils de patientes qui n'auraient pas souhaité avoir de temps de parole avec leur médecin :

- des multipares qui ont programmé leur grossesse sans en parler. Une d'elle mentionne même avoir déjà fait le point sur sa santé et ses habitudes de vie
- des primipares de moins de 18 ans qui n'ont pas programmé leur grossesse et déclarent qu'elles n'auraient pas souhaité non plus envisager ce temps de parole.

Nous relevons alors une situation paradoxale : ces patientes n'auraient pas voulu rencontrer leur médecin pour réaliser un bilan préconceptionnel mais elles y trouvent un réel intérêt, sachant que la note qu'elles attribuent est supérieure à 7 sur 10, certaines ayant même noté 10 sur 10.

Ainsi, nous pouvons nous rassurer sur l'intérêt que les femmes portent aux démarches préconceptionnelles. Elles trouvent utile cette démarche mais ne se projettent peut être pas dans la situation où elles iraient consulter un professionnel de santé pour lui dire qu'elles veulent un enfant.

Cette situation n'est pas encore entrée dans les mœurs et peut paraître étrange pour une femme sans antécédent particulier. Nous pouvons élargir notre raisonnement en pensant que ceci est dû à un défaut d'information des femmes qui entraîne cette réticence envers cette consultation et son déroulement.

Plusieurs points importants ressortent suite à la synthèse des données obtenues précédemment. Ils feront l'objet d'une discussion.

2. La discussion

L'importance de la prise en charge préconceptionnelle a été démontrée, elle est bien connue. Il faut maintenant permettre à une plus grande majorité de femmes d'y accéder. Sa

pratique est encore discrète et les résultats de l'étude mettent en avant divers facteurs qui peuvent en être la cause.

2.1. L'information des patientes

En premier lieu, il est certain que le concept de cette consultation est encore trop inconnu. La raison pour laquelle elles ne viennent pas consulter lorsqu'elles arrêtent leur contraception, peut être le fait qu'elles n'y pensent pas et qu'elles ne sont pas informées, ce qui confirmerait notre première hypothèse posée.

Les professionnels de santé doivent pouvoir cerner les patientes à risque afin que des précautions soient prises pour une future grossesse, encore faut-il qu'elles soient coopérantes.

En cas de complication obstétricale par exemple, il serait très utile qu'elles soient informées de la nécessité de consulter un professionnel pour faire le point sur leur santé pour la grossesse ultérieure. Il en est de même pour les femmes suivies régulièrement en raison d'une pathologie chronique ; leur médecin doit les informer d'un bilan préconceptionnel nécessaire pour réajuster un traitement ou adapter la prise en charge obstétricale lorsqu'elles souhaiteront débiter une grossesse.

Aujourd'hui, les femmes peuvent saisir des informations relatives à la grossesse par de nombreux moyens de communication que ce soit par internet, dans les magazines ou les blogs, ou encore par le biais de certaines émissions de télévision. Nous supposons qu'elles s'intéressent de près aux bonnes pratiques, à ce qu'il est autorisé de faire, de manger, ou encore aux traitements médicamenteux admis pendant la grossesse, mais ne recherchent pas forcément l'avis médical. Elles y portent donc un intérêt certain mais ne se soucient pas de la fiabilité des sources trouvées. C'est pour cela que le professionnel de santé n'est pas le premier interlocuteur vers lequel elles se tournent lorsqu'elles veulent avoir un enfant. Elles peuvent avoir l'impression de déjà savoir ce qu'« il faut faire ».

2.2. Le ressenti de la femme

Nous sommes dans une décennie où la société met en avant la physiologie de la grossesse et la bonne santé de la femme enceinte. De même, les médias mettent en valeur les silhouettes arrondies de ces femmes et montrent ainsi une étape heureuse et naturelle de la vie génitale féminine. Ces représentations de la grossesse dans notre société ne tendent pas à développer la prévention des risques par une consultation avant une grossesse.

Les femmes peuvent trouver un paradoxe dans notre discours : on leur répète que l'état de grossesse n'est pas synonyme de maladie ou d'incapacité et parallèlement on leur conseille fortement de consulter un professionnel de santé. Concernant les patientes sans antécédent connu, il est tout à fait compréhensible qu'elles réagissent de la manière suivante : " mais je vais bien, je veux juste avoir un enfant ". Cette réaction peut être due en partie au défaut d'information comme nous l'avons développé précédemment. Si elles connaissaient réellement les enjeux et les bénéfices de ce bilan, leur démarche serait plus spontanée.

De plus, ce type de consultation est réalisé par un gynécologue en règle générale. Celui-ci peut représenter aux yeux des patientes une forme d'autorité et de pouvoir. Il est légitime qu'elles craignent cette tierce personne qui s'immisce dans l'intimité de leur couple et leur réticence pourrait aussi s'expliquer par le fait qu'elles se sentent jugées. Les femmes ne doivent pas avoir cette impression de « demander l'autorisation d'être enceinte ». Il est de notre ressort de les informer et les rassurer sur le déroulement, le but de cet entretien le plus en amont de la grossesse si possible.

Nous voyons également des femmes qui ne se sentent pas concernées, et ne pensent pas en avoir besoin. Cette remarque rejoint le fait que la grossesse est un événement naturel, propre à l'intimité du couple.

Une autre explication à ce détachement peut être le cas des femmes multipares. Si une grossesse a déjà été vécue, la demande semble moindre.

Nous pouvons en conclure que ces femmes n'attendent qu'une information plus précise et plus diffusée de notre part. A ce jour, elles ne pensent pas ou n'osent pas consulter pour exprimer leur désir de grossesse, de peur du jugement, du regard médical et de la consultation.

2.3. La place de la sage-femme

La question de la médicalisation de la grossesse a été soulevée dans le paragraphe précédent. La patiente envisage sa grossesse mais hésite à rencontrer son médecin car elle ne se sent pas malade.

L'art de la sage-femme est d'accompagner le couple lors de la grossesse, de l'accouchement et en post-partum. Elle est un acteur incontournable de la périnatalité et représente pour beaucoup de patientes un professionnel de santé sensible, qui guide les parents en devenant en essayant de respecter leurs choix et leurs valeurs. La sage-femme a un rôle privilégié avec la femme ou le couple grâce à la relation de confiance qu'elle instaure avec eux. Le fait que ces compétences se limitent à la physiologie obstétricale contribue à cette relation privilégiée soignant-soignée car la femme la voit comme celle qui l'accompagnera au mieux quelque soit le déroulement des événements.

En 2009, les nouvelles compétences élargies permettent aux sages-femmes de réaliser des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, en l'absence de situation pathologique selon l'article L.4151-1. Une liste non exhaustive est parue, énumérant certains actes qu'elles peuvent pratiquer dans le cadre de ces nouvelles compétences. La consultation préconceptionnelle n'apparaît pas mais elle rentre dans le cadre du suivi gynécologique de la femme. Aujourd'hui les sages-femmes commencent à le pratiquer et elles seront de plus en plus nombreuses et sollicitées notamment grâce à l'extension de l'exercice libéral.

L'idéal pour notre profession serait la pratique de ce suivi, afin de cerner à quel moment une patiente serait prête à débiter une grossesse. Cela aboutirait à une consultation préconceptionnelle puis à un suivi global de grossesse. A long terme, la mise en place d'une prise en charge pré, per et post-natale a ses chances, car n'oublions pas que nos patientes aspirent aujourd'hui à un suivi avec un nombre plus restreint de professionnels.

Bien entendu ce suivi concerne seulement les patientes sans risque particulier ou considérées à bas risque. Les femmes ayant des antécédents, une pathologie chronique ou d'autres risques seront suivies par un gynécologue.

Cette discussion a soulevé certains points à améliorer dans la prise en charge de nos patientes. Nous allons proposer une ligne de conduite, que nous pouvons appliquer en tant que professionnels de santé. Ces propositions ne sont pas les seules, ni les meilleures mais peuvent permettre l'extension de la consultation préconceptionnelle à un plus grand nombre de femmes.

3. Propositions

Connaissant les difficultés rencontrées face à la mise en place de cette consultation, il serait judicieux de répandre l'information à ce propos à un maximum de femmes en âge de procréer par des approches novatrices et dynamiques.

Pour cela, nous pouvons émettre deux propositions.

3.1. Informer dès lors du suivi gynécologique

Nous pourrions saisir des moments clés au cours du suivi gynécologique d'une femme pour lui faire passer un certain nombre de messages.

Tout d'abord la réalisation de son anamnèse recensant ses antécédents, pathologies ou traitements particuliers permet de connaître le profil de la patiente lors des premières consultations. Nous pourrions repérer les patientes à risque faible, modéré ou important.

Puis, au fil du temps et des consultations, prendre un temps de parole non négligeable avec cette patiente en lui posant des questions simples telles que :

- **Quand envisagez-vous une première grossesse ?**
- **Combien d'enfants souhaiteriez-vous avoir ?**

Ces questions peuvent ne pas avoir de réponse dans l'immédiat, selon leur âge et leur situation familiale.

Le principal but de cette démarche est de provoquer chez ces femmes un élément déclencheur, pour qu'elles connaissent notre rôle lorsqu'elles envisageront une grossesse.

Parler de ce sujet, permettrait d'établir une programmation des naissances pour une plus grande partie des patientes suivies. Il est primordial d'aborder avec elles les grandes lignes et les buts de la prévention en vue d'une grossesse. Ainsi, elles sauront en quoi consiste une consultation préconceptionnelle et quel en est l'intérêt.

Certaines actions ou préventions n'ont pas besoin d'attendre la période préconceptionnelle pour être réalisées. Il est nécessaire de les informer sur le rôle néfaste des âges extrêmes par exemple, quant à la fertilité et les complications gravidiques, de la conséquence de la maigreur ou au contraire de l'obésité, sans oublier les risques liés aux différentes addictions.

D'autre part, l'actualisation du suivi vaccinal peut être appréciée lors du suivi gynécologique classique tant que la patiente prend une contraception. Ainsi, elle pourra commencer sa grossesse avec une couverture vaccinale à jour.

3.2. Diffuser l'information plus largement

En dehors du suivi gynécologique, l'information sur l'entretien préconceptionnel peut être diffusée à d'autres moments.

Des affiches ou des brochures pourraient informer les femmes de l'existence de cette consultation en mentionnant ses principaux objectifs (annexe IV). Cette démarche attiserait la curiosité des femmes, qui pourraient en parler d'elles-mêmes à leur sage-femme ou leur gynécologue.

Les lieux adéquats sont les salles d'attente de ces professionnels que ce soit dans un cabinet privé ou dans un établissement de santé.

Ainsi, cette démarche toucherait à la fois les patientes nullipares en âge de procréer qui n'envisagent pas de grossesse dans l'immédiat, celles qui envisagent un arrêt de leur contraception et celles ayant accouché récemment.

Ces brochures peuvent également être mises à disposition des femmes dans les centres de planification et d'éducation familiale, toujours dans un but de les informer à long terme.

En effet, en tant que professionnels de santé, nous nous devons d'informer nos patientes et d'aller à leur rencontre pour leur proposer une prévention efficace afin qu'elles puissent vivre leur grossesse à venir dans les meilleures conditions.

3.3. Prévoir une prise en charge financière plus adaptée

Dans la première partie de ce travail, nous avons relaté l'inégalité des femmes face à la prise en charge des soins médicaux.

Ces inégalités apparaissent lorsqu'une femme ne peut pas se munir d'une mutuelle de santé mais que son niveau de vie ne lui permet pas d'accéder à la couverture maladie universelle, la CMU de base ou complémentaire.

En effet, un nombre encore non négligeable de femmes refuse de consulter un professionnel de santé par manque de moyens financiers, en cas de mauvaise couverture sociale.

Selon le site officiel de l'Assurance Maladie, dès la déclaration de grossesse, la patiente enceinte bénéficie d'« une prise en charge à 100% de l'ensemble des frais médicaux, en lien ou non avec sa grossesse, au titre de l'assurance maternité et cela du premier jour de son sixième mois de grossesse au douzième jour après la date de l'accouchement. »

Concernant uniquement la grossesse, ce sont les examens prénatals et postnatals obligatoires qui sont remboursées à 100%.

Les sept examens prénatals obligatoires comprennent le premier examen devant être réalisé avant le troisième mois de grossesse, et les six autres entre le quatrième mois et l'accouchement.

En revanche, l'entretien préconceptionnel s'inscrit dans le cadre d'un suivi gynécologique régulier d'une femme, encore faut-il qu'une bonne partie d'entre elles se fasse suivre sur ce plan.

Pour une prise en charge idéale, la consultation préconceptionnelle n'aurait-elle pas sa place au sein de ces examens prénatals ?

On pourrait proposer d'inclure cet entretien préconceptionnel dans le cadre des consultations de grossesse prises en charge à 100% par l'Assurance Maladie plutôt que dans le cadre du suivi gynécologique.

Face aux bénéfices et à l'intérêt de cette démarche, il est certain qu'il y aurait un bon rapport entre le coût de cette consultation et son efficacité.

Le problème ne se posera pas pour les femmes suivies régulièrement, les messages de prévention pouvant être diffusés au fur et à mesure de leur suivi. Par contre, cela permettra aux femmes qui y renoncent par manque de moyens financiers, d'y accéder.

Pour que l'entretien préconceptionnel prenne tout son sens, il est nécessaire d'informer nos patientes par des moyens efficaces, de saisir des moments clés de leur suivi gynécologique pour les sensibiliser et leur faire passer des messages de prévention, et d'inclure cet entretien dans l'ensemble des examens à réaliser pendant la grossesse.

CONCLUSION

Ce travail de mémoire avait pour principal but la mise en évidence des difficultés rencontrées quant à la mise en place de la consultation préconceptionnelle.

L'étude menée auprès des femmes enceintes nous a conduits à plusieurs constats.

Tout d'abord, il semble difficile pour les patientes de consulter un professionnel de santé pour lui faire part d'une grossesse à venir, qui n'est pas encore réelle. Le manque d'information de ces femmes est également un obstacle majeur au développement de la consultation préconceptionnelle.

Du côté des professionnels, les démarches préconceptionnelles sont généralement réalisées à partir du moment où un projet de grossesse est exprimé par une patiente ou un couple.

Afin d'améliorer la prise en charge des grossesses, il est indispensable de développer des moyens d'informer les patientes de l'existence et l'intérêt de cette consultation. Ceci est possible grâce à des brochures ou des affiches mises à leur disposition au cours de leur suivi gynécologique notamment.

Il est important de souligner qu'une bonne relation avec nos patientes est nécessaire pour aborder ce sujet, attirer leur attention et leur adhésion à ce propos.

Toutefois, pouvons-nous penser que ces précautions diminueront significativement les taux de morbi-mortalité fœtale ? Les moyens mis en œuvre par les autorités de santé tendent en tout cas à la réussite de ces messages de prévention.

Ces approches peuvent permettre à long terme, un véritable déploiement des démarches préconceptionnelles, afin de prévenir les risques périnataux pour une prise en charge de la grossesse adaptée aux besoins de la femme.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) INSEE référence, *Natalité – Fécondité*, février 2013.
Disponible sur : http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=T13F035, consulté le 12 février 2013
- (2) Cour des Comptes, Extrait du rapport annuel 2012, *La politique de périnatalité : l'urgence d'une remobilisation*.
Disponible sur : <http://www.cfef.org/archives/bricabrac/Ccdc2012.pdf>, consulté le 12 février 2013
- (3) LE GOAZIOU M.F. et FIGON S., « Examen prénuptial » dans *AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine*, Ed. Elsevier Masson SAS, 2003
- (4) DEVERS G., « La médecine sous Vichy, étude de législation 1940-1944 » dans *Droit, Déontologie et Soins*, Ed. Elsevier Masson SAS, vol.8 n°2, avril 2008, p. 133-267
- (5) TILLES G., *Dermatologies des XIXe et XXe siècles : mutations et controverses*, France, Ed. Springer, p.105.
- (6) Cours de neurologie, *Histoire de la médecine*, Docteur DANDELLOT.
Disponible sur : <http://coursneurologie.free.fr/verole.HTM>, consulté le 16 août 2012.
- (7) Université Paris Descartes, site de l'INSERM, *Eugénisme : analyse historique*,
[http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/f812af09a0a47338c1257153004fa70e/a7f530ae7e93bbd9c12576b70031be0e/\\$FILE/ATT6QMOB/Diaporama.pdf](http://www.ethique.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/f812af09a0a47338c1257153004fa70e/a7f530ae7e93bbd9c12576b70031be0e/$FILE/ATT6QMOB/Diaporama.pdf), consulté en novembre 2012.
- (8) Légifrance, le service public de la diffusion du droit, Code civil, Article 63.
Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070721&idArticle=LEGIARTI000017841367&dateTexte=20130213>, consulté le 9 août 2012.
- (9) ANTOINE Jean-Marie, *De la conception à la naissance*, France, Ed. Masson, 2002

- (10) Légifrance, le service public de la diffusion du droit, Code de la Santé Publique, Article L153.
Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000026596733&dateTexte=20130213>, consulté le 9 août 2012.
- (11) CNGOF, *Examen pré-nuptial*, item 15 module 2, http://www.univ-sante.edu.kh/examen_classant_national/download/item15.pdf, consulté en octobre 2012
- (12) INED, institut national d'études démographiques, *Les naissances hors mariages*.
Disponible sur : http://www.ined.fr/fr/tout_savoir_population/fiches_actualite_scientifique/deux_enfants_sur_cinq_naissent_hors_mariage/, consulté le 1 septembre 2012.
- (13) Droit-finances.net, Code civil, Article 515-8.
Disponible sur : <http://droit-finances.commentcamarche.net/legifrance/38-code-civil/93356/article-515-8>, consulté le 1 septembre 2012.
- (14) Légifrance, le service public de la diffusion du droit, Code civil, article 8, LOI n° 2007-1787 du 20 décembre 2007 relative à la simplification du droit (1).
Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000017727195&dateTexte=&categorieLien=id>, consulté le 24 août 2012.
- (15) AUBIN C. et BRANCHU C., Inspection générale des affaires sociales, *Les organismes de planification, de conseil et d'éducation familiale : un bilan*, juin 2011
- (16) GIRAUD-LE GOLVET A., Thèse de doctorat en médecine, *Le paradoxe de la consultation préconceptionnelle*, mars 2010.
- (17) GUIBERT Juliette, Service Gynécologie-Obstétrique et Médecine de la Reproduction Hôpital Tenon, *Consultation pré-conceptionnelle*, octobre 2007
- (18) BOURQUIN A. et BENNUM R., « The Preconception Diet of Women Who Have Had Unsuccessful Pregnancies » dans *The American journal of clinical nutritio*, 2013.
- (19) SALIGNON P., *Gratuité des soins au Niger : une option payante à consolider*, juillet 2011.

- (20) BOOG G., « La consultation préconceptionnelle à la place de l'examen prénuptial » dans 35^{ème} assises nationales des sages-femmes, *Compte rendu scientifique*, La Rochelle, 23, 24, 25 mai 2007.
- (21) DELVOYE Pierre, *Le guide de la consultation prénatale*, Ed. De Boeck, 2009.
- (22) Société française de gynécologie, *Le début de la grossesse*, Ed. Eska, 2001.
- (23) HAS, Recommandations professionnelles, *Préparation à la naissance et à la parentalité*, novembre 2005.
- (24) HAS, « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » dans *La revue de la sage-femme*, vol. 6, n°4, mai 2007, p. 216-218
- (25) POUJADE O. et LUTON D., « Intérêts de la consultation préconceptionnelle » dans *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*, n°133, octobre 2008
- (26) MARK M., Université de Strasbourg, *Tératologie, Les périodes de sensibilité aux agents tératogènes*.
Disponible sur : <http://udsmed.u-strasbg.fr/emed/courses/TERATOLOGIED1/document/Textes/II. LES PERIODES DE SENSIBILITE AUX FACTEURS TERATOGENES.pdf?cidReq=TERATOLOGIED1>, consulté le 11 novembre 2012
- (27) RAYNAL P., « La consultation préconceptionnelle » dans *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, vol. 38, décembre 2010, p. 481-485
- (28) Légifrance, le service public de la diffusion du droit, Code de la santé publique, Article L4151-1.
Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020892639&dateTexte=>, consulté le 26 août 2012
- (29) Ordre national des sages-femmes, *Les consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention*, http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document/2/exercice_de_la_profession/les_compétences/les_consultations_de_contraception_et_de_suivi_gynecologique_de_prevention/index.htm, consulté en octobre et novembre 2012

- (30) Ordre des sages-femmes, *Quelles sont les vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer ?* http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/parte_extranet/news_data/vaccination/quelles_sont_les_vaccinations_que_les_sagesfemmes_sont_autorisees_a_pratiquer_/index.htm, consulté le 12 décembre 2012.
- (31) CGNOF, « L'examen préconceptionnel » dans *Abrégés de Gynécologie-Obstétrique*, France, Ed. Elsevier Masson SAS, 2^{ème} édition, octobre 2010.
- (32) MANDELBROT L., « Consultations préconceptionnelles » dans *EMC*, Ed. Elsevier Masson SAS, Paris, 2009, 5-007-M-15.
- (33) BOOG G., « La consultation pré-conceptionnelle » dans *17èmes rencontres nancéiennes de Gynécologie Obstétrique*, octobre 2007.
- (34) COULON C., *Consultation préconceptionnelle*, cours DIU gynécologie-obstétrique, novembre 2009.
- (35) HAS, Document d'information pour les professionnels, *Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer*, septembre 2009.
- (36) Observatoire régional de la santé du Centre, *Le tabac et ses conséquences sur la santé en région Centre*, 2005.
Disponible sur : <http://www.orscentre.org/apps/site/public/files/tableaubord/fiche82>, consulté le 12 décembre 2012.
- (37) INED, Population et sociétés, *Après la loi Neuwirth, pourquoi tant de grossesses imprévues?* n°439, novembre 2007. Disponible sur : http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1336/publi_pdf/439.pdf, consulté le 26 août 2012
- (38) INPES, *Baromètre santé médecin/pharmaciens*, 2003.
Disponible sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/793.pdf>, consulté le 26 août 2012.
- (39) PUGET DUPANLOUP C., Thèse de doctorat en médecine, *Obstacle à la consultation préconceptionnelle en médecine générale : enquête auprès de 20 femmes en âge de procréer*, juin 2012.
- (40) Organisation Mondiale de la Santé, *La grossesse chez les adolescentes*, aide-mémoire n°134, mai 2012. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/fr/index.html>, consulté le 12 février 2013.

ANNEXES

Annexe I : Tableau récapitulatif des recommandations de l'HAS du suivi de la grossesse normale.

Annexe II : Prévention et dépistage de la toxoplasmose et de la rubéole.

Annexe III : Questionnaire destiné aux femmes en consultation de grossesse.

Annexe IV : Plaquette d'information destinée aux patientes.

ANNEXE I

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1 ^{re} consultation avant 10 SA	2 ^e consultation avant 15 SA
Examens cliniques et biologiques	-	Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse	Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement
	Examen gynécologique frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique général et gynécologique PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique PA ; poids ; hauteur utérine à partir du 4 ^e mois ; si possible bruits du cœur fœtal
	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole recherche d'agglutinines irrégulières 	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole syphilis glycosurie et protéinurie recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B 	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA) glycosurie et protéinurie
	Sérologie proposée VIH (population à risque)	Examens proposés systématiquement (2) <ul style="list-style-type: none"> sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH dépistage combiné du 1^{er} trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1^{re} échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre) 	Examens proposés systématiquement dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2 ^e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 ^{er} trimestre
		Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> examen cytobactériologique des urines (ECBU) dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque 	
	Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète)		Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille)
Information et prévention	Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes		
	Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 µg/jour		
	Informar sur le suivi de la grossesse		
	-	Débuter l'élaboration d'un projet de naissance	Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Annexe I : Tableau récapitulatif des recommandations de l'HAS du suivi de la grossesse normale.

ANNEXE II

TROIS NIVEAUX DE PRÉVENTION

Lors d'une consultation préconceptionnelle et lors de la première consultation prénatale (< 15 SA), le statut immunitaire de la femme doit être déterminé : sans preuve écrite de son immunité vis-à-vis de la toxoplasmose ou de la rubéole, des tests sérologiques doivent être pratiqués. Cela permet d'organiser au plus tôt la prévention.



Annexe II : Prévention et dépistage de la toxoplasmose et de la rubéole.

ANNEXE III

Questionnaire destinés aux femmes en consultation de grossesse.

Je suis étudiante sage-femme en 4^e année et cette enquête est réalisée dans le cadre de mon mémoire de fin d'études sur la consultation préconceptionnelle. Je vous remercie par avance du temps que vous y consacrerez.

Amélie XAE.

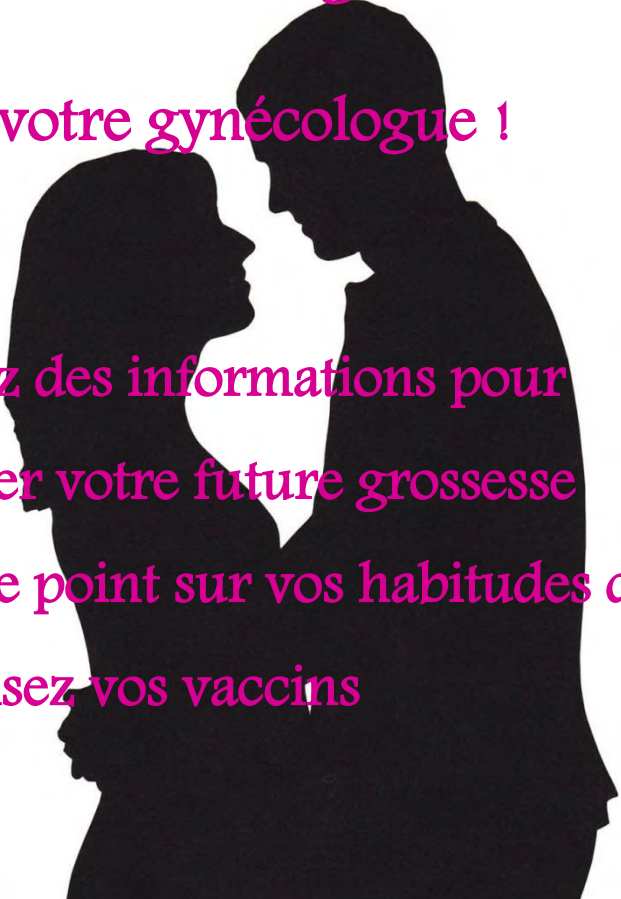
1. Quel âge avez-vous ? < 18 ans ☐ 18-25 ans ☐ 26-35ans ☐ > 35 ans ☐
 2. Avez-vous déjà des enfants ? oui ☐ non ☐
Si oui, combien ?
 3. Avez-vous déjà fait des fausses couches ? oui ☐ non ☐
Si oui, combien ?
 4. Avez-vous des problèmes de santé ou une maladie particulière connue à ce jour ? oui ☐ non ☐
Si oui, quels sont-ils ?
 5. Y a-t-il des maladies qui se transmettent dans votre famille ou celle de votre conjoint ? oui ☐ non ☐
Si oui, quels sont-ils ?

Si c'est votre première grossesse, passez à la question 7.
 6. Lors de vos grossesses antérieures, y a-t-il eu des complications ? oui ☐ non ☐
Si oui, lesquelles ? menace d'accouchement prématuré ☐ incompatibilité rhésus ☐ hypertension ☐ diabète ☐
gestationnel mal équilibré ☐ hématome rétro placentaire ☐ mort fœtale ☐ autres :
 7. Aviez-vous planifié cette grossesse ? oui ☐ non ☐
 8. Êtes-vous suivie régulièrement par ce gynécologue en dehors du cadre de la grossesse ? oui ☐ non ☐
Si non, consultez-vous un autre professionnel de santé pour votre suivi gynécologique ? oui ☐ non ☐
 9. Avant d'être enceinte, avez-vous fait part à votre médecin de votre désir de grossesse au cours d'une consultation ?
oui ☐ non ☐
 10. Avant d'envisager une grossesse, le professionnel de santé qui suit la femme sur le plan gynécologique peut lui proposer de faire un bilan sur sa santé par des dépistages, des vaccins, et également donner des informations et conseils sur l'alimentation, le tabac, l'alcool, etc...
- Avant d'être enceinte**, vous a-t-on : - donné ce type d'informations concernant la grossesse ? oui ☐ non ☐
- demandé de faire le point sur vos **vaccinations** ? ou ☐ non ☐
- prescrit une **prise de sang pour rechercher les sérologies** de la rubéole, toxoplasmose, hépatite B ou encore VIH ? ou ☐ non ☐
- Si non, auriez-vous aimé prendre le temps avec votre médecin de discuter de la grossesse à venir en faisant le point sur votre santé ainsi que vos habitudes de vie ? oui ☐ non ☐
11. Sur une échelle de 0 à 10, notez l'intérêt que vous portez à ces dépistages et informations en amont de la grossesse :
.....

ANNEXE IV

Envie d'un enfant ?

Parlez-en à votre sage-femme ou
votre gynécologue !

- 
- Recevez des informations pour préparer votre future grossesse
 - Faites le point sur vos habitudes de vie
 - Actualisez vos vaccins

*Pour devenir parents dans les
meilleures conditions possibles.*

Annexe IV : Plaquette d'information destinée aux patientes.

**« Vous envisagez la venue d'un bébé ? Pensez auparavant à la consultation
préconceptionnelle »**

Comment s'attendre à une réelle diminution du nombre de grossesses compliquées si les risques ne sont pas ciblés en amont de la grossesse ?

Comment anticiper les risques périnataux avant la conception, si les femmes n'expriment pas leur désir de grossesse lors d'une consultation avec un professionnel de santé ?

Ces questions ont guidé ce travail de recherche, et nous avons tenté d'y répondre en trouvant des solutions aux difficultés rencontrées.

Pour cela, 70 femmes enceintes ont fait l'objet d'une étude, afin de comprendre les raisons pour lesquelles la consultation préconceptionnelle est peu répandue malgré les nombreuses recommandations publiées.

Après avoir mieux compris les obstacles rencontrés du côté des patientes comme du côté des professionnels, nous avons émis des propositions pouvant améliorer l'accès des femmes à la prise en charge préconceptionnelle pour leur future grossesse, en leur faisant passer des messages simples.

Ainsi, le rendez-vous préconceptionnel est le premier des rendez-vous prénatals, il peut s'inscrire à part entière dans le cadre du suivi de la grossesse d'une femme.