



HAL
open science

Consultation préconceptionnelle et la sage-femme Midwife and preconception care

Cécile Gabard

► **To cite this version:**

Cécile Gabard. Consultation préconceptionnelle et la sage-femme Midwife and preconception care. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00812599

HAL Id: dumas-00812599

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00812599v1>

Submitted on 12 Apr 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de sage-femme. Ce document est 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 toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

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

Mémoire pour obtenir le
Diplôme d'Etat de Sage-femme

Présenté et soutenu publiquement

Le : 13avril 2012

par

Cécile GABARD

Née le 15 octobre 1988

**Consultation préconceptionnelle
et la sage-femme**

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme BAUNOT Nathalie

Sage- femme, Réseau Paris Nord

CO-DIRECTEUR :

Mme MESNIL Nicole

Sage-femme enseignante, école Baudelocque

Jury :

Mr le Pr CABROL : Directeur technique et d'enseignement

Mme LEMETAYER-DARTOIS : Représentante de la directrice de l'école de sages-femmes Baudelocque

Mme COLLIOT-THELENE : Sage-femme cadre

Mme BENJILANY : Sage-femme

Mme MESNIL : Co-directrice du mémoire, sage-femme enseignante

N° du mémoire : 2012PA05MA16

Remerciements

Je tiens à remercier Mme BAUNOT pour m'avoir dirigée dans la réalisation de ce mémoire par ses conseils avisés.

Un grand merci à Mme MESNIL pour sa disponibilité, ses nombreux conseils pour la rédaction de ce mémoire et tout au long de mes études

Un grand merci aux experts pour leur participation et leur disponibilité.

Un grand merci à mes parents pour leur soutien et aide pour la réalisation de ce mémoire et à ma grand-mère qui rêvait d'être médecin-accoucheur. Enfin, je remercie mes amis et Manu pour leurs encouragements et soutien sans faille durant ces quatre années.

Table des matières

Liste des tableaux	I
Liste des figures	II
Liste des annexes	III
Lexique	IV
Abréviations.....	V
Introduction.....	1
Première partie Cadre conceptuel	2
1 Définition et intérêts	2
1.1 Définition	2
1.2 Intérêts.....	4
2 Contenu	5
2.1 Anamnèse	5
2.1.1 Connaissances génésiques	6
2.1.2.Toxines et tératogènes environnementaux	7
2.1.3 Nutrition et acide folique	8
2.1.4 Génétique.....	9
2.1.5 Consommation abusive de substances psychoactives, dont l'alcool et le tabac .	9
2.1.6 Pathologies médicales et médication	12
2.1.7 Maladies infectieuses et vaccinations	16
2.1.7.1 Maladies infectieuses	16
2.1.7.2 Vaccinations	18
2.1.8 Préoccupations d'ordre psychosocial	19
2.2 Examen clinique et examens biologiques proposés	20
3 Contexte socio-politique.....	20
3.1 Recommandations de la littérature	21
3.2 Notions de counselling	22
3.3 La situation en France	24
3.3.1 Un peu d'histoire	24
3.3.2 Et aujourd'hui ?.....	25
4 La consultation préconceptionnelle en pratique	26
4.1 Quand pratiquer la CPC ?	26
4.2 A qui s'adresse-t-elle ?.....	27
4.3 Qui peut pratiquer la CPC ?	28

Deuxième partie Méthodologie	30
1 Objectifs de l'étude	30
2 Hypothèses.....	30
3 Organisation de l'étude	30
3.1 Choix du sujet et de l'étude	30
3.2 Mise en place de l'étude.....	31
3.3 Choix des experts	32
3.4 Méthode d'analyse.....	33
Troisième partie Résultats	34
1 Présentation des experts	34
1.1 Caractéristiques générales	34
1.2 Pratique de la consultation.....	34
2 Approche de la CPC.....	35
2.1 Thème de santé publique ?.....	35
2.2 Thèmes abordés.....	37
3 La consultation	38
3.1 Contexte de la consultation	38
3.2 Vision de la consultation.....	39
4 La place de la sage-femme	40
5 La CPC: rêve ou réalité ?.....	42
5.1 Les moteurs.....	42
5.2 Les freins.....	44
Quatrième partie Discussion	45
1 Limites et forces de l'étude	45
1.1 Limites.....	45
1.2 Forces.....	45
2 Promotion de la santé	45
3 Education à la santé	48
3.1 Education à la santé.....	48
3.2 Education thérapeutique du patient.....	49
4 Thèmes abordés.....	51
4.1 Vaccination	51
4.2 Nutrition	51
5 Vision de la consultation.....	54
6 Rôle de la sage-femme	56
7 Freins	58

8 Moteurs	60
8.1 Côté praticien	60
8.2 Côté patient	61
Conclusion	63
Bibliographie	
Annexe	

Liste des tableaux

Tableau 1 : Drogues et conséquences possibles sur la grossesse, sur le fœtus ou l'enfant	p11
Tableau 2 : Citations en rapport la santé publique	p35
Tableau 3 : Thèmes abordés	p36
Tableau 4 : Citations en rapport à la sexualité et la contraception	p38
Tableau 5 : Acteurs de 1er recours	p39
Tableau 6 : Rôles de la sage-femme	p40
Tableau 7 : Freins à la CPC	p43

Liste des figures

Figure 1 : Périodes critiques du développement embryonnaire et fœtal	p3
Figure 2 : Histoire de la maladie et les différentes formes de prévention et les points d'impact en consultation préconceptionnelle et prénatale	p26
Figure 3 : Parcours d'une femme en préconceptionnel	p28
Figure 4 : Pratique de la CPC	p34
Figure 5 : Thèmes abordés	p36
Figure 6 : Moment propice pour aborder la CPC	p37
Figure 7 : Rôles de la sage-femme	p40
Figure 8 : Apprentissage selon GIORDAN	p48
Figure 9 : La méthode des 5 A	p52

Liste des annexes

Annexe I : Plaquette du réseau Paris Nord	68
---	----

Lexique

Prévention primaire : tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de cas nouveaux.

Prévention secondaire : tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie.

Prévention tertiaire : tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population, donc à réduire au maximum les invalidités fonctionnelles consécutives à la maladie.

Abréviations

%;pourcentage

ACOG : Academy Congress of Obstetricians and Gynecologists

AJOG : American journal of obstetrics and gynecology

ARS: Agence régionale de santé

ATCD : antécédent(s)

CNGOF: Collège national des gynécologues et obstétriciensfrançais

CNSF : Collège national des sages-femmes

CPC : consultation préconceptionnelle

ETP : éducation thérapeutique du patient

Ex : exemple

GEU : grossesse extra-utérine

GO: gynécologue-obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : hôpital, patients, santé et territoire

HTA : hypertension artérielle

IMC : indice de masse corporelle

IMG : interruption médicale de grossesse

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

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

IST: infection sexuellement transmissible

MFIU : mort foetale *in utero*

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNNS : plan national nutrition santé

RCIU : retard de croissance intra utérin

SA : semaines d'aménorrhée

SF: sage-femme

SNC : système nerveux central

TCA : troubles du comportement alimentaire

TSN : traitement substitution nicotinique

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

En 2011, la France a compté 827 000 naissances et peut se prévaloir d'un taux de natalité qui la place au deuxième rang après l'Irlande au sein des pays européens. Cependant la morbi-mortalité maternelle, fœtale et infantile n'est pas satisfaisante. Depuis 2005, ce taux stagne et ne parvient pas à atteindre le niveau des pays européens les plus performants.

Pour permettre aux femmes de mener une grossesse dans les meilleures conditions et prévenir les risques inhérents à cette grossesse, la solution recommandée par la Haute Autorité de Santé est la mise en place de la consultation préconceptionnelle.

La diminution du nombre de médecins en France et la compétence accrue des sages-femmes en obstétrique et santé publique, sont les ferments du rôle primordial que doit et va jouer la sage-femme dans l'accompagnement de la femme et du couple dans son désir d'enfant. La prise en charge de la consultation préconceptionnelle par la sage-femme sera une étape importante dans le rôle que jouera la « nouvelle sage-femme » dans le monde de la Santé.

L'étude réalisée dans ce mémoire fournira à travers ses différentes parties les éléments qui permettront de mieux appréhender les activités réalisables par la sage-femme dans le cadre d'un suivi sécurisé de la préparation à la grossesse grâce à la consultation préconceptionnelle.

La consultation préconceptionnelle qui s'inscrit dans une démarche de santé publique se développera-t-elle au travers l'expansion de la médecine préventive par les sages-femmes qui en seront les acteurs de premier recours ?

Première partie

Cadre conceptuel

1 Définition et intérêts

1.1 Définition

La consultation préconceptionnelle(CPC) est une consultation s'adressant à une femme ou un couple prévoyant une grossesse dans un futur proche.

Elle a pour but :

- d'améliorer les connaissances et les comportements des femmes ayant un désir de grossesse,
- de s'assurer que toutes ces femmes bénéficient de soins leur permettant de débuter une grossesse dans les meilleures conditions, d'établir avec chaque femme une programmation des conceptions,
- de discuter de l'espacement des grossesses.

Ses objectifs sont de réduire les risques de grossesses non évolutives, de complications obstétricales ou néonatales ainsi que les disparités de prise en charge. La CPC est limitée arbitrairement à huit semaines en préconception jusqu'à dix semaines en post conception.

La santé préconceptionnelle n'est pas une idée neuve. Dès l'antiquité, la santé de la femme en âge de concevoir était déjà une préoccupation. Il lui était déjà conseillé d'avoir une alimentation saine, de ne pas consommer de vin et de faire de l'exercice. Depuis un passé récent, certaines pathologies, tel que le diabète, nécessitent une prise en charge préconceptionnelle. La plupart des patientes atteintes d'une pathologie chronique et les médecins ont pleinement conscience de l'importance de cette prise en charge.

Suite à la suppression en 2007 de la consultation prénuptiale, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en 2009 la définition de la CPC et ses recommandations.

En Novembre 2010, le premier congrès européen « Preconception care »⁽¹⁾ publie dix recommandations générales relatives à cette consultation (*Traduction libre de l'auteur*) :

1. Soutenir toute action qui favorise les soins et la santé préconceptionnels (par exemple organiser une journée ou une semaine européenne de la préconception).
2. Favoriser et soutenir la réalisation d'outils pour informer les fournisseurs de soins de l'importance de la santé préconceptionnelle du point de vue d'un développement durable et de donner des directives sur la CPC à tous les fournisseurs de soins primaires.
3. Favoriser et soutenir la réalisation d'outils pour la population en âge de procréer pour qu'elle soit avertie de l'existence des soins préconceptionnels.
4. Introduire la CPC dans les missions des centres de planification familiale et favoriser les approches multidisciplinaires ou intégrées à la CPC.
5. Modifier les programmes de tous les professionnels de la santé dans le but de couvrir la santé avant la grossesse, à la fois dans la formation de base et dans les programmes de formation continue.
6. Inclure la santé reproductive (la préconception et la grossesse) dans toutes les stratégies politiques visant à s'attaquer aux déterminants majeurs de la santé (tabac, alcool, obésité ...) et à promouvoir la santé préconceptionnelle, en particulier à l'école.
7. Favoriser toutes les actions politiques qui pourraient réduire les inégalités sociales, l'un des problèmes les plus importants de la santé, car elles peuvent avoir un impact négatif sur la fertilité des futurs parents et sur leurs enfants.
8. Faciliter l'accès aux services préconceptionnels (par exemple en augmentant la couverture d'assurance) à tous, comme un service de santé universel.
9. Soutenir les organisations de parents et des patients, afin de souligner l'importance d'un choix éclairé et des options de prévention qui sont à la fois orientés vers la solidarité sociale et économique des personnes atteintes de troubles héréditaires et congénitaux.
10. Adopter la résolution de l'OMS sur les malformations congénitales.

1.2 Intérêts

Plusieurs études montrent que l'état de santé et l'état nutritionnel de la mère, même avant la conception, ont une influence sur le développement du fœtus. Cependant seule une petite minorité des grossesses est planifiée dans le monde. Cela entraîne de grosses difficultés de planification des programmes d'interventions et de prévention. « Il est très souhaitable, si l'on veut améliorer les issues de la grossesse, d'œuvrer partout dans le monde pour la santé des femmes en âge de procréer. »(2)

La CPC a lieu avant l'organogenèse décrite en figure 1, c'est-à-dire avant la fin du premier mois de gestation. Durant cette période la femme peut être exposée à des agents tératogènes d'origine médicamenteuse ou liés à son activité professionnelle, ainsi la CPC y trouve son importance.

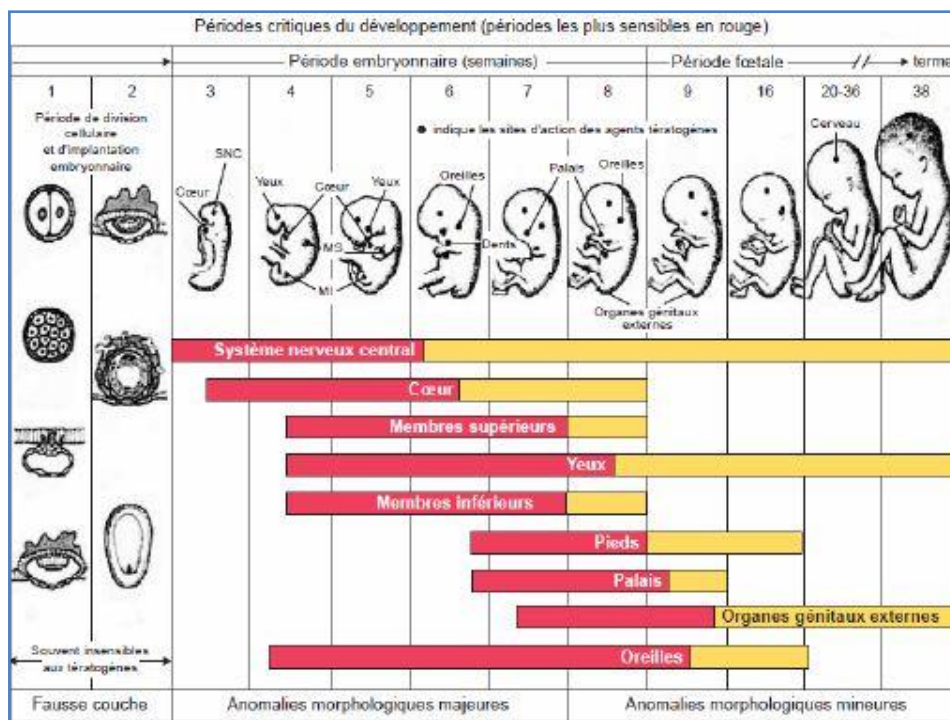


Figure 1 : Périodes critiques du développement embryonnaire et fœtal(3)

La santé préconceptionnelle a pour but ultime de réduire la morbi-mortalité maternelle et infantile. L'OMS rappelle également que « la santé maternelle et celle du nourrisson sont inextricablement liées à la santé et à la nutrition de la mère ainsi qu'aux soins de santé génésique dont elle bénéficie ».

Chaque année dans le monde huit millions de femmes souffrent de séquelles liées à la grossesse et l'accouchement et 500 000 ne survivent pas. Trois millions d'enfants de moins de sept jours meurent également chaque année et presque trois millions naissent mort-né (chiffres OMS). Nombreux de ces décès auraient pu être évités. Un grand nombre de barrières empêchent la prise en charge médicale, sociale, mentale d'une grande partie de la population mondiale.

En France, les principes exposés par l'HAS pour la CPC sont :

- d'apporter au couple des informations pour se préparer à la future grossesse,
- de véhiculer des messages de prévention et d'hygiène,
- de pratiquer un examen clinique et des examens complémentaires ciblés,
- d'intervenir en fonction du risque identifié (tabac, obésité...),
- d'orienter la femme/couple vers une consultation spécialisée ou adaptée.

2 Contenu

La consultation préconceptionnelle comporte quatre phases essentielles : une anamnèse, un examen clinique, la proposition d'examens biologiques et la délivrance de message de prévention.

2.1 Anamnèse

L'*American Academy of Pediatrics* et l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* proposent huit domaines de dépistage du risque :

1. Connaissances génésiques,
2. Toxines et tératogènes environnementaux,
3. Nutrition et acide folique,
4. Génétique,
5. Consommation abusive de substances psychoactives, dont le tabac et l'alcool,
6. Pathologies médicales et médication,
7. Maladies infectieuses et vaccination,
8. Préoccupations d'ordre psychosocial. (6)

2.1.1 Connaissances génésiques

La santé génésique est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et non pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité dans tout ce qui concerne le système de la reproduction, ses fonctions et ses processus. La santé génésique implique que l'acte sexuel ne comporte pas de danger et apporte de la satisfaction, que la capacité de procréer est intacte et que le choix de procréer, y compris le moment et le nombre de fois de procréer, s'exerce en toute liberté ». (7)

Pour cela il faut recueillir des informations sur : le mode de contraception utilisé, les menstruations, l'infertilité, l'exposition *in utero* au Distilbène® et les habitudes sexuelles.

Ces thèmes en recoupant d'autres, le praticien aura à poursuivre l'interrogatoire sur :

- L'âge

L'âge a un impact sur la fertilité, sur la fréquence des pathologies. Les complications obstétricales comme la pré-éclampsie, l'hypertension artérielle (HTA) gravidique ou encore le retard de croissance intra-utérin (RCIU) augmentent avec l'âge. De même, les anomalies chromosomiques telles que la trisomie 21 voient leur fréquence croître avec l'âge.

- L'ethnie

La connaissance de l'origine ethnique du couple permet de rechercher des pathologies plus précises et de vérifier un lien de consanguinité.

- Les antécédents (ATCD) familiaux(8)

La patiente est interrogée sur ses ATCD familiaux en mettant l'accent sur l'HTA, le diabète, les complications thromboemboliques, les maladies héréditaires (mucoviscidose, drépanocytose...) et les malformations.

- Les ATCD personnels

Cette partie regroupe plusieurs domaines :

- * ATCD médicaux (diabète, HTA, épilepsie...) et les allergies,
- * ATCD chirurgicaux (laparotomie, coelioscopie, malformations gynécologiques ...),
- * ATCD gynéco-obstétricaux (fausse couche, accouchement prématuré, diabète gestationnel ...), ou per partum (césarienne, hémorragie de la

délivrance, ...) ainsi qu'une pathologie du nouveau-né (malformation, handicap...).

2.1.2.Toxines et tératogènes environnementaux

Parmi les catégories d'agents tératogènes sont retrouvés :

- des médicaments,
- des produits chimiques,
- des agents infectieux,
- des facteurs maternels ou métaboliques (ex. diabète et phénylcétonurie),
- des agents physiques (ex. rayonnement ionisant, facteurs mécaniques et chaleur).(4)

Dans ces catégories, sont trouvées principalement :

- L'intoxication au plomb.

Elle est particulièrement dangereuse pour la mère et le nouveau-né. Les conséquences pour la grossesse sont mal évaluées. Cependant, des imprégnations faibles (< 6µg/dl) peuvent provoquer une fausse couche précoce, un RCIU et une HTA. Une recherche d'exposition au plomb est nécessaire, notamment en cas de difficultés sociales (peintures au plomb), et des mesures d'éviction doivent être entreprises.(3)

- Les radiations ionisantes.

Au niveau international, il est admis qu'une dose de radiations ionisantes sur l'utérus inférieure à 100mGy ne doit pas provoquer d'inquiétude. Par rapport aux malformations, une étude portée sur 5500 enfants exposés *in utero* au scanner ou à la scintigraphie n'a pas montré une augmentation significative des malformations. Il arrive néanmoins que les nouveau-nés dont la mère a reçu une radiothérapie en cours de grossesse montrent des malformations telles que microcéphalie, cataractes et troubles de la croissance. Il est important de souligner qu'aucune malformation n'a été recensée pour une dose inférieure à 300mGy.(5)

- Les risques professionnels.

La société Française des médecins du travail a établi une liste de recommandations pour les salariées enceintes exposées à des toxiques pour le développement fœtal. Ce rapport rappelle que le médecin du travail doit s'assurer que l'environnement du travail n'expose pas les femmes à un excès de risque pour

le développement de l'enfant à naître. Il rappelle aussi aux femmes l'importance de déclarer leur grossesse précocement.(6)

2.1.3 Nutrition et acide folique

La nutrition est ici abordée dans le sens obésité, surpoids et maigreur.

- Obésité, surpoids et maigreur.

L'obésité se définit par un indice de masse corporelle(IMC)supérieur à 30kg/m².

En France, « la prévalence de femmes obèses a pratiquement doublé en 20ans (5,3% en 1981 à 10,2% en 2003) »(7).

D'une part, l'obésité est associée à un sur-risque de diabète de type 2, d'HTA et aussi d'infertilité. D'autre part, l'obésité peut avoir des répercussions périnatales comme l'accouchement prématuré, un diabète gestationnel ou encore la macrosomie.

Pour les patientes en surpoids, il est recommandé de réaliser un régime et de pratiquer une activité sportive. L'ACOG recommande aux patientes obèses de perdre 5 à 10% de leur poids en six mois et rappelle que la perte de poids durant la grossesse est déconseillée. (8)

La maigreur se définit par un IMC<18kg/m².

Les femmes maigres sont plus à risque de RCIU et d'accouchement prématuré. « Dans l'idéal, il est préférable que les femmes souhaitant une grossesse aient un IMC compris entre 19 et 25kg/m². » (3)

Il est également important d'associer une femme maigre à des troubles du comportement alimentaire (TCA) et à une altération de l'image du corps. Il est conseillé de parler aux femmes atteintes de TCA des risques d'infertilité et des conséquences périnatales. Il convient donc les encourager à démarrer un programme de guérison avant d'envisager une grossesse (8).

- L'acide folique.

L'acide folique est naturellement retrouvé dans les légumes verts feuillus, les agrumes, les grains entiers et d'autres aliments. La prise d'acide folique atténue le risque d'anomalies congénitales comme les anomalies du tube neural (ATN), des membres, des voies urinaires, les cardiopathies congénitales, le rétrécissement du

tube digestif inférieur, et les fentes orofaciales (comme le bec-de-lièvre et la fente palatine).

Il est donc recommandé aux femmes prévoyant une grossesse d'être supplémenter en acide folique. « Pour toutes les patientes sans ATCD particuliers, il est conseillé de prendre 0.4mg/j d'acide folique. De plus, pour les patientes qui ont eu un enfant ayant eu une anomalie de fermeture du tube neural ou si la patiente est sous antiépileptique, la dose est de 5mg/j. Cette supplémentation peut se débiter dès les premiers essais de conception et se terminera deux mois après la conception ».

(9)

Une enquête rétrospective dans des maternités parisiennes (*Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, n° 21, 2000*) révèle que seulement 2% des patientes ayant accouché ont reçu de l'acide folique, 41,8% des traitements avaient débuté après un mois de grossesse et que 55.1% des femmes avaient reçu une information sur l'acide folique.

2.1.4 Génétique

La création d'un arbre généalogique de trois générations ou un questionnaire de dépistage génétique rempli par la patiente peuvent permettre l'identification des risques génétiques familiaux. Lorsqu'un diagnostic de pathologie génétique possible est établi ou que des antécédents familiaux marqués ou récurrents sont identifiés, la patiente devrait se voir proposer les services d'un généticien. Parmi les pathologies génétiques familiales courantes et celles qui donnent lieu à des risques accrus on trouve les troubles liés au chromosome X et les maladies héréditaires récessives autosomiques.

2.1.5 Consommation abusive de substances psychoactives, dont l'alcool et le tabac

- L'alcool.

La consommation excessive d'alcool est à l'origine de pathologies comme le cancer, des maladies chroniques du foie et aussi d'une mortalité prématurée.

L'alcool est une substance tératogène, elle agit donc sur la formation normale du cerveau et de l'organisme du fœtus.

L'alcool peut provoquer des complications et malformations congénitales fœtales. Les effets de l'alcool sur la grossesse sont notamment l'augmentation du risque de prématurité, fausse couche, mortinatalité.

La consommation d'alcool pendant la grossesse peut avoir aussi des répercussions sur l'enfant : RCIU, malformations diverses (membres, organes), atteintes au système nerveux, problèmes d'attention, difficultés d'apprentissage, problèmes de comportement, manque de jugement, altération de la mémoire à court terme.

« L'alcool peut être responsable du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) caractérisé par un retard de croissance prénatal, postnatal ou les deux, atteintes du système nerveux central (anomalies neurologiques, atteintes du développement), et des traits faciaux typiques » (figure ci-joint).



Pendant toute la grossesse la consommation d'alcool n'est pas sans risque sur le développement du fœtus. Il est fréquent que les femmes enceintes aient consommé de l'alcool alors qu'elles ignoraient leur grossesse. Il est donc conseillé aux femmes de réduire voire cesser toute consommation d'alcool dès lors qu'elles programment une grossesse.

Les messages simples à transmettre aux patientes sont :

- * tous les alcools sont nocifs,
- * il n'a pas été défini de dose non-dangereuse pour le fœtus,
- * il est important d'arrêter de boire avant la conception.

Cette consultation est aussi l'occasion de parler avec la femme de son rapport à l'alcool (entre amis, pour les grandes occasions, pour oublier les soucis...) et pourquoi pas proposer à la patiente des idées de cocktails sans alcool mais tout aussi festifs !

- Les drogues.(10)

Il est difficile d'évaluer le pourcentage de femmes consommant des drogues illicites durant leur grossesse car les femmes ont peur d'être jugées, qu'on leur enlève leur enfant à la naissance. Chaque drogue a des effets sur la grossesse et sur le fœtus qui lui sont propres. Le tableau ci-dessous en résume les conséquences :

Drogues illicites	Conséquences possibles sur la grossesse	Conséquences possibles sur le fœtus ou l'enfant
Cannabis	Accouchement prématuré Retard de la connaissance de la grossesse	RCIU
Hallucinogènes	Accouchement prématuré	Syndrome de sevrage à la naissance Risque de transmission du VIH, hépatite B, hépatite C si partage de seringues
Cocaïne	Fausse couche Accouchement prématuré Bébé mort-né	Symptômes de sevrage à la naissance RCIU Retard de croissance post-natal Difficultés d'adaptation et d'apprentissage Risque de transmission à l'enfant du VIH, de l'hépatite B ou C (si partage de seringues)



Amphétamines	Accouchement prématuré Fausse couche	RCIU Risque de transmission du VIH
--------------	---	---------------------------------------

Héroïne	L'héroïne peut entraîner des irrégularités menstruelles et, par conséquent, retarder la reconnaissance de la grossesse Fausse couche Accouchement prématuré	Syndrome de sevrage à la naissance RCIU Difficultés d'adaptation et d'apprentissage. Risque de mort subite du nourrisson Risque de transmission à l'enfant du VIH, de l'hépatite B ou C (si partage de seringues)
---------	---	---

Tableau 1 : Drogues et conséquences possibles sur la grossesse, sur le fœtus ou l'enfant

- Le tabac.

En 2003 il était estimé que 37 % des femmes étaient fumeuses avant le début de leur grossesse et que 19,5 % des femmes enceintes continuaient de fumer(chiffres INSEE).

« Le tabagisme maternel pendant la grossesse augmente le risque de survenue :

- * d'accidents gravidiques comme les hématomes rétroplacentaires et les placentasbas insérés,
- * de RCIU,
- * de prématurité,
- * de mort subite du nourrisson,
- * et d'une consommation globale de soins plus importante dans la petite enfance ». (11)

La consommation de tabac devrait être étudiée chez chaque femme en âge de procréer. Chaque fumeuse devrait pouvoir bénéficier d'un counselling (cf.partie 1 §3.3.2) décrivant les bénéfices de l'arrêt du tabac avant, pendant et après la grossesse, d'une discussion sur les thérapeutiques de sevrage tabagique.(12)

Le *Journal of the American Medical Association* propose aux professionnels un guide pratique de recommandations pour traiter la consommation et la dépendance tabagique.(12)

2.1.6 Pathologies médicales et médication

- Le diabète.

Les nouveau-nés de mère diabétique sont plus à risque de malformations congénitales (particulièrement des malformations cardiaques et des anomalies de fermeture du tube neural). Une étude menée par FUHRMAN a montré que le maintien d'un bon taux glycémique avant et pendant la grossesse entraîne 0,8% de malformations congénitales comparé à 7,5% chez les femmes diabétiques n'ayant pas bénéficié de soins préconceptionnels. Il est donc important qu'en période préconceptionnelle les femmes diabétiques reçoivent des informations pertinentes, qu'elles améliorent leurs connaissances et qu'elles soient soutenues afin de modifier leur comportement. (13)

Dès 2007, l'HAS propose d'intégrer pour toute pathologie chronique (ex :le diabète) une éducation thérapeutique. « Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique». (14)

- Les dysfonctionnements thyroïdiens.

Hypothyroïdie : au cours de la grossesse l'activité thyroïdienne augmente. Une grossesse chez les femmes présentant une hypothyroïdie peut être marquée par des complications obstétricales (augmentation de la fréquence de l'hypertension gravidique, de la pré-éclampsie, de l'anémie, des avortements prématurés et des hémorragies du post partum) et également fœtales (RCIU, morbidité, mortalité fœtale et périnatale accrues).

Hyperthyroïdie : cela peut entraîner une thyrotoxicose qui « peut être marquée par des complications maternelles (hypertension gravidique, pré-éclampsie, fausse couche spontanée tardive, anémie, infections, insuffisance cardiaque, rare crise thyrotoxicque) et fœtales (anencéphalie, imperforation anale, fente labio-palatine, retard de croissance intra-utérin, hypotrophie fœtale, rare mort *in utero*). »

Ainsi le dépistage des dysfonctionnements thyroïdiens avant et au cours de la grossesse, à défaut d'être systématique doit être approfondi. (15)

- La phénylcétonurie.

« Les nouveau-nés dont la mère est atteinte de phénylcétonurie sont plus à risque de retard mental. ». Il est possible de prévenir cette complication grâce à un régime pauvre en phénylalanine avant la conception, qui sera poursuivi tout au long de la grossesse. (3)

- l'HTA.

Face à une HTA, il est vivement conseillé d'orienter la patiente vers un cardiologue afin de réaliser un bilan étiologique de l'HTA, rechercher des complications (cardiaques, rénales, rétinienne), mettre en place ou adapter un traitement en tenant compte des contre-indications médicamenteuses liées à la grossesse.

« La patiente sera informée du risque majoré dans ce contexte de pré-éclampsie, de RCIU, d'hématome rétro-placentaire (HRP) et de prématurité induite. La prise en charge en cours de grossesse sera multidisciplinaire. ». (16)

- L'épilepsie.

Le principal risque vient des médicaments. Il convient donc de proposer à la patiente d'adapter son traitement, mais il faut savoir que la tendance actuelle est de donner du Lamictal® pendant la grossesse.(17)

- Les médicaments.

La femme enceinte et le fœtus sont solidaires sur les plans métaboliques et physiologiques. A l'exception des grosses molécules comme l'héparine et l'insuline, le placenta ne joue plus son rôle de barrière.

- * Isotrétinoïne®/Roaccutane® : chez l'animal et en clinique, cette molécule peut provoquer des malformations du SNC, de l'oreille externe, du cœur. A noter que le Soriatane® également utilisé pour le traitement des formes graves et rares de dermatoses peut provoquer des anomalies du squelette. Ainsi, ces deux médicaments sont formellement contre-indiqués pendant la grossesse et il est conseillé d'atteindre un mois pour le Roaccutane® et deux mois pour le Soriatane® avant de prévoir une grossesse.
- * Lithium : sous Lithium on a recensé des malformations cardiaques dans 4 à 8% des cas. En cas de grossesse débutée sous Lithium, l'interruption de grossesse (IMG) n'est plus légitime. Il sera proposé vers 20 SA, une échographie fœtale cardiaque. Il est recommandé de diminuer la posologie de ces traitements en période préconceptionnelle, et avant tout de contre-indiquer l'acide valproïque.
- * Antiépileptiques : des anomalies de fermetures du tube neural ont été recensées pour certains antiépileptiques.

- * Anticoagulants oraux : « il est nécessaire de modifier les traitements anticoagulants avant le début d'une grossesse. Les anti-vitamines K entraînent un syndrome malformatif (« warfarinembryopathy »). Ainsi dès l'annonce de la grossesse, un relai par héparine sera mis en place ». (3)(18)
- * Anticancéreux : un conseil particulier en matière de soin de préconception est donné aux patientes et patients présentant un cancer et devant recevoir une chimiothérapie ou une radiothérapie concernant la préservation des gamètes. Il faut également mettre en avant la très grande tératogénicité des traitements anticancéreux allant du risque accru de fausses couches spontanées, de RCIU voire de MFIU. (19)(20)

2.1.7 Maladies infectieuses et vaccinations

2.1.7.1 Maladies infectieuses

- Infections sexuellement transmissibles (IST).

L'infection aux *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* augmente le risque de grossesse extra-utérine (GEU), de douleurs pelviennes et d'infertilité. « Une MST en cours de grossesse peut avoir de lourdes répercussions fœtales telles que la MFIU, de lourds handicaps mentaux et physiques comme un retard mental et la cécité. ». (3)

Depuis les années 2000, la syphilis est en recrudescence, notamment parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. La syphilis est une maladie grave chez l'adulte. En cas de syphilis congénitale, le risque de prématurité est de 30-40% et l'atteinte fœtale peut être cutanéomuqueuse et/ou osseuse et/ou viscérale.

En ce qui concerne la syphilis, l'HAS propose des recommandations spécifiques aux femmes enceintes qui sont :

- * « Dépister toutes les femmes enceintes lors du premier examen prénatal.
- * Renouveler le dépistage au 3ème trimestre si la femme ou son conjoint ont eu des rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire après le 1er dépistage.
- * Dépister autour de l'accouchement si cela n'a pas été fait avant.
- * Vérifier la présence d'une sérologie syphilitique dans le dossier obstétrical avant le départ de la maternité.
- * Dépister les femmes ayant des antécédents de fausse-couche spontanée ou d'enfant mort-né. ». (21)

Certaines pathologies infectieuses provoquant des embryo-fœtopathies, il est donc important de les prévenir, dépister et traiter précocement.

- La toxoplasmose.

La séroprévalence de la toxoplasmose des femmes enceintes en France en 2005 est de 43%. La séroconversion à la toxoplasmose pendant la grossesse peut provoquer

chez le fœtus des atteintes oculaires et/ou neurologiques, un ictère voire même une MFIU. Il faut souligner aussi que plus la séroconversion à la toxoplasmose est précoce dans la grossesse plus le risque d'atteinte fœtale est élevé.

Tous ces arguments poussent les professionnels de santé à proposer une sérologie de la toxoplasmose afin de savoir si la femme est immunisée. Si celle-ci ne l'est pas, il est judicieux de lui prodiguer des conseils hygiéno-diététiques en préconceptionnel. En cas de séronégativité, un contrôle mensuel sera prescrit jusqu'à un mois après l'accouchement.

- La rubéole.

La séroconversion à la rubéole pendant la grossesse peut avoir de lourdes conséquences fœtales : atteintes oculaires, neurologiques, cardiaques, auditives voire une MFIU. Ainsi, il est vivement conseillé de prescrire une sérologie rubéolique à la femme souhaitant avoir un enfant. Faire un bilan de cette sérologie permettra à la femme non immunisée de recevoir une vaccination par Rudivax®. La femme se verra prescrire une contraception pendant deux mois suite au vaccin afin d'éviter tout risque de syndrome de rubéole congénitale. Il est important de souligner que si la femme n'a pas pu bénéficier du vaccin, aucune vaccination n'est possible pendant la grossesse et un nouveau test sérologique doit être prescrit à 20 SA.(22)

L'HAS recommande à toute femme ayant un projet parental d'obtenir la détermination de son statut immunitaire pour la toxoplasmose et la rubéole.

- LeVIH.

La prévention primaire inclut une éducation précoce des hommes et femmes concernant les comportements sexuels à risque comme les rapports sexuels non protégés, les partenaires multiples, l'usage de drogues par intraveineuse, un ATCD de transfusion avant 1985, et sur le bénéfice de connaître son statut virologique en préconceptionnel.(23)

Le diagnostic de l'infection par VIH avant la conception est un moyen utile de réduire les risques de transmission materno-fœtale du virus, et l'infection néonatale par la mise en place précoce d'un traitement antiviral améliorant le pronostic néonatal. De même, la connaissance du statut sérologique maternel influence certaines décisions obstétricales, en particulier la voie d'accouchement et permet aussi une prise en charge pédiatrique adaptée.

La CPC est également une bonne occasion pour le partenaire de connaître son statut virologique.

Le site du CNRS dresse une liste de messages qu'il est important de délivrer au couple durant cette consultation :

« Les solutions possibles pour procréer dépendent du statut VIH des deux membres du couple (femme séropositive ou non, homme séropositif ou non),

- ▶ quand la femme est infectée par le VIH, la grossesse n'aggrave pas l'évolution de l'infection, mais le principal risque est la transmission mère-enfant,
- ▶ les traitements antirétroviraux préviennent efficacement la transmission de la mère à l'enfant, sous réserve d'une bonne observance pendant la grossesse,
- ▶ ces traitements comportent des risques d'effets indésirables pour la mère et l'enfant et un suivi à long terme de l'enfant est indispensable. ».(24)

- L'Hépatite B.

Une vaccination est recommandée chez les sujets à risque d'hépatite B.

« La prévention de l'infection chez les femmes en âge de procréer réduit le risque d'infection néonatale et maternelle ainsi que ses complications dont l'hépatite fulminante, la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire. »(3)

2.1.7.2 Vaccinations

La CPC est l'occasion de faire un point sur les vaccinations et de démarrer/compléter une couverture vaccinale.

Les compétences des sages-femmes leur permettent de prescrire les vaccins suivants : tétanos, la diphtérie, la poliomyélite, la coqueluche (vaccin acclulaire), la grippe, l'hépatite B, la rubéole, et le vaccin préventif contre les lésions du col (HPV).

Les vaccins en rapport avec la CPC sont : la coqueluche, la grippe saisonnière, l'hépatite B, la varicelle et l'HPV. Le *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* de 2011 (25) détaille les récentes recommandations vaccinales :

- La coqueluche. Sa vaccination est recommandée pour tous les futurs parents et aussi pour le personnel soignant (plus particulièrement celui en contact avec les nourrissons),
- La grippe saisonnière. Sa vaccination est recommandée chez les personnes à partir de l'âge de six mois et chez les femmes enceintes atteintes de pathologies suivantes : affections broncho-pulmonaires ou insuffisances respiratoires chroniques obstructives ou restrictives. Dans le cadre de la CPC, cette vaccination permet d'immuniser la future parturiente de la grippe, et donc de diminuer le risque de menace d'accouchement prématuré,
- L'hépatite B. Sa vaccination est recommandée pour la population générale mais plus particulièrement pour les personnes à risque,
- L'humanpapilloma virus (HPV). Sa vaccination est recommandée chez toutes les jeunes filles à partir de 14 ans,
- La rougeole, oreillons, rubéole. La vaccination ROR est recommandée pour toute la population et encore plus depuis l'épidémie en France de rougeole de 2008. En ce qui concerne la rubéole, il convient pour les femmes nées avant 1980 non vaccinées de pratiquer le ROR et non pas la rubéole seule. Si la femme n'est pas immunisée contre la rubéole en prénatale, une vaccination post-natale devra être pratiquée. Le personnel en contact avec des enfants doit être vacciné contre les ROR,
- La varicelle. Sa vaccination est recommandée pour toute femme ayant un projet de grossesse et dont l'immunité est négative après un contrôle sérologique et sans ATCD de varicelle clinique. Sa vaccination est recommandée pour le personnel de gynécologie-obstétrique et/ou travaillant avec la petite enfance.

2.1.8 Préoccupations d'ordre psychosocial

Tout au long de la grossesse des événements psychologiques vont se succéder même si la grossesse tend à diminuer les pathologies psychiatriques chroniques. Pour prévenir les différents troubles psychiques de la grossesse pouvant aller d'une simple irritabilité à un syndrome dépressif, il convient que le praticien soit attentif aux patientes présentant :

- des antécédents psychiatriques personnels ou familiaux,
- des antécédents à risque pour le fœtus ou la grossesse,
- des antécédents obstétricaux pathologiques,

- une notion d'infertilité, un contexte social, familial ou la notion de toxicomanie,
- toute pathologie sévère de la grossesse.

En cas de découverte de trouble psychique ou si la patiente exprime le désir d'être prise en charge sur le plan psychologique, le praticien lui proposera une prise en charge pluridisciplinaire.

Cette consultation est l'occasion de rechercher des situations de précarité comme : la difficulté d'accès aux soins, un isolement social, un emploi précaire, un risque d'exposition au plomb. La phrase du Pr Dominique MAHIEU-CAPUTO qui dit « grossesse+précarité=urgence médicale » doit toujours être présente à l'esprit pendant cette consultation.

La CPC est aussi un moment où le professionnel peut aborder des sujets plus délicats comme les violences domestiques, les situations de maltraitance ou d'autres facteurs de vulnérabilité pouvant être source de difficultés ultérieures. En ce qui concerne les violences conjugales, l'Etat via le rapport interministériel *Le plan 2011-2013 de lutte contre les violences faites aux femmes* conjugue trois axes d'orientation : la prévention, la protection et la solidarité envers les femmes victimes de violences conjugales.(26)

Lors de l'examen gynécologique, le praticien peut repérer des mutilations sexuelles. L'excision, quel que soit le type, peut induire de mauvais suivis gynécologiques et obstétricaux, et aussi des complications au moment de l'accouchement.

2.2 Examen clinique et examens biologiques proposés

L'examen clinique ne présente pas de particularités. Le praticien mesurera la tension artérielle, le poids et la taille afin de calculer l'IMC de la patiente. L'examen gynécologique n'est pas obligatoire cependant il doit être proposé en particulier aux femmes n'en n'ayant jamais bénéficié. Celui-ci regroupe un examen des seins, un frottis cervico-vaginal et la recherche de mutilations de l'appareil génital.

Suite à l'interrogatoire et à l'examen clinique, le praticien peut proposer à la patiente voire au couple une série d'examens biologiques qui sont :

- Détermination du groupe A, B, O si la femme ne possède pas de carte de groupe. En cas de Rhésus négatif, le praticien informe la patiente de l'intérêt de proposer une détermination de groupe à son partenaire,
- Sérologie de la toxoplasmose et de la rubéole,
- Sérologie du VIH pour la femme ou le couple,
- Sérologies de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C après avoir informé le couple des modes de contaminations.

3 Contexte socio-politique

3.1 Recommandations de la littérature

Dans *le Morbidity and Mortality Weekly report*(27), les spécialistes dressent une liste de recommandations réunies en dix thèmes (traduction libre de l'auteur) pour améliorer la santé préconceptionnelle et les soins de santé aux USA:

- La responsabilité individuelle au cours de la vie. Il faut développer, diffuser des outils de planification de la vie reproductive pour les hommes et les femmes en âge de procréer, mais aussi effectuer des recherches conduisant au développement et à l'évaluation des matériels d'éducation à la santé individuelle au regard des facteurs de risques préconceptionnels,
- La sensibilisation du consommateur. Il faut sensibiliser le public selon l'âge par l'intermédiaire de modules inclus dans les programmes scolaires d'éducation à la santé,
- Les visites préventives. Il faut intégrer des messages de santé préconceptionnelle dans des campagnes de promotion de santé actuelles. Effectuer des recherches afin de savoir à quoi serait sensible le consommateur, mettre en place un marketing social et impliquer les médias qui feraient ressortir des modèles positifs de style de vie,
- Les interventions par rapport aux risques identifiés. Il faut augmenter la sensibilisation des professionnels de santé et intégrer la santé préconceptionnelle dans les programmes universitaires et même poursuivre cette formation après l'obtention du diplôme. Il faut diffuser des

recommandations reconnues concernant les facteurs de risque de santé primaire. Pour finir, développer un système fiscal qui prendrait en compte les dons faits par rapport à cette santé(ex : exonération d'impôts),

- Les soins interconceptionnels. Il faut évaluer le pourcentage de femmes qui suivent complètement les visites du post-partum et profiter de ces visites pour promouvoir cette santé. Il faut cibler les femmes à hauts risques médicaux et sociaux mais aussi trouver des fonds,
- Le « checkup » préconceptionnel. Il faut éduquer les femmes et les couples sur l'importance et la disponibilité du planning des visites prénatales,
- La couverture maladie des femmes à faibles revenus.(Ce thème ne sera pas abordé car il n'est pas applicable au système de santé Français),
- Les programmes de santé publique et les stratégies.Il est préférable qu'il y ait une entité unique qui s'occupe de mettre en place, suivre et développer cette santé (et non pas un grand nombre d'organismes individuels) et que le programme soit adapté aux différentes communautés concernées (ex : diabétiques),
- La recherche. Il faut qu'il y ait un suivi et une mise à jour systématique des rapports concernant cette santé.Il faut encourager les programmes et projets la promouvant.Et mener des études identifiant les obstacles et étudier les variations de l'utilisation des soins,
- L'amélioration du suivi. Il faut étendre des systèmes de données et enquêtes pour contrôler les expériences individuelles par rapport à cette santé ; appliquer des stratégies de surveillance pour contrôler les indicateurs préconceptionnels retenus (ex tabac) ; utiliser des systèmes géographiques pour cibler les programmes de santé préconceptionnelle et leurs interventions dans les lieux où il y a des facteurs de risques mais peu des résultats.

3.2 Notions de counselling

Dans la culture anglo-saxonne, le terme de "counselling" est utilisé pour désigner un ensemble de pratiques aussi diverses que celles qui consistent à orienter, aider, informer, soutenir, traiter. Le counselling est une forme d'accompagnement psychologique et social qui désigne une situation dans laquelle deux personnes

entrent en relation, l'une faisant explicitement appel à l'autre en lui exprimant une demande aux fins de traiter, résoudre, assumer un ou des problèmes la concernant.

Le counselling regroupe cinq attitudes : l'écoute, l'acceptation, l'absence de jugement, l'empathie et la congruence.

- L'écoute.

En counsellingelle diffère d'écoute du quotidien. Il s'agit d'une forme d'engagement envers l'autre impliquant une certaine sensibilité. C'est une compétence de base indispensable à l'exercice d'autres capacités comme la capacité à reformuler les contenus d'un entretien, les émotions et sentiments exprimés. C'est pourquoi le praticien doit veiller à ce que son écoute ne soit pas parasitée par les messages contradictoires de sa communication.

- L'acceptation.

C'est une attitude fondamentale en counselling. Communiquer son acceptation implique que toutes les attitudes et les comportements verbaux et non verbaux du praticien indiquent à la personne que quelqu'un est en train d'essayer de la comprendre, de l'accepter dans sa totalité. Il est donc important que le praticien accepte ses propres sentiments à l'égard du patient.

- Le jugement.

Il est un obstacle à la progression dans une relation d'aide en bloquant les capacités de l'autre à se responsabiliser puisqu'il le maintient dans la dépendance à autrui. Ainsi, il convient de libérer le patient de sa crainte d'être jugé par les autres.

- L'empathie.

Elle est une forme de compréhension définie comme la capacité à percevoir et à comprendre les sentiments d'une autre personne. L'empathie permet un entretien de qualité et un lien thérapeutique de qualité. Il est également montré qu'un minimum de compréhension formulé par le praticien aide considérablement le patient à avancer dans la compréhension de lui-même.

- La congruence.

Elle peut être définie comme « l'état d'être » du praticien du counselling quand ses interventions au cours de l'entretien sont en accord avec les émotions et les réflexions suscitées en lui par le patient. Cela suppose que le praticien ait une disponibilité émotionnelle et qu'il l'accepte.

Le counselling trouve largement sa place en médecine, donc en santé préconceptionnelle, car il permet à la personne accompagnée de prendre la meilleure décision pour elle-même au regard de la situation présente. (28)

Une étude Néerlandaise (29) mesure les effets du counselling sur le style de vie et les comportements avant et pendant la grossesse. L'étude compare deux groupes de femmes dont l'un a bénéficié d'une CPC et l'autre pas. Les résultats montrent qu'après une CPC les femmes ont plus de connaissances sur les thèmes les plus importants et ont adopté des comportements permettant d'optimiser leur grossesse.

3.3 La situation en France

3.3.1 Un peu d'histoire

Le 16 décembre 1942 le régime de Vichy instituait le certificat prénuptial, un certificat médical prévu lors d'un mariage, réglementé par les articles 63 du Code civil français et L153 du code de santé publique. Son objectif était triple : un bilan médical, la prévention obstétricale et l'information des futurs époux.

Avant la suppression de l'obligation de l'examen prénuptial, les examens obligatoires en 2007 pour la femme de moins de 50 ans étaient : groupe rhésus, recherche d'agglutinines irrégulières, sérologies de la rubéole et de la toxoplasmose. Etaient facultatifs : les sérologies VIH, syphilis, hépatites B et C.

Depuis le 1^{er} janvier 2008, ce certificat n'est plus obligatoire. En effet, la visite prénuptiale ne concernait plus que les couples qui se mariaient (soit la moitié des couples en France) et une partie de la population ne bénéficiait pas de messages de préventions et des dépistages. Cette suppression à visée budgétaire permet une économie de 14 millions d'euros/an à la sécurité sociale.

L'annonce de la suppression du caractère obligatoire de ce certificat avait déclenché une vive réaction de la part du CNGOF disant « on trouve normal de faire un examen médical systématique [...] pour débiter la pratique d'un sport, il faut le faire aussi pour accueillir son enfant dans les meilleures conditions ». (30)

3.3.2 Et aujourd'hui?

Dans les précédentes recommandations de l'HAS (« *Comment mieux informer les femmes enceintes* » publiées en 2005 et « *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiés* » publiées en 2007), étaient abordées les informations et actions à mener en période préconceptionnelle.

En mars 2006, l'Académie nationale de médecine recommande :

- Une CPC générale en cas d'arrêt de contraception ou de grossesse programmée,
- Une CPC pluridisciplinaire en cas d'ATCD pathologique maternel.(31)

En septembre 2009 l'HAS publia des recommandations spécifiques à la santé préconceptionnelle. Dans « *Projet de grossesse : informations, messages de prévention et examens à proposer* »(32), l'HAS détaille le déroulement de cette consultation qui se résume par :

- « des informations pour aider la femme à se préparer à une future grossesse dans les meilleures conditions de santé,
- des messages de prévention et des conseils d'hygiène de vie à partir de l'analyse des éventuels facteurs de risque liés au mode de vie et des conséquences pour leur santé et celle de l'enfant à venir,
- un examen clinique et des examens complémentaires justifiés par le contexte médical en expliquant avant de les prescrire leur utilité, les bénéfices escomptés et les éventuels inconvénients. Informer clairement la femme ou le couple de leur droit d'accepter ou de refuser un examen de dépistage. Expliquer les résultats des examens et inciter la femme à les conserver,
- des interventions adaptées en réponse à un problème de santé identifié : tabagisme, consommation d'alcool et autres substances psycho-actives, surpoids, etc.,
- une orientation si besoin de la femme ou du couple vers une consultation spécialisée : maladie chronique ou génétique, infertilité, problèmes de santé lors d'une grossesse précédente, aide au sevrage, etc. ».

4 La consultation préconceptionnelle en pratique

4.1 Quand pratiquer la CPC ?

L'HAS a répertorié trois moments propices pour aborder ce thème :

- Lorsque la femme exprime clairement un désir de grossesse : arrêt envisagé de contraception, thème de la fertilité abordé, question sur la grossesse,
- Dans le cadre d'un suivi gynécologique en particulier lors de la délivrance d'une contraception,
- Si le professionnel de santé a connaissance d'un projet de mariage ou de vie en couple.

Le journal *Midwifery* affirme que toutes les femmes qui peuvent démarrer une grossesse et qui sont dans une dynamique de santé primaire de la femme et autres suivis périodiques sont « candidates » aux soins préconceptionnels.(33)

La santé préconceptionnelle est une santé si large qu'elle ne peut se résumer à une unique consultation. La prise en charge de cette santé est évolutive et engage tous les professionnels de santé car il s'agit ici de prévention. Cela peut passer par l'infirmière scolaire qui abordera des dangers de l'alcool au pharmacien qui tentera de responsabiliser un patient qui fait un mauvais usage des médicaments.

Le Dr. DELVOYE, dans une optique de prise en charge globale, estime qu'il est plus efficace d'intégrer la CPC dans les soins de santé de première ligne (*primary care*), c'est-à-dire la consultation de médecine générale et la consultation de gynécologie médicale.

Cette consultation de « *primary care* » tend à diminuer l'incidence d'une maladie en amont.

Contrairement à la prévention secondaire qui consiste à diminuer la prévalence de la maladie en la dépistant systématiquement.

Par ce schéma, il décrit « l'histoire de la maladie et les différentes formes de prévention et les points d'impact en consultation préconceptionnelle et prénatale. »(34)

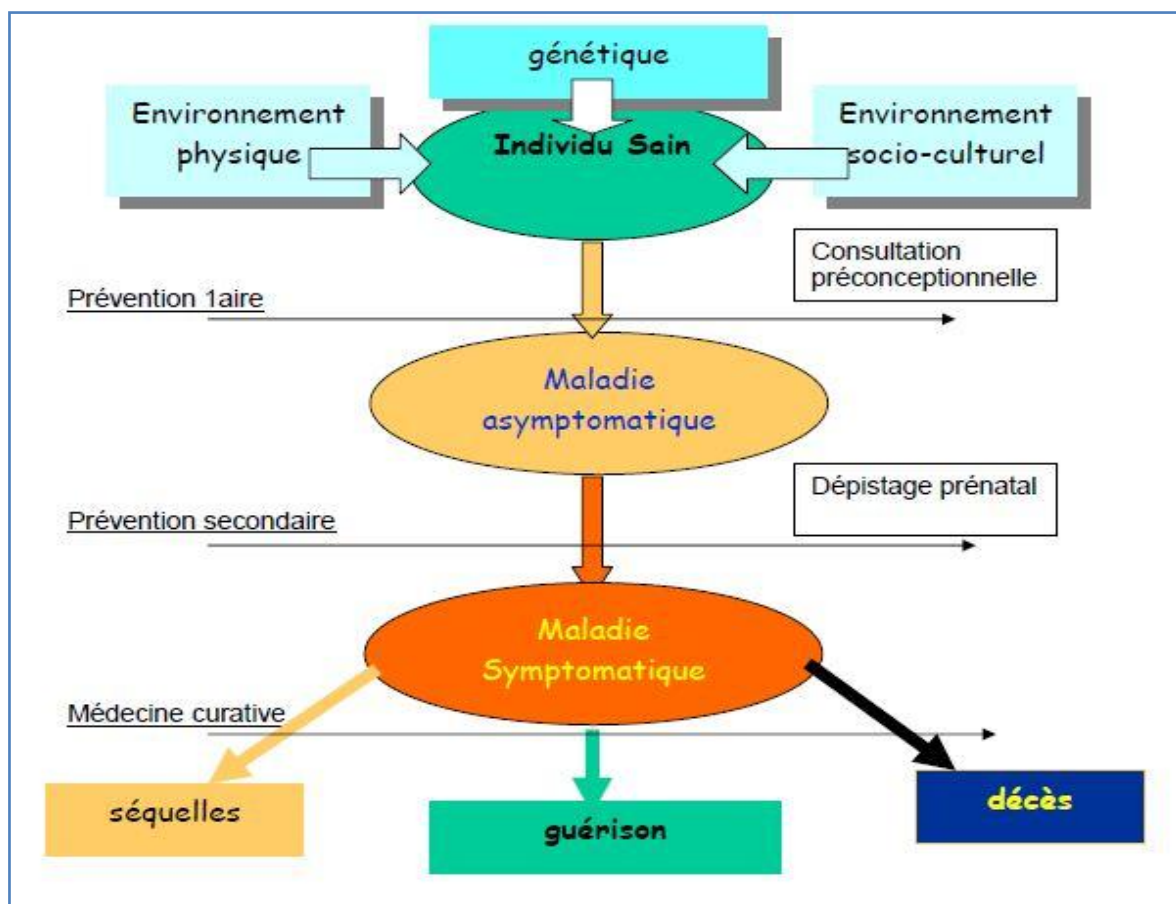


Figure 2 : Histoire de la maladie et les différentes formes de prévention et les points d'impact en consultation préconceptionnelle et prénatale.

4.2 A qui s'adresse-t-elle ?

Actuellement, seules les femmes présentant une pathologie chronique comme le diabète bénéficient d'une prise en charge préconceptionnelle. En effet, dans la plupart des cas ces grossesses dites à hauts risques sont surveillées voire planifiées. A l'inverse, les femmes dites à bas risques ne bénéficient pas de cette consultation.

La thèse médicale *Santé préconceptionnelle en médecine générale : connaissances et souhaits des patientes*(35) réalisée en 2009 par le Dr F. GIRIN permet d'évaluer les connaissances et souhaits des patientes. Les chiffres suivants sont intéressants pour l'enquête :

- 61,7% des femmes pensent qu'il est important de consulter avant une grossesse et seules 40,3% ont le souvenir d'avoir entendu parler de santé préconceptionnelle,
- 73,3% souhaitent avoir des informations sur la santé préconceptionnelle surtout sur ce qu'il faut faire ou ne pas faire avant d'être enceinte,
- la première source d'informations est le gynécologue, puis le médecin généraliste. La sage-femme n'est pas citée,
- 74,3% estiment que le moment idéal pour aborder ce thème se situe entre 15 et 25 ans.

4.3 Qui peut pratiquer la CPC ?

Les intervenants

Une intervention multidisciplinaire menée progressivement au cours de la vie de la femme serait idéale. Les intervenants peuvent être les médecins (médecins généralistes, gynécologues médicaux et obstétriciens), les sages-femmes et infirmières et également les pharmaciens.

la place de la sage-femme

Les compétences des sages-femmes ont pris un nouveau tournant depuis la *loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires* (HPST) de 2009, en autorisant désormais la sage-femme au suivi gynécologique contraceptif et de prévention des femmes durant toute la vie génitale. La SF se voit donc incluse depuis 2009 dans les praticiens officiels de la CPC.

La Cour des Comptes a publié en septembre 2011 un rapport sur la rôle de la sage-femme dans le système de soins. (36)

Ce rapport nomme les SF comme des « spécialistes de la grossesse physiologique » et rappelle leur champ d'intervention allant de la consultation prénatale physiologique à la consultation postnatale et aussi leur aptitude à dépister « les pathologies et situations à risque ». Ce rapport rappelle que la SF est le professionnel de référence pour le suivi des grossesses physiologiques uniquement à l'hôpital (et non pas dans les cliniques privés). La Cour des Comptes montre qu'il serait souhaitable d'harmoniser la profession à tous les établissements (public et privé) afin de « mieux articuler les rôles des professionnels de santé et définir le partage optimal du suivi et de la prise en charge des patientes. »

En 2011 la France a comptabilisé 827 000 naissances (chiffre INSEE) et 90% des grossesses sont physiologiques. La physiologie est le domaine de la sage-femme, cela paraît évident qu'elle tiennne un rôle de premier ordre.

Le Dr. MANDELBROT propose un schéma résumant le parcours d'une femme en préconceptionnel au cas par cas.

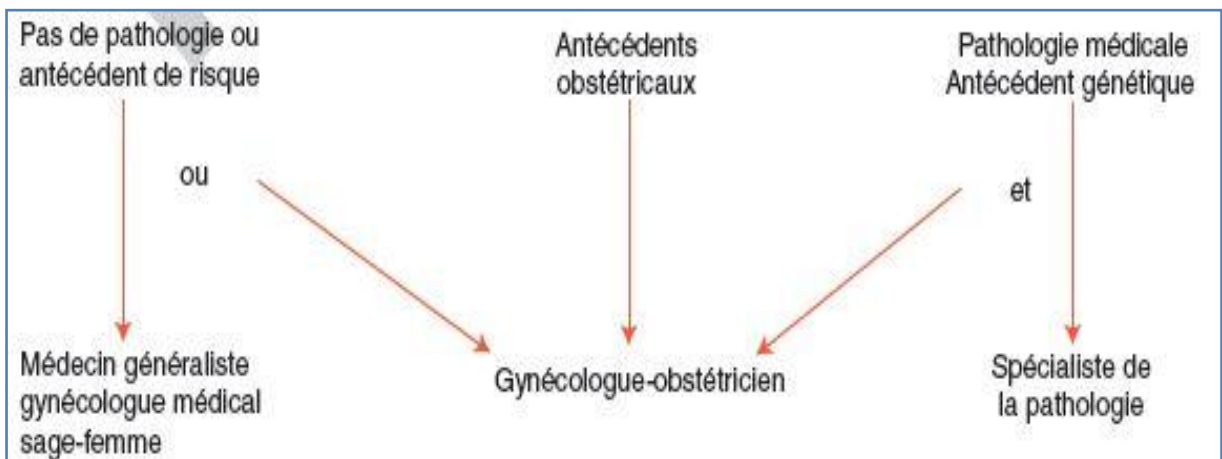


Figure 3 : parcours d'une femme en préconceptionnel.(17)

En France, aucune étude n'a permis d'évaluer la pratique de la consultation préconceptionnelle par les sages-femmes ni leur état de connaissances. Une étude hollandaise (37) a permis d'établir plusieurs liens entre cette consultation et les SF :

- 95% des SF sont familières au concept de santé préconceptionnelle et plus de la moitié d'entre elles considèrent que cela fait partie du travail de SF,
- Les termes les plus abordés avec les patients sont le tabac et l'alcool, la nutrition et les médicaments,
- En ce concerne le counselling, 75% des SF considèrent qu'elles doivent interroger le patient et non pas attendre une demande, qu'elles doivent activement effectuer une évaluation des risques et promouvoir la santé,
- 90% des SF considèrent que l'enseignement de la CPC devrait être plus approfondi dans les écoles de sages-femmes,
- 94% des SF souhaiteraient envoyer leur patient dans un centre de santé préconceptionnelle car seulement 30% estiment avoir des connaissances adéquates.

Deuxième partie

Méthodologie

1 Objectifs de l'étude

Consulter un panel d'experts pour savoir si la CPC rentre dans une démarche de santé publique.

Identifier le rôle spécifique de la sage-femme et sa place dans la santé préconceptionnelle.

Identifier les moyens et freins à la mise en place de la CPC.

2 Hypothèses

La CPC s'inscrit dans une démarche de santé publique.

La sage-femme tient le rôle d'acteur de premier recours tant par ses nouvelles compétences et sa place privilégiée auprès des patientes.

La CPC est une consultation d'avenir entrant dans le cadre l'expansion de la médecine préventive.

3 Organisation de l'étude

3.1 Choix du sujet et de l'étude

Suite à divers entretiens avec l'équipe d'encadrement de mon mémoire, très impliquée dans la prévention, le co-directeur m'a suggéré de travailler sur la santé préconceptionnelle. Je ne connaissais pas la consultation préconceptionnelle et ai été agréablement surprise par l'étendue et la diversité de ce sujet.

L'acquisition par les sages-femmes de nouvelles compétences gynécologiques va leur permettre d'élargir leur activité dans une prise en charge globale de la femme en période d'activité génitale.

3.2 Mise en place de l'étude

L'étude développée pour ce mémoire est **qualitative de type phénoménologique**, fondée sur l'écoute d'un panel d'experts, sélectionnés d'après leur richesse d'opinions, leur expérience et/ou leur expertise au sujet de la consultation préconceptionnelle. Dans un souci de clarté les items nommés par les participants à l'étude ont été analysés, classés et comptabilisés, permettant de mettre en avant les spécificités de la CPC au regard des experts interrogés.

La méthode utilisée pour réaliser l'étude est l'entretien semi-directif.

Nous avons suivi une dynamique selon 3 étapes :

Etape 1 : formulation du problème.

La formulation du problème est réalisée par l'élaboration de questionnaires. Les questionnaires respectent des règles précises : questions brèves et non-ouvertes. Dans l'enquête, le questionnaire est anonyme, dure 30 minutes et comporte 10 questions courtes. L'entretien est semi-directif et est mené par l'enquêteur.

Etape 2 : choix des experts.

Les experts sont choisis pour leur capacité à envisager l'avenir.

Les experts sont contactés dans un premier temps par mail ou par téléphone. Si l'expert souhaite participer à l'étude, il est recontacté pour prendre un horaire de RDV téléphonique individuel.

Nous obtenons donc l'opinion de chaque expert, et non une opinion plus ou moins faussée par un processus de groupe (pas de leader).

Les choix des experts est approfondi dans la partie 2 §3.3.3.

Etapes 3 : déroulement pratique et exploitation des données.

Les entretiens menés suivent le questionnaire préalablement envoyé aux experts.

L'enquêteur expose clairement le sujet, le contexte et ne doit pas influencer l'expert.

Les données sont recueillies et conservées grâce à l'enregistrement des entretiens.

Ce choix permet à l'enquêteur de conserver un entretien fidèle, de mener un entretien plus souple et rapide et d'exploiter ensuite les données sans limite de temps.

3.3 Choix des experts

Les experts sont décrits ci-dessous :

E1= Expert1=GO, chef de service d'une maternité de type 1

E2=Expert2=GO, chef de service d'une maternité de type 2

E3=Expert3=GO, chef de service d'une maternité de type 2

E4=Expert4=Diabétologue d'un centre hospitalier universitaire

E5=Expert5=Pharmacien d'un centre hospitalier universitaire

E6=Expert6= SF libérale belge

E7=Expert7= SF libérale de zone semi-urbain

E8=Expert8= SF de réseau périnatal

E9=Expert9= SF libérale appartenant au collège national des sages-femmes

E10=Expert10= SF exerçant au sein du ministère de la santé

E11=Expert11=Médecin généraliste de zone rurale

E12=Expert12= Médecin généraliste travaillant au sein d'un réseau

E13=Expert13= SF cadre supérieure d'une maternité de type 2

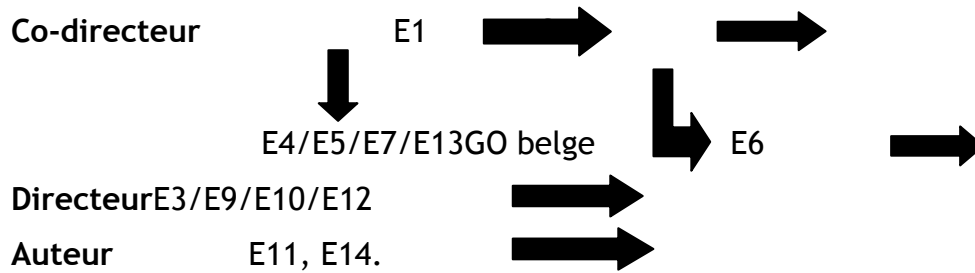
E14= Expert14= Gynécologue médicale de zone rurale.

Le choix des experts a été réalisé grâce aux conseils du directeur et du co-directeur du mémoire. Les experts ont été sélectionnés comme informateurs clés selon :

- Leurs implications en santé préconceptionnelle(E1, E2, E3),
- Leur profession permettant de comprendre comment diffuser la CPC (E8, E9, E10, E13),
- Leur pratique de la CPC (E1, E2, E3, E4, E6, E7, E11, E12, E14),
- Leur profession et/ou fonction dont l'importance est reconnue pour la CPC (tous les experts).

Le choix de ces experts nous a permis de comprendre comment la CPC peut être mise en place à l'hôpital et en libéral et d'établir des liens entre ces différents pôles. Nous avons pu connaître ce que les experts attendent de la sage-femme et comment ils projettent la CPC. Nous n'avons pas pu interroger dans les délais une SF de PMI. Il a été intéressant de connaître les points de vue d'experts travaillant dans différentes structures.

Le schéma ci-dessous résume le parcours du choix des experts :



3.4 Méthode d'analyse

Les commentaires des participants ont été entièrement retranscrits par l'auteur, qui a procédé, après 3 lectures à l'identification des thèmes émergents. Chaque thème est divisé en sous-catégories. Pour chaque thème et sous-catégorie des mots clés ont été répertoriés, classés et mis en relation.

Cette analyse sera exploitée et discutée dans la partie **4 Discussion**.

Troisième partie

Résultats

1Présentation des experts

1.1Caractéristiques générales

Sur 14 experts, ont été interrogés.

- 7 hommes et 7 femmes
- 7 médecins
- 6 sages-femmes
- 1 pharmacien
- 7 travaillent en milieu hospitalier
- 6 travaillent en libéral
- 1 au Ministère de la Santé.

1.2 Pratique de la consultation

Pour la mesure de la pratique de cette consultation, deux experts ont été exclus de par leur exercice professionnel (absence de la pratique de la CPC) (E5, E12).

Neuf experts ont déjà pratiqué ou pratiquent cette consultation :

- E7 depuis le début de son installation
- E14 depuis le début de son installation
- E4 depuis 15 ans
- E12 depuis 4-5 ans
- E6 depuis 3 ans
- E1 depuis 3 ans
- E3 depuis 3 ans
- E11 depuis 2 ans
- E2 uniquement si pathologie.

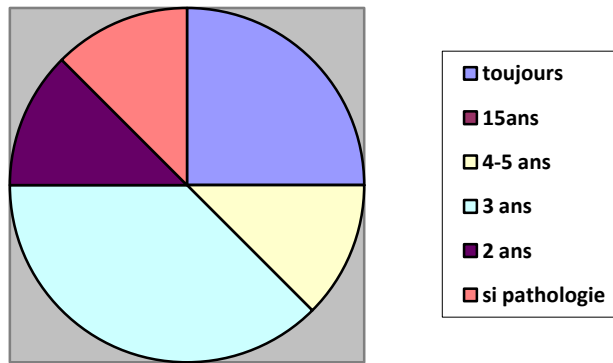


Figure 4 : Pratique de la CPC

Six des neuf experts (E7, E6, E1, E3, E12, E14) ont reçu des demandes spontanées des patientes qui ont, pour la plupart, connu cette consultation par le biais des médias. Pour les experts qui ont reçu des demandes des patientes, les patientes étaient généralement soit primipares avec un niveau socioprofessionnel élevé, soit des patientes aux lourds ATCD (fausse couche, MFIU). Cependant, ils me signalent que les demandes sont assez rares et l'ensemble des experts affirme que très peu de femmes ont conscience de l'importance de préparer leur grossesse ; « qu'elle arrête la pilule et puis on verra ».

Parmi eux, E14 affirme qu'il reçoit uniquement des demandes spontanées et qu'il ne les sensibilise pas particulièrement.

E2 et E11 n'ont jamais eu de demande spontanée et E4 pratique la CPC depuis longtemps de par son exercice.

2 Approche de la CPC

2.1 Thème de santé publique ?

13 des 14 experts (92%) expriment que la consultation préconceptionnelle s'inscrit dans une démarche de santé publique.

E4 ne partage pas ce point de vue. Cet expert estime qu'en terme de rentabilité financière, la CPC n'est pas une solution. Selon lui, c'est une consultation qui doit être ciblée, qui ne concerne ainsi que certaines populations et qu'il est important de l'évaluer.

E13 estime aussi que cette consultation doit être ciblée mais qu'elle s'inscrit dans une démarche de santé publique.

E10, E8 et E7 estiment que la référence est l'HAS. Avant la publication de ses recommandations l'HAS a réalisé des travaux pour prouver les bénéfices de la CPC. En s'appuyant sur les conclusions de l'HAS, ces experts en ont déduit l'utilité d'une prise en charge préconceptionnelle.

E10 insiste sur le point suivant : ce sont aux experts à appliquer les recommandations de l'HAS.

Pour les experts favorables, la CPC est un thème de santé publique car elle s'inscrit dans une dynamique de santé dont les moteurs sont : **la prévention, l'éducation, le dépistage et la transmission d'informations**. E1, E9 et E10 ont employé le terme de « prévention primaire » dans le cadre de la CPC.

Le tableau ci-dessous recense le nombre de fois la citation d'un mot en rapport avec ce thème :

Mots	Nombre de citations
<i>Prévention</i>	48
Information(s)	23
Education	12
Dépistage	12

Tableau 2 : Citations en rapport avec la santé publique

Les experts favorables voient dans cette consultation le moyen de réduire l'impact d'une maladie sur la grossesse future, une promotion de la santé. E6 affirme que la CPC permet à la femme de connaître son corps.

Cependant E2 et E13 craignent de rendre *la grossesse trop médicalisée*.

2.2 Thèmes abordés

Les thèmes de santé employés par les experts sont répertoriés ci-dessous dans le graphique et dans le tableau par ordre croissant :

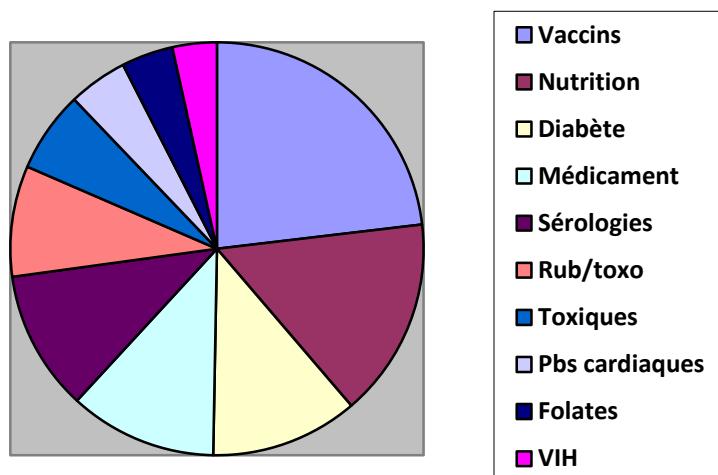


Figure 5 Thèmes abordés

Rubrique	Nombre de citations
Vaccins	40
Nutrition	27
Diabète	20 (12 fois cité par E4)
Médicaments	20(11 fois par E5)
Sérologies	19
Rubéole/Toxoplasmose	15
Toxiques	11
Problèmes cardiaques	8
Folates	7
VIH	6
MST	5
Varicelle	4
Hygiène de vie	4
Groupe rhésus	4
Problèmes endocrinologiques	3
Génétiques	2
Cholestérol	1
Anémie	1

Tableau 3 : Thèmes abordés

Dans la rubrique *Nutrition* sont regroupés les mots : nutrition/régime/surpoids/poids/diététicienne/vitamines.

Dans la rubrique *Toxiques* sont regroupés les mots : alcool/tabac/drogues/addiction.

Dans la rubrique *Problèmes cardiaques* sont regroupés les mots : HTA/cardiopathie.

Dans la rubrique *Hygiène de vie* sont regroupés les mots : sport/hygiène de vie.

3La consultation

3.1 Contexte de la consultation

Quel est le moment le plus propice pour en parler?

Sur les 13 experts (E4 exclu):

- 4 (E1, E7, E10, E12) en parlent quand ils abordent la contraception. Pour trois experts(E1, E7, E12), le fait d'aborder la contraception implique de parler de sexualité et donc la possibilité de démarrer une grossesse,
- 1(E6) pense qu'il est préférable d'en parler à l'adolescence,
- 3 (E2, E3, E11) quel que soit l'âge,
- 4 (E13, E5, E8, E14) au moment du projet de grossesse/mariage/vie en couple. E14 affirme qu'aborder la grossesse avec une jeune fille est « stressant »,
- 1 (E9) en post-partum.

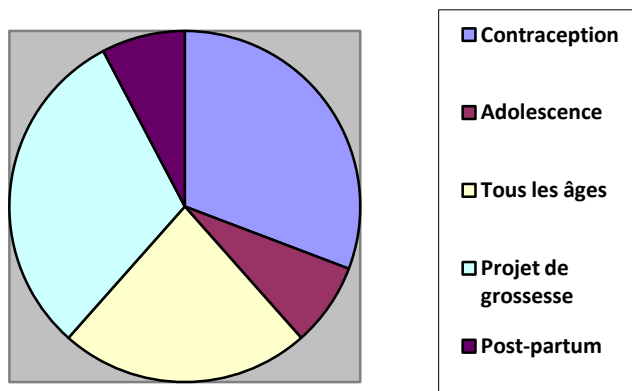


Figure 6 : moment propice pour aborder la CPC

Dans la rubrique *Contraception* sont regroupés les moyens contraceptifs.

Dans la rubrique *Sexualité* sont regroupés les mots : rapport sexuel/ sexualité.

Thème	Nombre de citations
Contraception	42
Sexualité	13

Tableau 4 : Citations en rapport à la sexualité et la contraception

Sur les 13 experts, cinquantègrent la notion *du couple* à cette consultation.

3.2 Vision de la consultation

Selon les praticiens hospitaliers, la CPC ne peut pas avoir actuellement sa place à l'hôpital. La physiologie serait de moins en moins du ressort de l'hôpital mais trouverait plus sa place dans les cabinets libéraux. La CPC ne trouverait sa place à l'hôpital que pour les patientes ayant une pathologie ou des ATCD lourds.

Deux experts hospitaliers (E2, E13) insistent sur le rôle des libéraux par rapport à cette consultation et leur rôle privilégié pour la réaliser grâce à leur plus grande souplesse et la possibilité de suivi continu/global de la femme.

E1, E2 et E7 parlent de consultation « évolutive » et E6, E7 emploient le terme « *d'accompagnement global* ». Pour E5, c'est « *une consultation utile pour tous mais nécessaire pour la pathologie et les facteurs de risques* ».

Deux outils peuvent participer à la CPC voire améliorer la prise en charge : le carnet de santé (cité par quatre experts) et le dossier pharmaceutique (cité par E5).

Au fur et à mesure des entretiens, nous avons souhaité comprendre qui était le premier acteur de la santé préconceptionnelle.

Le tableau ci-dessous expose le point de vue des 13 experts :

Acteur	Premier acteur
Sage-femme ou médecin	5
Tout le monde	3
Médecin traitant	3
Sage-femme	2

Tableau 5 : Acteurs de 1er recours

Le médecin généraliste et le gynécologue médical semblent avoir une place privilégiée pour cette consultation et cela s'explique par une connaissance de longue date de leurs patients.

4La place de la sage-femme

En nous appuyant sur les résultats du tableau précédent nous remarquons que la SF n'est citée que deux fois en tant que premier acteur de la santé préconceptionnelle seule.

Cependant, l'ensemble des 13 experts favorables à la CPC est unanime pour dire que la SF peut devenir premier acteur de la CPC. Cependant « la SF n'est pas bien mise en avant » comme le souligne l'E1 et « les patientes ne connaissent pas les compétences de la SF » souligne E14.

Trois experts affirment que les SF sont plus disponibles que les médecins.

Quatre experts estiment que la baisse de la densité des médecins (surtout en campagne) permettra aux SF de développer cette consultation et aussi le suivi physiologique gynécologique des femmes. E14 affirme que la SF remplacera le gynécologue médical pour la prévention en raison de la disparition de celui-ci.

Le tableau et le graphique ci-dessous décrivent la représentation du rôle de la SF pour la CPC :

Rôles de la SF	
Délivrer des informations /messages	4
Orientation	4
Prévention	4
Physiologie	4
Education	3
Dépistage	3
Accompagnement	3
Dialogue	2
Préparation d'une grossesse	2
Approche globale	1
Sexualité	1

Tableau 6 : Rôles de la sage-femme

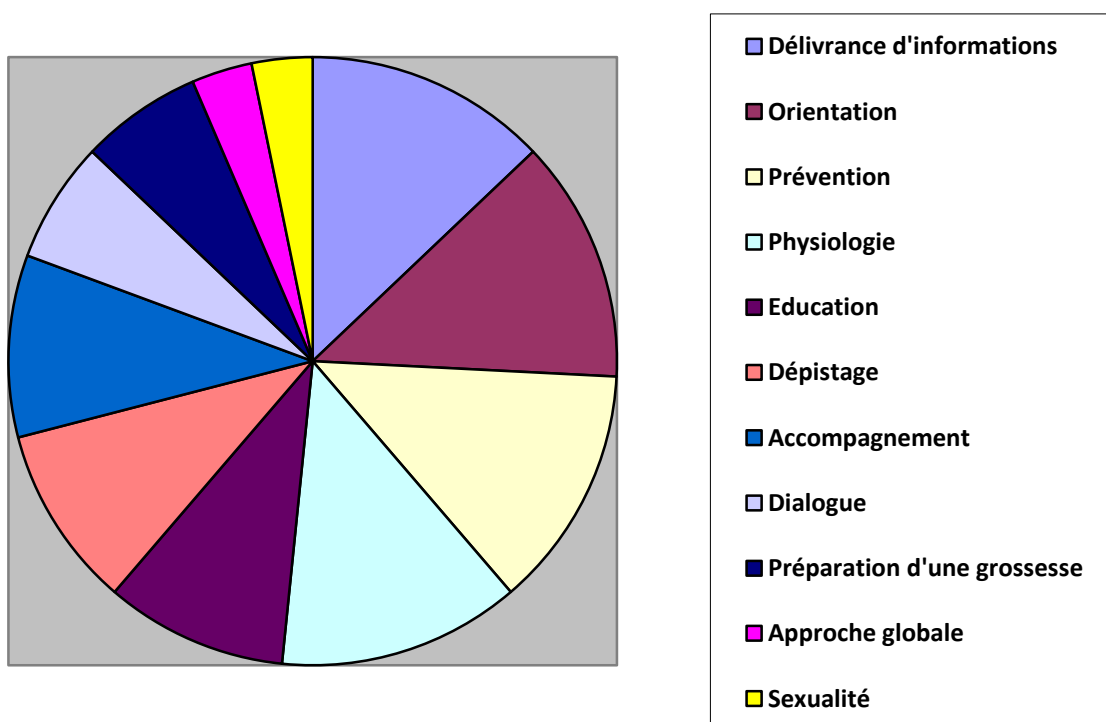


Figure 7 : Rôles de la sage-femme

Deux experts soulignent l'importance de délivrer des messages simples.

Deux experts estiment que la CPC fait partie des compétences de la SF.

Trois experts mentionnent l'importance de cibler les messages.

La liste de conseils suivante est celle que les experts peuvent donner à une SF qui souhaite réaliser la CPC :

- Connaître ses limites,
- connaître le dossier médical et pharmaceutique,
- se former (cité par trois experts), E14 affirme que la formation initiale rend la SF entièrement capable de réaliser la CPC,
- être à l'écoute (cité par trois experts),
- revaloriser la profession (cité par E1, E13, E14),
- bien connaître la physiologie/« les bases » (cité par deux experts),
- travailler en réseau.

5La CPC: rêve ou réalité ?

Sur 14 experts, neuf affirment que c'est réalisable. Soit deux tiers des experts qui pensent à ce jour que la CPC peut se mettre en place.

5.1 Les moteurs

Pour développer la CPC, les experts proposent :

Côté praticien :

- Pour cinq experts, il faut informer et sensibiliser les professionnels de santé,
- E3 souligne l'importance d'inclure la santé préconceptionnelle dans les programmes universitaires des futurs médecins et sages-femmes dès le début de leur formation. Ce même expert insiste sur le rôle d'une action médiatique (congrès, journaux spécialisés),
- E10 insiste sur le rôle des sociétés savantes dans la diffusion des recommandations de l'HAS,
- E8 aborde le rôle du réseau et expose l'implication du réseau pour la CPC par la diffusion d'une plaquette (cf. annexe 1),

- trois experts (E2, E6, E8) insistent sur la formation des professionnels de santé et deux (E3, E5) l'incluent dans la formation continue,
- E12 et E14 estiment qu'il y a un développement de la médecine préventive.

Côté patient :

- Pour cinq experts, il faut informer et sensibiliser les patients,
- E4 propose de mettre un message sur les outils contraceptifs,
- E10 informe que la CPC ne peut pas à elle seule faire partie de campagnes de prévention car cela coûte cher mais peut être incluse dans un programme de périnatalité,
- E5 a cité le planning familial comme relai pour faire connaître la CPC.

Côté diffusion :

- deux experts soulèvent les initiatives locales (réseaux et autres organismes régionaux),
- deux experts comptent sur les médias grand public (ex : INPES),
- E2 propose l'école,
- Le mot communication a été cité 15 fois par les experts dont 12 fois par E8. Le mot communication était utilisé pour parler de communication aussi bien auprès des patientes que des professionnels pour faire connaître la CPC.

5.2 Les freins

Le tableau ci-dessous résume les freins au développement de la CPC :

Freins évoqués	Nombre de citation pour la totalité des experts
<i>Manque de temps</i>	5
<i>Manque de moyens financiers</i>	5
Décision politique	4
Diminution de la médecine préventive	3
La non-cotation par la sécurité sociale de la CPC	3
Le manque d'effectifs	3
La démographie médicale	1
La difficulté à cibler les populations	1

Tableau 7 : Freins à la CPC

E14 affirme que le ministère de la santé souhaite le développement de la médecine préventive mais qu'il n'y a pas suffisamment d'effectifs pour faire de la prévention.

E2 estime que le système de santé français se dirige vers une médecine technique mais que cela est « une fausse économie ».

Trois experts considèrent la grande mobilité géographique des personnes comme un frein sur le long cours.

E8 estime que l'accès aux soins est difficile pour certaines populations leur empêchant de bénéficier de la CPC. E2 rejoint cette idée en parlant d'un risque de « sélection » des patientes.

Quatrième partie

Discussion

1 Limites et forces de l'étude

1.1 Limites

Un plus grand nombre d'experts aurait permis de connaître un plus grand nombre de points de vue.

Il aurait été intéressant de connaître le point de vue d'experts travaillant dans le secteur privé et de la protection maternelle et infantile.

L'étendue du sujet traité dans le délai imparti à l'étude n'a pas permis des recherches plus approfondies.

1.2 Forces

L'égalité du nombre d'experts travaillant dans le secteur public et libéral permet une connaissance globale des points de vue de la CPC et de la place de la sage-femme.

L'entretien de 14 experts permet de mettre en relation les professionnels et leur position vis-à-vis de la CPC.

Cette étude de santé publique peut être une source de réflexion dans le but d'améliorer la santé des femmes.

2 Promotion de la santé

92% des experts signalent que la CPC s'inscrit dans une démarche de santé publique et qu'elle est une occasion de promouvoir la santé via des actions de **prévention, d'informations/messages, d'éducation et de dépistage.**

Ces quatre actions s'inscrivent dans des soins de santé primaire « primary health care », définis par l'OMS à la suite de la déclaration d'Alma-Ata de 1978(38). Ils répondent à un objectif de justice sociale : « la santé pour tous ».

Afin de promouvoir la santé, l'OMS préconisait déjà que les soins primaires :

- Incluent l'éducation, la protection maternelle infantile, l'hygiène, l'alimentation, la vaccination, l'accès à l'eau potable,

- Fassent intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines favorables au développement national et communautaire comme l'agriculture,
- Incluent la participation des individus et des populations concernés " *à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires* " ;
- Soient intégrés à des systèmes d'accès aux soins accessibles à tous
- Fassent appel aux " personnels de santé - médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que s'il y a lieu, praticiens traditionnels ", travaillant en coordination et en réponse aux besoins de santé " exprimés par la collectivité."

Nous comprenons ainsi que la santé ne se résume pas à la seule application de soins et qu'elle est l'affaire de tous. Cependant pour que chacun se rende compte de l'importance et du bénéfice d'être « bien portant », il faut **promouvoir la santé**.

En 1986, la Charte d'Ottawa(39) énonce sept items (dont quatre ont été repris par les experts) indispensables à la promotion de la santé :

- Créer des milieux favorables,
- **Conférer les moyens,**
- Servir de médiateur,
- **Promouvoir l'idée,**
- **Réorienter les services de santé,**
- **Développer les attitudes personnelles,**
- Renforcer l'action communautaire.

Cette Charte définit la santé comme une ressource de la vie quotidienne « **là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime** » et non pas comme un but de la vie.

Afin d'inscrire la CPC dans l'organisation des soins, il convient de rappeler l'organisation du système de soins français et sa dernière réforme.

L'organisation d'un système de soins français se définit comme l'ensemble des acteurs sociaux intervenant et interagissant dans la production, la distribution des soins, et la gestion de la protection sociale. Un système de soins est destiné à mettre en œuvre une politique de santé répondant aux besoins d'une population après les

avoir identifiés. La prise en charge des usagers doit être globale : soins préventifs, curatifs, de rééducation, de réadaptation et de promotion de la santé.

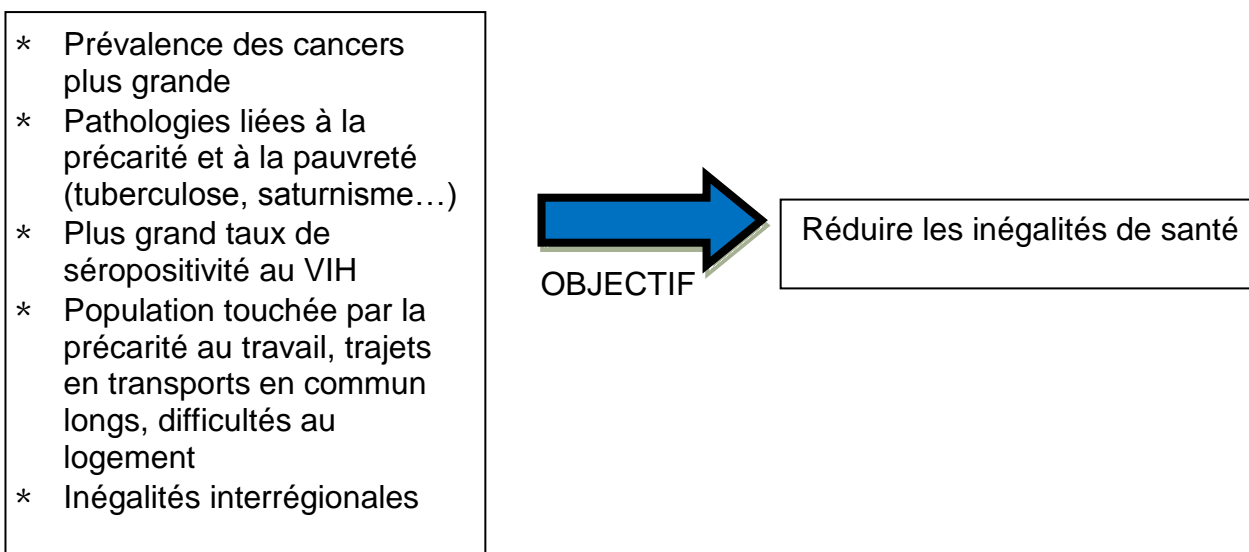
Deux experts craignent qu'une difficulté d'accès aux soins présente un frein pour pouvoir bénéficier de la CPC et que cela « sélectionne » les populations. La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)(40) votée en 2009 tente de répondre à cette problématique et propose au niveau régional :

- La création de schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) via « l'élaboration dans un cadre partenarial, pour concrétiser les besoins locaux et mettre en cohérence les outils à la disposition des différents acteurs »(3),
- La création de 26 agences régionales de santé (ARS).

Ces créations ont pour but de permettre à la fois une meilleure organisation des soins et une clarification de l'offre de soins dans le territoire du patient.

Les ARS couvrent trois principaux champs d'action : Préventif, Médico-social, Organisation sanitaire. Elles doivent permettre à terme plus de simplicité, de permanence des soins, de proximité pour les patients, une meilleure coordination et elles seront les uniques interlocutrices des professionnels de santé.

Pour mieux comprendre l'intérêt de la création des ARS prenons comme exemple la région Ile de France pour montrer l'adaptabilité de l'ARS de la région couverte. Dans son rapport(41), EVIN décrit la région IDF comme étant « la plus riche, la plus jeune des régions mais présente des difficultés spécifiques » :



EVIN insiste sur l'idée que l'ARS « ne doit pas être l'unique acteur de la lutte contre les déterminants sociaux des inégalités de santé ».

Nous comprenons donc que l'ARS est le modèle qui permettra de répondre aux besoins spécifiques de la région et qui offrira une meilleure efficacité de soins avec une réduction des inégalités. Ceci est une bonne réponse aux inquiétudes des deux experts craignant une « sélection » des populations.

3 Education à la santé

Education, du latin *educatio*, est l'action de développer les facultés physiques, intellectuelles et morales.

La santé préconceptionnelle, par son étendue, rend chacun éducateur de l'autre en matière de santé. Elle est l'occasion de délivrer des messages, donc d'éduquer à la santé. Deux éducations pour lesquelles les professionnels de santé ont un rôle principal : l'éducation à la santé et l'éducation thérapeutique du patient.

3.1 Education à la santé

Pour que le professionnel délivre correctement des messages de prévention, des informations et qu'il sensibilise le patient à l'importance d'être « bien portant », il est nécessaire qu'il détienne quelques clés.

Dans son rapport de 2000(42), BOUCHET décrit l'éducation à la santé comme « une meilleure écoute et information des personnes et des groupes; et qu'à partir de leurs besoins, connaissances, savoir-faire, les aider à mieux gérer leur santé, à faire des choix favorables pour celle-ci et à les maintenir grâce à des démarches éducatives, participatives et positives », nous y retrouvons certaines caractéristiques du *counselling*. L'auteur explique qu'il ne s'agit pas de démonter les ressorts d'une personne pour influencer sa décision mais plutôt de la considérer comme « *libre, responsable de ses choix de vie, capable de construire sa santé.* »

Afin d'aider les professionnels à l'éducation à la santé, l'INPES propose un dossier « Formation en éducation pour la santé »(43). Il propose entre autre « *d'envisager la santé comme une ressource qui permet de développer du bien-être et ne pas l'envisager que sous l'angle de la maladie* ». Ce rapport nous rappelle que la pratique professionnelle en éducation à la santé a pour finalité l'amélioration ou le maintien de comportements favorables à la santé.

Dans « Apprendre », GIORDAN, explique et démontre ce qu'est l'acte d'apprendre dans toutes ses dimensions : cognitives, sociales et émotionnelles : si l'on schématise les fondements de l'acte d'apprendre (Figure 8), l'éducateur en santé doit s'attacher à construire avec le patient « une nouvelle réalité » en s'appuyant sur le décryptage de ses savoirs antérieurs et le repérage de ses conceptions. Les professionnels peuvent s'investir et devenir médiateur, en éducation à la santé à condition de pouvoir lier 3 dimensions : « affective, métacognitive, et « élaborative » (c'est-à-dire prenant en compte le contexte social du patient)

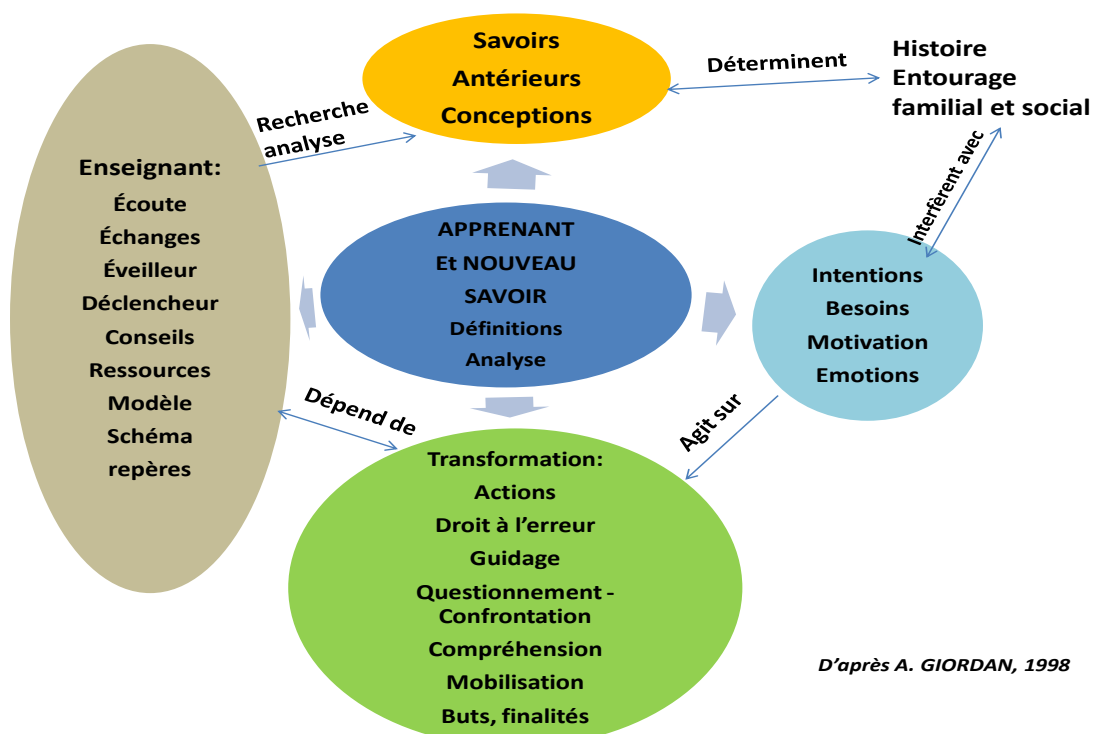


Figure 8 : Apprentissage selon GIORDAN

3.2 Education thérapeutique du patient

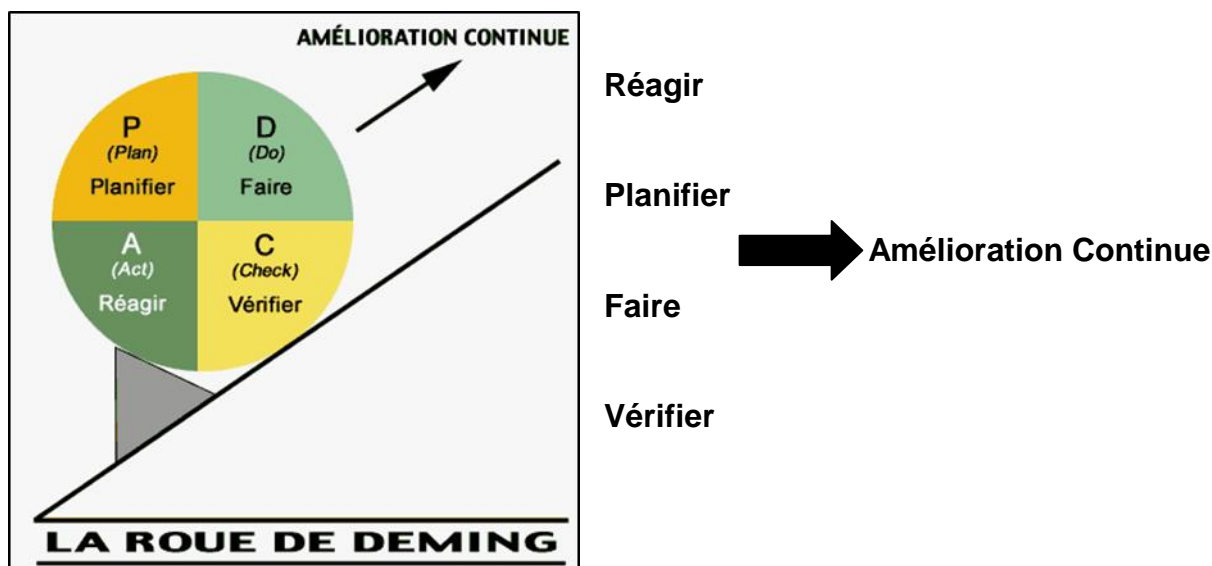
Dans le cadre de la CPC, l'éducation thérapeutique est indispensable en cas de pathologie chronique pour préparer la grossesse. Selon l'OMS, « l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique »(44).

Pour mieux pratiquer l'ETP, l'HAS propose de la diviser en quatre temps(45):

1. Elaborer un diagnostic éducatif, (A)
2. Définir un programme personnalisé d'ETP avec des priorités d'apprentissages, (P)

3. Planifier et mettre en œuvre les séances d'ETP individuelle ou collective ou en alternance, (D)
4. Réaliser une évaluation des compétences acquises, du déroulement du programme. (C)

La roue de DEMING représentée ci-dessous schématise bien le concept anglo-saxon repris par l'HAS ci-dessus :



Pour comprendre l'intérêt de l'ETP, DECCACHEa réalisé une étude(46) auprès de soignants ayant bénéficié d'une formation à l'ETP. L'évaluation montre des effets positifs de la formation sur plusieurs aspects des représentations et des pratiques des soignants. Nous citons à titre d'exemple les trois capacités améliorées par la plus grande proportion de soignants :

- « Inciter le patient à s'exprimer,
- Comprendre ce que le patient vit ou ressent,
- Explorer les représentations du patient à propos de sa maladie et de son traitement ».

La durée de la formation à l'ETP de 50 à 70h peut freiner son développement mais le gouvernement compte sur l'ARS pour planifier les programmes, mobiliser les intervenants et les financer. (47)

4Thèmes abordés

Les experts ont cité en majorité la vaccination et la nutrition. Nous allons exposer quelles sont les dernières recommandations dans ces deux domaines et montrer l'enjeu de ces préventions.

4.1 Vaccination

La vaccination est le deuxième thème le plus cité par les experts. Les dernières recommandations vaccinales sont étudiées dans le §2.1.7.2 du cadre contextuel.

La place des SF dans la prévention vaccinale est étudiée par STRADY(48). Nous apprenons que la plupart des SF connaît les dernières recommandations vaccinales mais que peu appliquent cette compétence. Les difficultés rencontrées par les SF interrogées sont : le manque de temps et d'information, la peur des effets secondaires et le peu de pratique dans le secteur privé où seuls les médecins prescrivent. Les trois quarts des SF estiment qu'elles ont un rôle privilégié dans la prévention vaccinale. En revanche, nous constatons que les SF ne connaissent pas, pour la grande majorité, le statut immunitaire de la coqueluche et de la varicelle de leur patiente alors qu'elles le connaissent dans leur quasi-totalité pour la rubéole et l'hépatite B. Ces manques peuvent peut-être s'expliquer par le fait que l'école des SF ne dispense qu'un seul cours sur les vaccinations en première année et l'expérience en stage peut être aléatoire. Pour finir seul un tiers des SF connaît les recommandations vaccinales professionnelles.

Cette étude nous informe du rôle privilégié de la SF dans la transmission d'informations aux femmes et à leur entourage, et aussi des freins au développement de cette compétence.

Il nous semble important que les sages-femmes bénéficient dans leur formation initiale d'un module plus conséquent sur les vaccinations et qu'elles se perfectionnent dans la formation continue.

4.2 Nutrition

La nutrition, avec en premier lieu la lutte contre l'obésité, est une tendance datant d'une quinzaine d'années. l'OMS en 1997 mit en évidence le lien entre obésité et maladies chroniques. la France s'en préoccupe depuis 2001 via la création du premier Programme National Nutrition Santé (PNNS). Les experts insistent sur

l'importance d'un bon équilibre alimentaire et la pratique régulière d'une activité physique et que les inégalités sociales empêchent un nombre certain de personnes d'appliquer les conseils donnés.

La lecture du troisième PNNS par les professionnels de santé leur permet de connaître et comprendre la politique en matière de nutrition et les incidences sur la santé.

Le PNNS 2011-2015(49) a émis 40 propositions dont les enjeux principaux sont :

- Réduire les inégalités sociales et territoriales en matière de santé,
- Améliorer la qualité de vie liée à la santé,
- Promouvoir les comportements favorables à la santé.

Nous remarquons que ces trois items recoupent les thèmes de la promotion de la santé.

Sa lecture permet de comprendre que la nutrition ne se réduit pas au seul contenu de l'assiette et que l'inégalité socio-économique explique beaucoup de comportements défavorables en matière de santé et d'activité physique.

L'approche globale de la CPC permet au professionnel qui la réalise de connaître mieux la patiente (contexte social, logement, ...) qu'un praticien spécialiste en nutrition. Il convient de se rappeler qu'une personne à faible revenu, ne pourra pas financièrement avoir facilement accès à une alimentation plus équilibrée et à des infrastructures sportives.

Pour renforcer la capacité de chacun à agir dans un sens favorable à sa santé, le PNNS propose des actions sociales, politiques et de santé publique. Ces idées avaient déjà été proposées dans la Charte d'Ottawa de promotion de santé, il y a 26 ans (voir ci-dessus).

En matière d'exercice physique, la charte de Toronto de 2010 (50) rappelle que l'activité physique favorise le bien-être ainsi que la santé physique et mentale. Dans son cadre d'actions, la charte suggère d'implanter une politique nationale avec son plan d'action, de proposer des politiques qui soutiennent l'activité physique, de revoir l'offre de service et le financement pour prioriser l'activité physique et d'établir des partenariats.

La méthode anglo-saxonne dite des « 5 A » offre aux professionnels une démarche de conseils en activité physique(51). Le schéma ci-dessous résumant les étapes nous rappelle étroitement la roue de Deming :

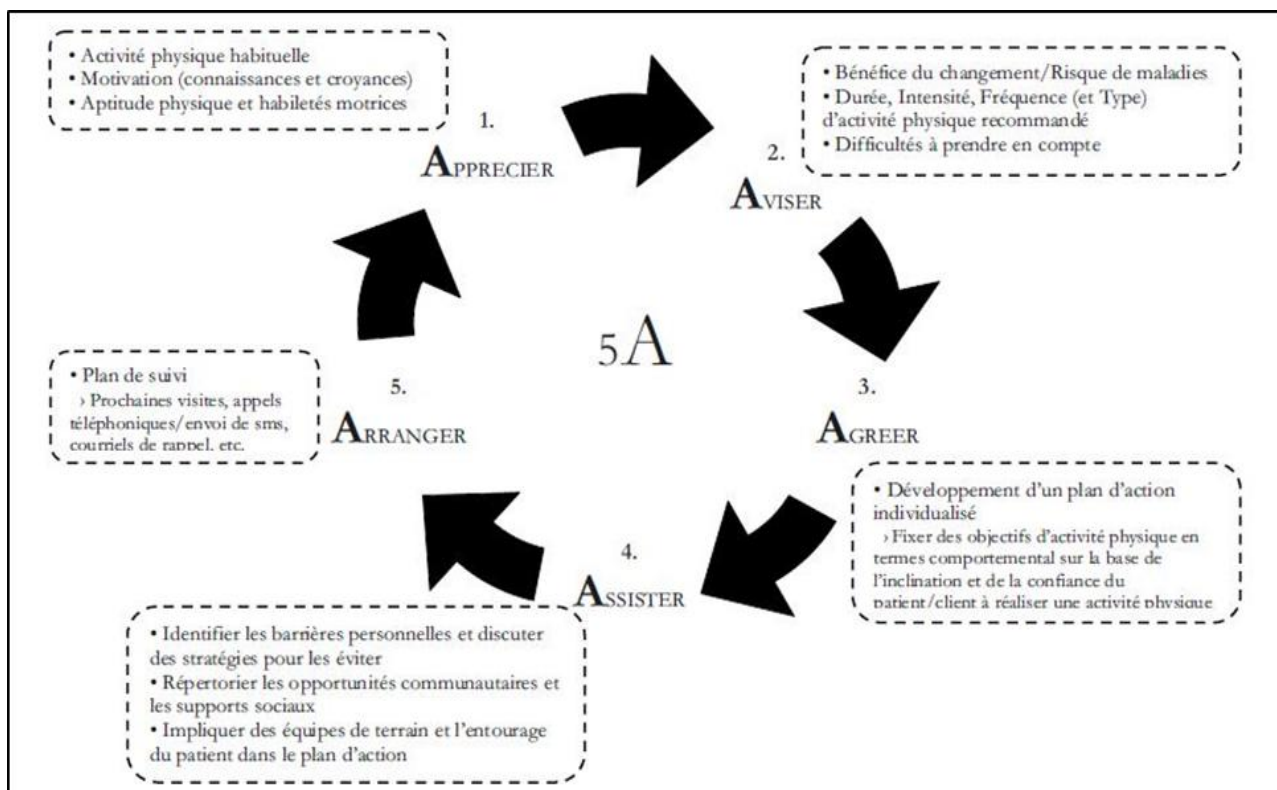


Figure 9 : La méthode des 5 A.

Il est intéressant de noter que les nouvelles mesures en matière de santé suivent globalement l'influence anglo-saxonne : **Réagir, Planifier, Faire, Vérifier**.

Afin d'aider un plus grand nombre à avoir un équilibre nutritionnel et une activité physique, le PNNS de 2011 propose en particulier :

- Aux communes de promouvoir une alimentation équilibrée et la pratique d'une activité physique régulière,
- Aux régions, de développer des réseaux-dispositifs « activité physique-santé »,
- De créer un logo nutritionnel positif pour aider les consommateurs dans l'achat des produits alimentaires,
- De réguler la publicité télévisée aux heures de grande écoute des enfants. L'UFC Que Choisir a publié une étude montrant que les produits gras et sucrés « sont plus que jamais présents dans les écrans publicitaires »,

- De prévenir le surpoids et l'obésité de l'enfant et de l'adolescent en milieu scolaire et extrascolaire,
- **De promouvoir l'allaitement maternel,**
- **Dépister et prendre en charge les TCA de l'adulte,**
- D'impliquer le médecin généraliste dans l'évaluation et la prise en charge nutritionnelle initiale de l'adulte.

Nous pouvons également noter l'importance des actions à tous niveaux (internationales, européennes, nationales, régionales et locales) dans la promotion de l'importance d'un bon état nutritionnel et d'une activité physique régulière. Nous remarquons que tout le monde a son rôle à jouer que l'on soit professionnel de santé, politicien, ou PDG d'une enseigne alimentaire. Il est donc admis qu'un bon état nutritionnel est nécessaire dès la naissance via l'allaitement, jusqu'à nos plus vieux jours.

Par sa proximité avec les patientes et son suivi des femmes tout au long de leur vie, la SF devient un acteur important dans la promotion de l'activité physique et d'un bon état nutritionnel. La SF est l'intervenant principal dans la promotion de l'allaitement maternel, et dans le dépistage des TCA.

5 Vision de la consultation

Quand aborder la CPC ?

Sur les 14 experts :

- 4 en parlent quand ils abordent la contraception,
- 1 pense qu'il est préférable d'en parler à l'adolescence,
- 3 quel que soit l'âge,
- 4 au moment du projet de grossesse/mariage/vie en couple,
- 1 en post-partum.

La diversité des réponses illustre la difficulté à connaître le moment le plus propice pour aborder la CPC, et aussi de savoir quand la patiente sera le plus disponible à entendre et recevoir les messages de prévention.

Selon HARVEY (52) la CPC doit faire partie des consultations gynécologiques habituelles dans le cadre de prévention primaire. HARVEY nous informe que cette consultation doit être évidemment proposée lorsque la femme envisage une

grossesse. Il nous indique aussi que les consultations contraceptives, en dehors de l'information sur la contraception régulière et d'urgence, sont l'occasion de prévenir une grossesse inopinée, de faire de l'éducation sexuelle et de parler de future grossesse. MANDELBROT (17) nous rappelle que la femme arrête souvent sa contraception sans consulter un médecin et que les consultations de médecine générale ou de gynécologie sont l'occasion de faire passer des messages de prévention.

Comme indiqué dans la première partie, trois quarts des femmes interrogées dans la thèse médicale du Dr GIRIN(35) souhaitent recevoir des informations préconceptionnelles entre 15 et 25 ans. Mais comme le signale l'auteur, il est difficile de savoir si à cet âge les patientes auraient aimé recevoir ces informations.

E14 insiste sur le fait que parler de grossesse à une adolescente peut la « stresser ». Toute la problématique est de savoir :

- Comment responsabiliser une adolescente sans la « stresser » avec un risque de grossesse,
- S'il faut aborder certaines thématiques (ex : nutrition, vaccins) dès le plus jeune âge,
- S'il faut aborder la CPC uniquement lors d'un projet de grossesse.

Une étude réalisée auprès de femmes entre 15 et 25 ans permettrait de mieux connaître leurs attentes en matière de prévention préconceptionnelle.

Et l'homme ?

Cinq experts de notre étude incluent le partenaire à la CPC. C'est ce que dit HARVEY(52) « *la femme est au centre et la futur père en périphérie* ». Au travers de nos lectures, nous remarquons que le futur père n'est que très rarement cité. L'article paru dans l'AJOG(53) nous décrit l'intérêt de la CPC pour l'homme. Il nous informe que c'est l'occasion de faire de la prévention primaire, de dépister des IST, de faire le point sur son style de vie et de comprendre comment cela peut influencer la santé de sa femme, d'évaluer sa capacité à être parent. Cependant, il ressort de cet article que la CPC est surtout l'occasion pour l'homme d'améliorer sa fertilité et non de s'intéresser aux thèmes précédemment évoqués.

Le problème soulevé par ce paragraphe est de situer le père dans la CPC. Nos observations personnelles montrent parfois un manque d'investissement paternel en prénatal. Il est alors actuellement difficilement concevable de l'imaginer en CPC. La

question est comment sensibiliser les pères en préconceptionnel et les impliquer d'avantage dans la future grossesse.

Grossesse trop médicalisée ?

Ce thème évoqué par deux experts est repris par BETHMANN qui s'interroge sur l'hyper médicalisation de la grossesse(54). Qui sont les responsables ? Les médias, l'anxiété des parents, ou les professionnels de santé qui suivent la grossesse ?

Pour l'auteur, « *La médicalisation de la grossesse me semble très directement connectée à l'idée du désir d'enfant et à ce qu'il représente pour la femme et pour le couple.* » Nous comprenons donc que ce pourrait être l'idée de l'enfant parfait qui pousse les parents à surmédicaliser la grossesse. L'auteur nous incite à la réflexion sur le fait qu'une médicalisation de la grossesse peut tendre à la banaliser voire même entraîner une démission maternelle. Selon nous, cette médicalisation pourrait amener chez certains couples une disparation de la sphère affective et « magique » que représente une grossesse.

6 Rôle de la sage-femme

Les experts expriment quatre idées prédominantes concernant le rôle de la sage-femme :

- la physiologie,
- la délivrance d'informations,
- la délivrance de messages de prévention,
- l'orientation des patientes.

Deux experts estiment que la CPC fait partie de ses compétences. Le *référentiel métier et compétences des sages-femmes de 2010*(55) permet de décrire les compétences initiales et partagées des sages-femmes. Le référentiel décrit huit situations pour lesquelles la sage-femme doit avoir les **compétences et être compétente**. Parmi les caractéristiques des huit situations décrites, sont retrouvées pour :

- quatre d'entre elles une prise en charge dans la **continuité**,
- trois d'entre elles **l'éducation à la santé**,
- deux d'entre elles une **orientation et prévention**.

La similitude retrouvée entre les résultats de l'entretien avec les experts et le référentiel permet d'affirmer que le rôle de la sage-femme est bien compris par ses pairs et collaborateurs.

Une étude menée par THOMPSON(56) affirme que la SF a les connaissances nécessaires et les compétences dans les domaines de l'obstétrique et de la néonatalogie. Cela permet d'offrir aux femmes, aux nouveau-nés et leur famille des soins de qualité tout en sachant s'adapter aux différentes cultures et donc de maîtriser la **physiologie**. Les SF participent à **l'éducation de la santé** de toute la société en offrant des soins de qualité tout en sachant s'adapter à chaque patiente. Leur action est de **promouvoir** la santé familiale, de favoriser la planification des naissances et contribuer à une parentalité positive. (contraception, **prévention...**).

La sage-femme est également reconnue comme acteur de santé publique. THOMPSON et le référentiel métier indiquent que la SF en possède les compétences.

Une enquête australienne(57), décrivant la maïeutique comme une science, indique que la maïeutique en soins de santé primaire possède les compétences qui permettent de la considérer comme une stratégie de santé publique. Dans cette étude, HOMER affirme le rôle important des sages-femmes dans la promotion de leur profession et de leurs compétences. Cette idée va dans le sens de trois experts qui affirment que la profession n'est pas bien « mise en avant ». Afin de combler ce manque le référentiel aidera à une meilleure reconnaissance sociale de la profession par le monde de la santé et par la collectivité.

SF : acteur de premier recours ?

Dans la déclaration de Munich en 2000 (21), l'OMS aborde le rôle exceptionnel des infirmières et des SF dans leur contribution au développement sanitaire et à la prestation de services de santé.

Cependant les résultats de l'enquête montrent que la SF n'est citée que deux fois en tant que premier acteur de la santé préconceptionnelle seule mais aussi que l'ensemble des 13 experts favorables à la CPC est unanime à dire que la SF peut devenir le 1er acteur de la CPC.

La Cour des Comptes(36) indique que les SF hospitalières sont les professionnels de premier recours dans le secteur public alors qu'elles travaillent surtout comme auxiliaire du gynécologue-obstétricien dans le secteur privé. Nous pensons qu'une

homogénéisation de l'exercice de la profession sur l'ensemble du territoire et au sein du système de santé, permettrait :

- une meilleure compréhension des patients quant au rôle de la SF,
- une meilleure compréhension des autres soignants quant au rôle de la SF,
- une mise en lumière de la profession,
- une solidarité de la profession,
- une meilleure visibilité de la profession.

En 2007, la Société française de santé publique décrit le médecin traitant comme un acteur de soins, de prévention et de santé publique de par sa connaissance inégalable des patients, et les multiples occasions d'effectuer des actes de prévention. Cette notion est reprise par la loi HPST qui rappelle **le rôle pivot** du médecin généraliste en terme de premiers recours et de permanence des soins, applicable donc à la CPC. La Cour des Comptes indique qu'il faut renforcer le rôle de la SF comme acteur de premier recours pour le suivi des femmes en bonne santé. Le fait qu'aujourd'hui la SF suive actuellement les grossesses physiologiques et ne réalise pas de suivi gynécologique préventif peut s'expliquer par la précocité des nouvelles compétences des SF.

La Cour des Comptes affirme que la profession doit renforcer son rôle d'acteur de premier recours pour le suivi des femmes en bonne santé. L'institution rappelle que les sages-femmes disposent des compétences nécessaires, qu'elles sont moins iatrogènes que les médecins, et que les services assurés par les sages-femmes sont moins coûteux. La majorité des experts affirme que la SF sera amenée à être l'acteur de premier recours, non pas pour les seules raisons citées par la Cour des Comptes, mais à cause d'une baisse du nombre de gynécologues. Pour que la maïeutique tienne la place qu'elle mérite au sein du système de soins, il nous semble indispensable que la profession continue à se faire connaître, à faire parler d'elle et à s'impliquer dans la prise de décisions en rapport avec la périnatalité.

7Freins

Démographie médicale

Un des experts a évoqué le problème de la démographie médicale en France. Afin de résoudre ce problème, la loi HPST prévoit de piloter la démographie médicale au niveau de l'internat en répartissant des postes d'internes par région et spécialités. Si

nous arrivons à avoir une homogénéité médicale, cela rendra d'une part les soins accessibles à un plus grand nombre et une meilleure prise en charge des patients consultant en préconceptionnel (donc de meilleurs soins de santé primaire).

La loi prévoit également la création de réseaux de santé, maisons de santé pluridisciplinaires, de centres de santé et pôles de santé. Le rapport de 2008 (58) sur les maisons de santé nous permet de connaître les propositions pour leur déploiement. Les deux propositions les plus favorables au développement de la CPC sont la mise en commun du dossier médical du patient et l'idée d'un projet de santé commun entre les professionnels.

Grossesses inopinées

En France 30% des grossesses ne sont pas planifiées. Pour permettre l'accès à la CPC au plus grand nombre, il semble évident qu'une meilleure régulation des naissances est nécessaire. Une étude américaine(59)montre que les femmes ayant programmé leur grossesse ont plus de comportements positifs en préconceptionnel, prénatal et post-partum. A titre d'exemple les femmes ayant programmé leur grossesse consomment plus d'acide folique, fument moins en prénatal et post-partum et font moins de dépression du post-partum. La SF est l'un des acteurs principaux pour permettre une meilleure régulation et programmation des naissances surtout depuis les nouvelles compétences acquises.

Freins temporel et budgétaire

Le manque de temps pour pouvoir réaliser cette consultation est cité par cinq experts.

Une enquête de l'IRDES étudiant le temps de travail des médecins généralistes permet de se rendre compte de cette réalité (60). Les médecins généralistes déclarent travailler 52 à 60h/semaine réparties entre les soins, les formations, les astreintes et les obligations administratives. Seules 33 heures sont consacrées aux soins à proprement dits et les consultations durent en moyenne 15 minutes au cabinet. Nous comprenons bien qu'une CPC à part entière (1h d'entretien) peut difficilement trouver sa place en médecine libérale alors que pour les experts hospitaliers, la CPC n'a pas sa place à l'hôpital et qu'ils insistent sur le rôle des libéraux pour son développement.

Le frein temporel décrit précédemment est la conséquence des contraintes budgétaires auxquelles sont confrontés les libéraux et ils n'ont d'autres choix que de réduire le temps de consultation pour s'assurer un salaire décent.

E2 indique que c'est « une fausse économie » de privilégier les soins curatifs aux soins préventifs et que la France se dirige vers une médecine curative. L'IRDES a estimé en 2002 la dépense totale consacrée à la prévention en France à 10,5 milliards d'euros, soit 6,4 % de la Dépense Courante de Santé et un peu plus de 0,6 % du PIB.

En 2008, le déficit de la Sécurité Sociale s'élevait à 10,2 M d'Euros et la crise économique mondiale de 2008 tend à une vive maîtrise des dépenses. Comme l'explique E13, l'hôpital est assimilé à une entreprise. Dans ce contexte, nous imaginons qu'il devient difficile de mettre en place sur un plan économique la CPC.

Cependant l'article du *Collège des Economistes de la Santé* indique que le développement d'une vraie politique de prévention est l'unique solution aux problèmes financiers du système de santé (61).

8Moteurs

8.1Côté praticien

Pour cinq experts, il faut sensibiliser aux avantages de la CPC et E10 insiste sur le rôle des sociétés savantes pour transmettre les dernières recommandations aux professionnels

Un expert interrogé uniquement pour répondre à cette problématique, nous informe que les professionnels sont avertis des nouvelles recommandations via le site du CNSF par newsletter et lors des congrès.

La formation et la sensibilisation des professionnels sont importantes dans le développement de la CPC. Dès 2012, la CPC sera enseignée aux licences 3 des écoles de sages-femmes. En revanche les étudiants en médecine l'abordent seulement durant l'internat. Dans le cadre du développement professionnel continu

(DPC), la sage-femme via la formation continue qui est une obligation déontologique découvrira cette compétence.

L'étendue de la CPC conduit les professionnels à collaborer entre eux. La loi HPST rappelle le principe important de **collaboration** entre les professionnels de santé afin d'opérer entre eux des transferts d'activités et d'actes de soins et de réorganiser leurs modes d'interventions auprès du patient.

Le mot *communication* est cité 15 fois par les experts mais dans le sens plutôt de communiquer aux praticiens et aux patients l'existence de la CPC. Aucun professionnel n'a employé le terme de communication interprofessionnelle. Ce principe important est largement souligné par HOMER(57) et dans le référentiel métier des sages-femmes. Parmi les huit situations décrites par cet outil, trois d'entre elles remplissent la caractéristique « **travail en collaboration** ». Selon HAMMICK (62) nous découvrons les principes fondamentaux pour une bonne collaboration interprofessionnelle. L'auteur rappelle par exemple que les compétences du groupe sont basées sur l'écoute, la critique constructive et l'entraide. Ce document applicable à toutes les professions peut être un outil précieux pour un projet de collaboration.

Pour finir, il est important de revenir sur la cotation de la CPC pour permettre son développement. La convention signée avec l'Assurance Maladie sur la nouvelle cotation des sages-femmes laisse à espérer une cotation de la CPC pour tous les praticiens.

8.2 Côté patient

Cinq experts indiquent que la population devrait être informée et sensibilisée sur l'existence de la CPC. E10 nous informe qu'il est financièrement impossible que l'INPES consacre une campagne de prévention sur ce seul thème mais qu'il peut l'inscrire au sein d'une campagne de prévention périnatale. Nous avons tenté de joindre l'INPES pour comprendre leur démarche mais sans succès.

Aujourd'hui, il semble donc que seuls les praticiens ont l'opportunité de sensibiliser leurs patientes.

Le planning familial est cité une fois comme relai entre la population et les professionnels de santé pour faire connaître la CPC. Le planning familial dispose des compétences pour pratiquer la CPC même si malheureusement aujourd'hui ce n'est pas le cœur de son activité.

E2 propose que certains thèmes soient abordés à l'école ou lors de cours de Sciences de la Vie et de la Terre. En effet, il nous semble judicieux de responsabiliser les enfants sur l'intérêt d'un bon équilibre alimentaire et la pratique d'un sport, mais aussi l'importance des vaccins. Il serait intéressant d'analyser les répercussions des messages de prévention délivrés pendant l'enfance sur le comportement adulte.

Conclusion

La consultation préconceptionnelle devrait être le pilier de la prévention primaire et secondaire en obstétrique. La diversité de ses actions amène chaque professionnel de santé à s'impliquer dans la protection et la promotion de la santé maternelle et infantile. Malgré la preuve de son efficacité, la consultation préconceptionnelle reste encore peu réalisée.

Idéalement, cette consultation devrait être proposée à chaque couple ayant un projet parental. La réalité bien différente amène à penser que les professionnels de santé et la population ne sont pas suffisamment sensibilisés. En attendant cette prise de conscience collective il faut toujours profiter des consultations de gynécologie ou de médecine générale pour délivrer des messages de prévention et pratiquer des soins de prévention.

De par ses nouvelles compétences, la sage-femme devrait devenir le professionnel de premier recours en matière de santé préconceptionnelle physiologique. La sage-femme est décrite comme le professionnel délivrant des messages de prévention, des informations et tenant un rôle de pivot en orientant les femmes. Actuellement, le public voire même les professionnels de santé ignorent encore les compétences de la sage-femme. Pour plus de reconnaissance, il est nécessaire que la sage-femme s'impose complètement dans une stratégie de santé publique et qu'elle défende ses compétences. Les sages-femmes françaises peuvent s'inspirer de leurs consœurs australiennes qui détiennent l'obstétrique et la gynécologie physiologique grâce aux actions politiques menées et aux études publiées.

Enfin, la création du premier congrès Européen « Preconception care » en 2010 et la revalorisation du métier de sage-femme devraient conduire au développement de la consultation préconceptionnelle et à sa pratique par la sage-femme. Le mot de la fin sera pour William Shakespeare qui dit « Le sage ne s'afflige jamais des maux présents, mais emploie le présent pour en prévenir d'autres ».

Bibliographie

1. 1st European Congress. Preconception Care and Preconception Health. 2010 oct.
2. OMS. Pour un développement optimal du fœtus- Rapport d'une consultation technique. 2006.
3. POUJADE O. Intérêts de la consultation préconceptionnelle. Réalités en Gynécologie-Obstétrique. 2008 oct. (133).
4. DOUGLAS WILSON R. Principes de tératologie humaine: Expositionaux médicaments, aux produits chimiques etaux agents infectieux. JOGC. 2007 nov;(199):918–26.
5. Le CRAT. Etat des connaissances sur l'imagerie médicale et la radiothérapie en cours de grossesse. 2011 mars.
6. CONSO F. Salariées enceintes exposées à des substances toxiques pour le développement foetal. Surveillance médicale. Pratiques et déontologie. 2005. 12.
7. DE SAINT POL T. L'obésité en France: les écarts entre catégories sociales s'accroissent. INSEE.
8. GARDINER PM. The clinical content of preconception care: nutrition and dietary supplements. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2008 déc;1996, (Supplement B):S345–56.
9. DOUGLAS WILSON R. Pre-conceptional Vitamin/Folic AcidSupplementation 2007: The Use of Folic Acid inCombination With a Multivitamin Supplementfor the Prevention of Neural Tube Defects andOther Congenital Anomalies. SOGC. 2007 déc;(201):1003–13.
10. ROBENSTEIN S. Est-ce sans danger pour mon bébé?Risques et recommandations concernant l'usage de médicaments, d'alcool, de tabac et d'autres droguespendant la grossesse et l'allaitement. 2003.
11. GERSON M. Tabac et grossesse: les points-clés de la conférence de consensus. Médecine. 2006 mai. 2(5):215–6.
12. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: A US Public Health Service report. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff, and Consortium Representatives. JAMA. 2000 juin;283(24):3244–54.
13. HAWTHORNE G. Preconception care in diabetes. Seminars in fetal and neonatal medicine. 2005 Aout;10(4):325–32.
14. HAS. Éducation thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. 2007 juin.

15. CARON. Thyroïde et grossesse. Médecine clinique. 2011 janv;endocrinologie et diabète(50).
16. RAYNAL P. La consultation préconceptionnelle. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2010 Aout;38(7-8):481–5.
17. MANDELBROT L. Consultations préconceptionnelles. EMC. 2009.
18. Faculté de médecine de Strasbourg. Prévention des risques foetaux: médicaments. 2004 2005.
19. DOUGLAS WILSON R. Principes de tératologie humaine: expositionaux médicaments, aux produits chimiques etaux agents infectieux.
20. GIRAUD-LE GOLVET A. Le paradoxe de la consultation préconceptionnelle. [Reims]: Médecine; 2010. 76 p.
21. HAS. Comment dépister la syphilis en 2007? 2007 juin.
22. HAS. Surveillance sérologique et prévention de latoxoplasmose et de la rubéole au cours de lagrossesse. 2009 févr.
23. MARTINEZ DE TEJADA B. The clinical content of preconception care: infectious diseases in preconception care. AJOG. 2009 juin;201(4).
24. VIH, grossesse et procréation médicalement assistée - SIDA/Sciences <http://sidasciences.inist.fr/?VIH-grossesse-et-procreation>.
25. FLORET D. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. INVS. 2011 mars.
26. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Plan interministériel de lutte contre les violences faites aux femmes 2011/2013. 2011;79.
27. JOHNSON K. Recommendations to improve preconception health and health care-United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. MMWR Recomm Rep. 2006 avr 21;55(RR-6):1–23.
28. Définition du terme counseling: <http://www.counselingvih.org/fr/definition/definitions.php?langue=fr>.
29. ELSINGA J. The Effect of Preconception Counselling on Lifestyle and Other Behaviour Before and During Pregnancy. Women's Health Issues. 2008 déc;18(6):117–25.
30. LANSAC J. Communiqué de presse. Pour une consultation av. CNGOF. 2007 oct;2.
31. NIZARD J. Examen prénuptial. 2005.
32. HAS. Projet de grossesse:informations, messages de prévention,examens à proposer. Service des bonnes pratiques professionnelles. 2009 sept.
33. SUMMERS L. Preconception care.An opportunity to maximize health in pregnancy. Journal of Nurse-Midwifery. 1993 Aout;38(4):188–98.

34. DELVOYE P. La consultation préconceptionnelle.
35. GIRIN F. Santé préconceptionnelle en médecine générale: connaissances et souhaits des patientes. Médecine; 2009. 52 p.
36. COUR DES COMPTES. Le rôle de la sage-femme dans le système de soins. Synthèse Sécurité Sociale 2011. 2011.
37. VAN HEESCH P. Dutch community midwives' views on preconception care. Midwifery. 2006 juin;22(2):120–4.
38. OMS. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. 1978 sept.
39. OMS Europe. Charte d'OTTAWA - Promotion de la santé. 1986 nov.
40. Loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». 2009 juin.
41. EVIN C. L'Ile-de-France: ses caractéristiques et la mise en place de l'ARS. 2011 mars.
42. BOUCHET C. Eclairage sur la prévention, l'éducation à la santé, la promotion de la santé et leurs conditions d'efficacité. 2000 oct;36.
43. LORTO V. Formation en éducation pour la santé. Santé en action. 2009;100.
44. OMS Europe. L'éducation thérapeutique du patient. 1998.
45. HAS. Education thérapeutique du patient. Définition, finalités et organisation. 2007 juin;8.
46. DECCACHE A. Former les soignants à l'éducation thérapeutique des patients : que peut changer un programme ? Education thérapeutique du patient. 2009;1(1):10.
47. SAOUT C. Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. 2008.
48. STRADY K. Place des sages-femmes dans la prévention vaccinale en périnatalité. La Revue Sage-Femme. 2009 déc;8(6):329–33.
49. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Programme national nutrition santé. 2011.
50. Charte de Toronto pour l'activité physique: un appel mondial à l'action.
51. GUINHOUYA BC. Le conseil en activité physique dans le cadre des soins primaires - Aperçu de la méthode des «5A». Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education. 2010;2(2):11.
52. HARVEY T. La consultation préconceptionnelle: nouveau concept? Effet de mode? Besoin de santé publique? Revue de médecine périnatale. 3(3):119–23.
53. FREY KA. The clinical content of preconception care: preconception care for men. Am. J. Obstet. Gynecol. 2008 déc;199(6 Suppl 2):S389–95.

54. BETHMANN O de. A propos de la médicalisation de la grossesse. *Journal de pédiatrie et de puériculture*. 2007;20(1):52–3.
55. CASFF. Référentiel métier et compétences des sages-femmes. 2010 janv.
56. THOMPSON. The International Confederation of Midwives essential competencies for basic midwifery practice. An update study: 2009-2010. *Midwifery*. 2011 août;27(4):399–408.
57. HOMER CSE. The development of national competency standards for the midwife in Australia. *Midwifery*. 2007 déc;23(4):350–60.
58. JUILHARD J-M. Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement - Rapports publics - La documentation Française 2010 janv. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/104000029/index.shtml>.
59. CHENG D. Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception*. 2009 mars;79(3):194–8.
60. LE FUR P. Le temps de travail des médecins généralistes. IRDES. 2009 juill;Questions d'économie de la santé(144):8.
61. LE PEN C. La prévention entre rhétorique et calcul. CES. 2010 déc.
62. HAMMICK M. Learning in interprofessional teams: AMEE Guide no 38. *Med Teach*. 2009 janv;31(1):1–12.

Annexe I : Plaquette du réseau Paris-nord

Cette plaquette illustre l'implication du réseau Paris-nord dans la consultation préconceptionnelle.



Titre et Résumé

Titre : Consultation préconceptionnelle et la sage-femme

Contexte : la prise en charge de la santé préconceptionnelle est devenue indispensable dans la prévention de la santé maternelle et infantile. Son objectif est de dépister, analyser et traiter les situations présentant un risque potentiel pour une grossesse à venir chez une femme en âge de procréer.

Méthodes : 14 entretiens d'experts (médecins, sages-femmes, pharmacien) ont été réalisés sur la base d'un questionnaire semi-directif traitant de la place de la consultation préconceptionnelle en santé publique et le rôle à jouer par la sage-femme.

Résultats : 92% des experts affirment que la consultation préconceptionnelle s'inscrit dans une démarche de santé publique. Les rôles de la sage-femme définis sont : la physiologie, la délivrance d'informations et de messages et un rôle d'orientation. Actuellement, la sage-femme n'est pas encore considérée comme l'interlocuteur de premier ordre.

Conclusion : Grâce à ses nouvelles compétences et la diminution du nombre de médecins, la sage-femme sera dans l'avenir l'acteur de premier recours pour toute préparation préconceptionnelle.

Mots-clés :

Prise en charge préconceptionnelle, infirmière sage-femme, éducation du patient comme sujet, Prévention primaire, compétence professionnelle, profession de sage-femme.

Title and Abstract

Title: Midwife and preconception care

Background: Preconception advice and guidance is now essential in managing maternal and child health. The objective is to detect any potential risks in future pregnancies in women of childbearing age and to deal with them.

Method: 14 interviews with experts (doctors, midwives, pharmacists) were conducted on the basis of a semi-structured questionnaire concerning the role of preconception consultations in public health and the future role of the midwife. Currently the midwife is not considered as the primary contact.

Results: 92% of the responses agreed that preconception advice is a part of a public health approach. The role of the midwife is defined as the physiology (of pregnancy), delivering information, and offering guidance.

Conclusion: As a result of new and enhanced skills in midwifery and the reduction in the number of doctors the midwife will be in future the primary agent for all preconception advice and guidance.

Keywords: Preconception care, nurse midwife, patient education as topic, primary prevention, professional competence, midwifery.