AIX MARSEILLE UNIVERSITE

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

LA CONSULTATION PRECONCEPTIONNELLE :

Les femmes sont-elles suffisamment informées de son existence et de son intérêt ?

THE PRECONCEPTIONAL CONSULTATION:

Are the women enough informed about its existence and its interest?

Présenté et publiquement soutenu devant l'Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

Le 28 avril 2016

Par

WELLELE-ROSTAND Ludivine

Née le 01 mai 1992

À Aubagne

Pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Directeur de mémoire : COURBIERE Blandine Maître de Conférences en Gynécologie- Obstétrique – Praticien Hospitalier, Pôle Femmes-Parents-, Assistance-Publique des Hôpitaux de Marseille

Aix Marseille Université

Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

LA CONSULTATION PRECONCEPTIONNELLE :

Les femmes sont-elles suffisamment informées de son existence et de son intérêt?

THE PRECONCEPTIONAL CONSULTATION:

Are the women enough informed about its existence and its interest?

WELLELE-ROSTAND Ludivine

Née le 01 mai 1992

À Aubagne

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'état de Sage-Femme

Année universitaire 2015-2016

☐ **Validation session juin 2016**

Mention :

☐Félicitations du jury

☐Très bien

☐Bien

☐Assez bien

☐Passable

☐ **Validation session septembre 2016**

Visa de l'école

REMERCIEMENTS

MERCI,

À Blandine COURBIERE ma directrice de mémoire. Sa disponibilité, son aide précieuse tout au long de ce travail m'ont permis de réaliser cette étude.

À toutes les femmes qui ont accepté de participer à cette étude.

À Claire HERMAN, Violette BOURDERIONNET et Emmanuelle LESIEUR, qui m'ont permis de recueillir quelques questionnaires supplémentaires.

À Aurore, Marion et Pauline, à mes amis et à Bastien, d'avoir été présents à mes cotés.

À mes copines de promotion qui m'ont permis de partager des instants uniques même dans les moments difficiles.

À ma famille pour son soutien infaillible durant toutes ces années d'études.

AVANT PROPOS

Ce mémoire article a été rédigé dans l'objectif d'être soumis à une publication.

Les règles d'écriture correspondant au Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, expliquent l'écriture synthétique de ce mémoire.

RÉSUMÉ

But : (*i*) étudier l'état des connaissances des femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse sur les informations et messages préconceptionnels de prévention, (*ii*) identifier les sources d'information utilisées par les femmes, (iii) étudier l'incidence de la réalisation de la consultation préconceptionnelle, sur les modifications des habitudes de vie.
Matériels et méthodes : Enquête transversale descriptive de mai 2015 à octobre 2015, réalisée par un autoquestionnaire distribué aux femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse dans le pôle Femmes-Parents-Enfants du CHU de Marseille.
Résultats : Sur les 115 femmes interrogées, 60% des femmes (n = 69) n'avaient pas consulté en période préconceptionnelle. Sur les 46 femmes ayant bénéficié d'une consultation préconceptionnelle, 18,3 % (n = 21) avaient consulté de leur propre initiative et 21,7% (n = 25) avaient consulté en raison d'une infertilité. Sur ces 115 femmes, 51,3% (n = 59) des femmes signalaient qu'elles avaient été informées de l'intérêt d'une consultation préconceptionnelle, mais seules 78 % d'entre elles (n = 46) ont effectivement consulté. Le corps médical semble être une source d'information minoritaire par rapport à internet, les medias et l'entourage concernant l'information donnée sur les risques des toxiques pendant la grossesse.
Conclusion : Bien que l'HAS recommande la consultation pré-conceptionnelle, elle n'est cependant pas obligatoire et les femmes semblent encore mal informées de l'intérêt de consulter avant un projet de grossesse.

Mots clefs : Consultation préconceptionnelle, prévention primaire, information, toxiques.

ABSTRACT

Objectives: (*i*) to establish state of knowledge about information and prevention messages intended to pregnant women in their first trimester, (*ii*) to identify source of information used by women, (*iii*) to study incidence of preconception consultation and its impact on lifestyle modifications.
Methods: A descriptive transversal survey has been conducted from May 2015 to October 2015. Pregnant women in their first trimester from a French Gynecology-Obstetric Department completed a self-report questionnaire.
Results: Among the 115 women composing the sample, 60% (n = 69) report not having consult during the preconception period. Among 46 women having at least one consultation during this period, 18.4% (n = 21) went on their own initiative and 21.7% because of an infertility problematic. 51.3% of the total sample (n = 59) report having been informed of beneficial effects of these consultations, while only 78% of them made use of it. Medical professionals seem to be a poor information provider about toxicity risks during pregnancy comparing to Internet, Medias and relatives.
Conclusion: Even if HAS recommends preconception consultation, it is not mandatory and mothers-to-be seem to have lack of information about its interest.

Keywords: preconception consultation, primary prevention, information, toxicity

SOMMAIRE

INTRODUCTION ……..…...……1

MATÉRIEL ET MÉTHODE ……...2

RÉSULTATS ……...4

Caractéristiques de la population ……....4

La consultation préconceptionnelle …….5

Consommation de toxiques ……....5

Règles hygiéno-diététiques, supplémentation vitaminique ……..…6

Prévention contre les maladies infectieuses ……6

Impact de la consultation préconceptionnelle ……..……7

DISCUSSION ……..…….……...9

CONCLUSION ……..14

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

La consultation préconceptionnelle a remplacé la consultation prénuptiale, qui était obligatoire jusqu'en 2007. En effet, près d'un enfant sur deux nait actuellement hors mariage et la consultation prénuptiale ne s'adressait ainsi plus à tous les couples ayant un projet parental [1]. La consultation préconceptionnelle n'a pas été rendue obligatoire mais est encadrée par des recommandations émanant de la Haute Autorité de Santé [2].

Elle a pour but de délivrer des messages d'information, de prévention et d'identifier des risques afin de prévenir les complications maternelles, obstétricales, fœtales et néonatales [3]. Cette consultation peut être réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue obstétricien ou une sage-femme.

La majorité des malformations congénitales surviennent durant l'organogénèse, entre les 17ème et 56ème jours de grossesse (Annexe I). C'est une période durant laquelle de nombreuses femmes ignorent leur grossesse. La consultation préconceptionnelle a ainsi un rôle de prévention primaire important pour éviter l'exposition périconceptionnelle à des agents reprotoxiques et à des agents infectieux et a un intérêt de santé public majeur pour la femme et le couple. La période pré et périconceptionnelle est aussi une période propices aux changements de vie. Dans les pays comme la Hongrie ou les Etats-Unis [4,5], où la consultation préconceptionnelle est davantage réalisée, l'application des recommandations a prouvé son intérêt dans l'amélioration de nombreux facteurs (baisse du taux de prématurés, réduction des petits poids pour l'âge gestationnel, augmentation de la prévalence des macrosomes, diminution de certaines anomalies congénitales comme les anomalies de fermeture du tube neural, pathologies cardiovasculaire) [4,6, 7]. Une bonne information préconceptionnelle des femmes en âge de procréer pourrait permettre d'améliorer la morbidité maternelle, obstétricale, fœtale et néonatale.

Quelles sont les connaissances des femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse, sur les informations et messages de prévention préconceptionnels ? Quelle est l'influence de la consultation préconceptionnelle sur leurs habitudes de vie ?

L'objectif de notre étude a été d'évaluer les informations perçues par des femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse quant aux messages de prévention dont elles auraient bénéficié en période préconceptionnelle.

Nous avons ainsi (*i*) étudié l'état des connaissances des femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse sur les informations et messages préconceptionnels de prévention, (*ii*) cherché à identifier les sources d'information utilisées par celles-ci, (iii) puis nous avons étudié l'incidence de la réalisation de la consultation préconceptionnelle, sur les modifications des habitudes de vie.

MATERIELS ET METHODES

Nous avons mené une enquête prospective descriptive multicentrique entre mai 2015 et octobre 2015 auprès de femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse. Le recrutement s'est fait au sein du pôle Femmes-Parents-Enfants du CHU de Marseille, qui comporte deux sites de centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal : l'hôpital de la Timone et l'hôpital Nord. Le projet a été soumis au préalable au Comité d'Ethique de le Recherche en Obstétrique et Gynécologie (Annexe II). Les femmes ont été recrutées au décours d'une consultation prénatale ou d'une échographie du premier trimestre, après information orale et écrite sur les modalités de l'étude. Leur consentement a été recueilli par écrit.

Un autoquestionnaire anonyme a été élaboré à partir des recommandations préconceptionnelles de l' HAS. Il comportait 36 items dont 31 questions fermées (Annexe III). Une pré-étude sur 5 patientes a permis de tester le questionnaire afin

d'améliorer la formulation des questions. Certaines caractéristiques cliniques ont été demandées: âge, taille, poids, niveau d'étude, profession (classification INSEE), nombre de grossesses antérieure, nombre de fausses couches antérieure, temps d'obtention de la grossesse, caractère spontané de la grossesse, réalisation de la consultation préconceptionnelles, consommation de tabac, alcool, cannabis, l'arrêt de ces toxiques, la prise de vitamine et/ou acide folique, la réalisation d'un régime, la pratique de l'automédication, la présence de traitement au long court, le statut immunitaire concernant la toxoplasmose, la rubéole, la varicelle, le VIH, VHB, VHC, la réalisation du groupe rhésus, le calendrier vaccinal et sa mise à jour. Afin d'étudier si la réalisation de la consultation préconceptionnelle entrainait chez les femmes des modifications de leur mode de vie, deux groupes ont été comparés : les femmes n'ayant pas réalisé la consultation préconceptionnelle et celles l'ayant réalisée. Nous avons exclu pour cette comparaison les femmes ayant fait la consultation préconceptionnelle pour infertilité. Nous avons estimé que les difficultés d'obtention de la grossesse représentaient un biais chez des femmes sont plus enclines à suivre l'ensemble des recommandations préconceptionnelles.

Le recueil de données anonymisées a été réalisé avec le logiciel Excel. L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel PASW Statistics software version 17.0.2. (IBM SPSS Inc., Chicago, IL)., par des tests de Khi-deux et un Test exact de Fisher. Les variables quantitatives ont été décrites en moyenne +/- écart-type. Les variables qualitatives ont été décrites en nombre de patientes et en pourcentage. Les données ont été considérées comme significatives pour $p \leq 0,05$

RESULTATS

Au total, 118 femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse ont rempli les questionnaires. L'analyse a porté sur 115 questionnaires car 3 questionnaires ont été exclus en raison de réponses incomplètes.

Caractéristiques de la population

La moyenne d'âge des femmes était de 28,8 ans $\pm$ 5,8 ans. L'âge minimum était de 18 ans et l'âge maximum de 42 ans. L'indice de masse corporelle (IMC) moyen était de 24,7 $kg \cdot m^{-2}$ $\pm$ 4,90. L'IMC maximum était de 44,9 $kg \cdot m^{-2}$ et le minimum à 17 $kg \cdot m^{-2}$. Concernant le niveau d'étude des 115 femmes interrogées, 37,4% (n = 43) avait un niveau inférieur au bac, 24,3% (n = 28) avaient un niveau bac, et 34,8% d'entre elles (n = 40) avaient un niveau d'étude compris entre bac+1 et bac+5. Parmi ces femmes, 3,5 % (n = 4) avaient un niveau d'étude supérieur au bac +5.

Concernant les catégories socioprofessionnelles, 50,4 % des femmes (n = 58) étaient inactives, 11,3 % (n = 13) étaient ouvrières, 20 % (n = 23) étaient employées, 12,2% (n = 14) avaient une profession intermédiaire, 4,4 % (n = 5) étaient cadres ou professions intellectuelles supérieures, 1,7 % (n = 2) étaient artisans, commerçantes ou chefs d'entreprise.

Parmi les 115 femmes, 49,6% (n = 57) étaient nullipares la gestité moyenne était de 1,8 $\pm$ 1 grossesses. Parmi ces femmes, 77,4% (n = 89) n'avaient jamais eu de fausses-couches, 17,4 % (n = 20) avaient eu un antécédent de fausse-couche, 5,2 % (n = 6) femmes avaient eu $\geq$ 2 fausses-couches.

La grossesse avait été obtenue spontanément entre 1 et 12 mois dans 86 % des cas (n = 99) ; 14 % (n = 16) des femmes enceintes avaient bénéficié d'une technique d'assistance médicale à la procréation (AMP) : stimulation de l'ovulation, insémination

intra-utérine, fécondation in vitro. Le délai moyen pour concevoir avait été de 7,9 $\pm$ 14 mois.

La consultation préconceptionnelle

Sur les 115 femmes interrogées, 60% des femmes (n = 69) n'avaient pas consulté en période préconceptionnelle. Sur les 46 femmes ayant bénéficié d'une consultation préconceptionnelle, 18,3 % (n = 21) avaient consulté de leur propre initiative et 21,7% (n = 25) avaient consulté en raison d'une infertilité. Sur ces 115 femmes, 51,3% (n = 59) des femmes signalaient qu'elles avaient été informées de l'intérêt d'une consultation préconceptionnelle, mais seules 78 % d'entre elles (n = 46) ont effectivement consulté. Les sources d'informations provenaient dans 40,7% des cas de l'entourage (n = 24), mais aussi des professionnels de santé (23,7% des médecins généralistes (n = 14), 27,1% des gynécologues (n = 16), 3,4% des sages-femmes (n = 2). La source d'information venait d'internet et des médias dans 13,6% (n = 6) et 10,2% (n = 8) des cas.

Consommation de toxiques

Parmi les femmes interrogées, 77,4 % (n= 89) ne fumaient pas de tabac avant la grossesse. Parmi les 26 femmes qui fumaient avant la grossesse, 9 ont arrêté au cours du 1er trimestre de grossesse. Concernant la consommation de cannabis, 94 % (n = 108) des femmes déclaraient ne pas consommer de cannabis avant la grossesse. Parmi les 7 femmes ayant une consommation avant la grossesse, 6 ont arrêté au cours du 1er trimestre. Concernant la consommation d'alcool, 84,3% (n = 97) des femmes ont déclaré ne pas consommer d'alcool avant la grossesse. Sur les 18 femmes qui

déclaraient une consommation d'alcool, 2 femmes ont déclaré avoir eu une consommation d'alcool au 1er trimestre.

Règles hygiéno-diététiques, supplémentation vitaminique

Une prescription médicale d'acide folique en préconceptionnel avait été faite chez 25,2% (n = 29) des femmes. Une supplémentation avait été prise par 4,3 % des femmes (n = 5) en dehors d'une prescription médicale pré-conceptionnelle.

Parmi les 41 femmes ayant un IMC > 25, 56,1% (n = 23) avaient reçu des conseils pour perdre du poids. L'automédication avant la grossesse concernait 40,9% (n = 47) des femmes (7% souvent, 12,2% parfois, 21,7% rarement). Les types de médicaments étaient majoritairement du paracétamol (n = 39), du phloroglucinol (n = 13), et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (n = 5).

Chez les 14,8% (n = 17) des femmes qui avaient un traitement au long court, 82,4% d'entre elles (n = 14) avaient consulté avant de débuter leur grossesse pour adapter leur traitement et préparer la grossesse.

Prévention contre les maladies infectieuses

Parmi les 46 femmes qui déclaraient avoir bénéficié d'une consultation préconceptionnelle celles-ci déclaraient que les sérologies auraient été réalisées en préconceptionnel pour la toxoplasmose dans 50% des cas (n = 23), pour la rubéole dans 47,8% des cas (n = 22) 45,7% pour les sérologies du VIH, VHB, VHC, syphilis dans 45,7 % des cas (n = 21), et pour la varicelle dans 8,7 % des cas (n = 4) . Le groupe sanguin Rhésus aurait été déterminé en préconceptionnel dans 47,8% des cas (n = 22).Concernant la vaccination, 68,7% des femmes (n = 79) se savaient immunisées contre la rubéole, 56,5% contre la coqueluche (n = 65) et 7,8% (n = 9) contre la grippe.

Concernant la varicelle, 68,7% des femmes se savaient immunisées (n= 79). Les rappels des vaccins avaient été faits chez le médecin généraliste chez 46,1% (n =53) des femmes, dans le cadre de la médecine du travail pour 15,7% (n =18) et dans 1,7% des cas (n = 2) à l'occasion de la consultation préconceptionnelle.

Impact de la consultation préconceptionnelle sur le mode de vie

L'âge et l'indice de masse corporelle ne semblaient pas avoir de relation avec la réalisation de la consultation préconceptionnelle. Nous avons observé une corrélation entre le niveau d'étude et la réalisation de la consultation préconceptionnelle (p=0,05).

L'exercice d'une activité professionnelle ne semblait pas, dans cette cohorte, déterminant sur la réalisation de la consultation : 76,5% des femmes ne travaillant pas (n = 39) et 76,9% des femmes travaillant (n = 30) n'avaient pas réalisé la consultation. Il n'était pas retrouvé de signification entre la parité et la réalisation de la consultation préconceptionnelle. Parmi les 46 femmes nullipares, 73,9 % (n = 34) n'avaient pas eu de consultation préconceptionnelle.

Nous n'avons pas observé que la réalisation de la consultation préconceptionnelle ait un effet particulier sur l'arrêt des toxiques, tel que le tabac, l'alcool et le cannabis. Concernant le cannabis, sur les 5 femmes ayant arrêté leur consommation pendant la grossesse, 3 n'avaient pas bénéficié d'une consultation préconceptionnelle. Pour l'alcool, parmi les 16 qui avaient arrêté leur consommation, 6 seulement avaient consulté en préconceptionnel. Concernant la consommation de tabac, même si statistiquement la corrélation n'a pas été démontrée, parmi les 9 femmes qui avaient arrêté leur consommation, 6 avaient réalisé la consultation préconceptionnelle. Parmi les 16 femmes n'ayant pas arrêté de fumer, 4 avaient bénéficié d'une consultation.

Concernant les risques liés à la consommation de toxiques (tabac, alcool, cannabis), l'information avait été trouvée en premier via internet (pour l'alcool chez 48% (n = 24), pour le tabac chez 47,3% (n = 35), pour le cannabis chez 44,7% (n = 21)). et les médias (pour l'alcool chez 50% (n = 25), pour le tabac chez 59,5% (n = 44), pour le cannabis chez 51,1% (n = 24)) . L'entourage était la source d'information dans 46% (n = 23) des cas pour l'alcool, dans 39,2% (n=29) des cas pour le tabac et dans 44,7% (n=21) des cas pour le cannabis. La source d'information provenait de façon minoritaire des professionnels de santé : les médecins généralistes étaient concerné dans 12% de (n = 6) pour l'alcool, dans 10,8% (n=8) pour la tabac et dans 10,6% (n=5) pour la cannabis. Le gynécologue était cité dans 10% de (n = 5) pour l'alcool, dans 8,1% (n=6) pour la tabac et dans 6,4% (n=3) pour la cannabis. Enfin la sage-femme était cité comme source d'information dans 4% de (n = 2) pour l'alcool, dans 4,1% (n=3) pour la tabac et dans 4,3% (n=2) pour la cannabis.

La réalisation de la consultation préconceptionnelle a montré une influence statistiquement significative sur la prescription d'acide folique ($p<0,0005$). Il n'a pas été mis en évidence de relation entre la réalisation de la consultation préconceptionnelle et l'adoption d'un régime alimentaire en préconceptionnel. Les sources d'information concernant l'intérêt du régime, étaient en majorité l'entourage pour 60,4% (n = 29) puis les gynécologues obstétriciens pour 27,1% d'entre elles (n = 13). Internet était cité dans 8,3% des cas (n=4) et les médias dans 6,3% des cas (n=3).

Les 17 femmes ayant un traitement au long cours pour une maladie chronique ont plus bénéficié d'une consultation préconceptionnelle, avec 64,7 % d'entre elles (n = 11) qui avaient consulté.

DISCUSSION

Notre étude a montré dans une population de femmes enceintes que seule 40 % d'entre elles auraient bénéficié d'une consultation préconceptionnelle. D'autre part, il apparait que le corps médical semble être une source d'information minoritaire par rapport à internet, les medias et l'entourage concernant l'information donnée sur les risques des toxiques pendant la grossesse.

Cette enquête menée auprès des femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse n'est évidemment pas exhaustive et souffre d'un biais de mémorisation, puisque les données colligées étaient uniquement déclaratives et la réalisation ou non d'une consultation préconceptionnelle avec la prescription des sérologies, l'information donnée ou non sur les règles hygiéno-diététiques n'a pas été vérifiée sur les dossiers médicaux. Cependant, il est toujours intéressant de s'intéresser à ce que les femmes ont retenues de leurs diverses consultations montrant ainsi une différence entre l'information donnée et l'information perçue. Concernant l'impact d'une consultation médicale pré-conceptionnelle sur le mode de vie des femmes, la petite taille de la cohorte ne nous a pas permis pas d'avoir des résultats statistiquement significatifs sauf concernant la prescription d'acide folique.

On retrouve un biais de sélection dans le choix de la population, qui ne représente pas la population des femmes enceintes Françaises, ni celle des femmes enceintes de Marseille. Notre population étudiée provenait du centre et des quartiers Nord de Marseille et était de bas niveau socioéconomique. Notre taux de femmes inactives s'élevait à 50,4% contre 32% des femmes marseillaises (Données INSEE recueillies sur Marseille en 2012 [8]). En revanche pour les ouvrières, employées et professions intermédiaires, notre échantillon était en accord avec les données recensées par l'INSEE. Cependant, la précarité est un facteur de risque de morbidité obstétricale et néonatal et

la consultation préconceptionnelle dans ce type de population pourrait avoir un impact en terme de prévention [9,10].

L'autoquestionnaire entraine un problème de validité dans notre étude. Outre le biais de mémorisation, il a introduit un biais de compréhension. Pour pallier à ce biais, le questionnaire a été testé en amont, afin de le rendre le plus compréhensible possible. Ainsi seules 3 femmes ont rendu un questionnaire incomplet. Nous avons aussi choisi d'interroger les femmes au 1er trimestre pour diminuer au maximum le biais de mémorisation.

Parmi les 51,3% de femmes qui connaissaient l'intérêt d'une consultation préconceptionnelle, seules 40% l'ont réalisée ; 21,7% d'entre elles l'avaient réalisées pour raison d'infertilité. L'étude de Luton D et al. [11] a montré que parmi les 80,2% de femmes ayant eu une consultation avec un médecin dans les six mois précédents la grossesse, seulement 13,8% avaient planifié leur grossesse durant la consultation. Bien que l'HAS recommande de façon systématique cette consultation, elle n'est cependant pas obligatoire et les femmes sont probablement mal informées actuellement de l'intérêt de consulter avant un projet de grossesse, faute de l'absence de campagne de Santé Publique qui aurait pu être faite dans ce sens auprès de la population. Les sources d'information concernant la consultation préconceptionnelle, dans notre étude provenaient essentiellement d'internet, des medias et de l'entourage. Il n'existe ainsi que très peu de contrôle médical concernant les informations données et perçues, avec un risque de transmission d'informations fausses. L'étude de Mazza et Chapman [12] a montré qu'au plus les femmes étaient informées, au plus elles s'impliquaient dans les soins préconceptionnels avec une grande volonté « d'optimiser » leur santé pour préparer la grossesse. L'étude de Hillemeier et al. [13] a montré que les femmes ayant fait des études plus longues ont une meilleure implication dans leur propre santé

préconceptionnelle. Ces résultats sont retrouvés dans notre étude, où un lien a été mis en évidence entre le niveau d'étude et la réalisation d'une consultation préconceptionnelle. La consultation préconceptionnelle et les mesures de prévention sont pourtant primordiales chez les femmes ayant un moins bon accès à l'information et souvent plus exposées à des risques pour la grossesse du fait d'une plus grande prévalence de l'obésité, de la consommation de toxiques, des maladies infectieuses dans les bas niveaux socio-économique [15].

Dans notre étude, les femmes semblaient être informées pour la majorité d'entre elles sur les dangers liés à la consommation de toxiques, tels que le tabac, l'alcool et le cannabis pendant la grossesse. Cependant, elles n'arrêtaient pas toutes leur consommation durant la grossesse, cet exemple témoignant qu'une information transmise et perçue n'est pas toujours une information ayant un impact sur une habitude [15]. Ce type de constat doit faire réfléchir le corps médical sur l'intelligibilité et la pertinence de l'information transmise, ainsi que sur les moyens d'informations qui sont actuellement utilisés.

Parmi les 41 femmes en surpoids, seulement 53,7% d'entre elles (n=22) avaient envisagées un régime en préconceptionnel. L'obésité est associée à des complications en préconceptionnel tel que l'infertilité [16], mais également durant la grossesse avec une la survenue plus fréquente de diabète gestationnel, de prééclampsie, de césarienne [17]. Un régime équilibré et accompagnement personnalisé dès la période préconceptionnelle, permettrait une diminution de la morbidité maternelle et néonatale. . Dans notre population, à peine une femme sur quatre a bénéficié d'une prescription d'acide folique, prescription pourtant recommandée pour la prévention primaire des anomalies de fermeture du tube neural [18,19,20]. En France, en 2010, seulement 40,3 % des femmes ont pris de la vitamine B9 pour leur grossesse mais seulement 24 %

d'entres elles ont pris de l'acide folique à une période où celle-ci est efficace pour la prévention des anomalies congénitales [21]. Il serait ainsi intéressant de comprendre les freins à cette supplémentation en préconceptionnel malgré des preuves scientifiques [12,22,23], une campagne nationale d'information menée par l'INPES [24] et malgré des recommandations nationales bien connues des professionnels de santé.

Le dépistage des maladies virales tel que le VIH et les hépatites B et C, est un point clé de la consultation préconceptionnelle. Les personnes à risque d'infection par le virus de l'hépatite B pourraient être vaccinées en préconceptionnel [25]. Concernant le VIH, un dépistage en préconceptionnel permettrait la mise en place d'un traitement anti-viral afin de diminuer le risque de transmission materno-foetale et le dépistage de l'entourage. Les conséquences d'une varicelle ou d'une rubéole pendant la grossesse peuvent être dramatiques pour la mère et / ou le fœtus [26,27] et sont des maladies « évitables » par une vaccination pré-conceptionnelle. La prévention primaire passe par la consultation préconceptionnelle, avec la vérification du statut immunitaire des femmes en âge de procréer [28].Une vaccination est alors possible en préconceptionnel bien qu'il soit demandé un délai avant de concevoir de 3 mois en cas de vaccin par virus vivants atténués (varicelle, rubéole). Dans notre étude, bien qu'au 1er trimestre de grossesse, les femmes ne connaissaient pas toutes leur statut sérologique, et ne savaient pas, pour certaines d'entre elles, si leur calendrier vaccinal était à jour. Notre étude a noté la place importante du médecin traitant dans la prévention, car près d'un rappel vaccinal sur deux avait été réalisé par le médecin traitant. Il est fréquent qu'une femme ne consulte un gynécologue ou une sage-femme qu'une fois la grossesse déjà obtenue. Ainsi, la consultation préconceptionnelle doit être promue auprès des médecins traitants qui suivent souvent leurs patientes depuis plusieurs années.

La période embryonnaire correspond à une période ou le risque malformatif et tératogène est le plus élevé. Concernant l'automédication, 40,9% des femmes déclaraient dans notre étude avoir recours à des prises de médicaments sans ordonnance. Les femmes ayant des pathologies nécessitant des traitements chroniques semblaient, dans notre étude, bien sensibilisées à l'importance d'une consultation préconceptionnelle. L'étude de Hillemeier MM [13] et al. avait observé que les femmes atteintes de cardiopathies, de diabète ou autres pathologies chroniques étaient associées à une meilleure prise en charge préconceptionnelle.

Notre étude est en accord avec la littérature qui montre des freins de la part des femmes et du corps médical concernant la réalisation de la consultation préconceptionnelle. L'étude de Mazza et al. [12] mettait en évidence certains obstacles comme un manque de transmission d'informations reconnu de la part des médecins, notamment des médecins généralistes qui manquent de temps pour aborder tous les éléments du bilan préconceptionnel en consultation. Ce manque de temps est d'autant plus présent dans les déserts médicaux. Dans cette étude, les femmes s'estimaient suffisamment informées sur le sujet et ne ressentaient pas le besoin d'être plus informées. Elles estimaient que la période préconceptionnelle est associée à la survenue d'une grossesse qui est un évènement naturel, qui n'a pas besoin d'être surmédicalisé par une consultation préconceptionnelle.

Il est ainsi primordial d'informer le corps médical et les femmes que la consultation préconceptionnel est un outil important de prévention primaire, qui permettrait de diminuer notamment le taux de prématurité et le risque de faible poids de naissance [6,7]. Différents facteurs peuvent être à l'origine d'une morbidité obstétricale, fœtale et néonatale : la consommation de tabac, d'alcool, l'obésité et la présence de maladies chroniques. Certains facteurs pourraient peut-être être évités en transmettant une

information claire et pertinente aux femmes [23]. Cependant, par exemple concernant les effets nocifs du tabac, bien qu'une information soit donnée et perçue, elle n'est pas toujours suivie d'un changement du mode de vie. Il faut ainsi peut-être repenser les techniques d'information et diversifier les sources d'information. L'académie nationale de médecine, recommandait, dans un rapport de mars 2016, de mettre en place une prévention primaire des risques pour l'enfant à naitre [29], par une information débutée dès l'adolescence, dans les collèges et lycées. Cette information serait transmise par l'intermédiaire de brochures distribuées et expliquées par les professionnels de santé. Delvoye et *al*. [23] a montré que la distribution de posters, de brochures d'information était plus efficace que des spots télévisés.

Nous proposons ainsi d'élaborer une « check list » conforme aux recommandations de l'HAS destinés à aider les professionnels de santé qui réalisent des consultations préconceptionnels (Annexe IV). D'autre part, il faut aussi sensibiliser davantage les futures mères aux bénéfices potentiels de la consultation préconceptionnelle pour elles et leur futur enfant, via par exemple des affiches et des brochures disponibles chez les médecins généralistes, les pharmaciens ; les gynécologues et les sages-femmes ne recevant souvent les patientes qu'une fois déjà enceintes.

CONCLUSION

La consultation préconceptionnelle a prouvé son intérêt majeur en tant que prévention primaire des risques maternels, obstétricaux, fœtaux et néonataux. Elle n'est pas obligatoire mais fortement recommandée par la HAS. Cependant, elle semble encore très peu réalisée dans notre pays. Des obstacles sont identifiés tant du coté des professionnels de santé, que des femmes en âge de procréer. L'information semble être transmise aux femmes mais ces dernières ne semblent pas changer leurs habitudes de

vie. Le niveau d'étude semble être déterminant pour la réalisation de la consultation préconceptionnelle. La politique de prévention pourrait être revue afin d'être plus pertinente et efficace, en particulier auprès des populations précaires plus à risque de morbidité obstétricale et périnatale.

Le médecin généraliste tient une place prépondérante pour la réalisation de la consultation préconceptionnelle, notamment concernant la mise à jour des vaccins. La prescription d'acide folique, malgré son intérêt indiscutable est encore trop faiblement prescrite.

Conflit d'intérêt: Les auteurs ne rapportent pas de conflits d'intérêt en lien avec le sujet de l'article.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Daguet F. La fécondité en France au cours du XXe siècle. 2002 - http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP873.pdf

[2] HAS. Projet de grossesse: consultation préconceptionnelle http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1122036/fr/projet-de-grossesse-consultation-preconceptionnelle

[3] HAS. Projet de grossesse:informations, messages de prévention,examens à proposer. Service des bonnes pratiques professionnelles. 2009 sept. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_argumentaire.pdf

[4] Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al.Recommendations to improve preconception health and health care--United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. MMWR Recomm Rep 2006;55:1–23.

[5] Czeizel AE. Experience of the Hungarian Preconception Service between 1984 and 2010. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2012;161:18–25. doi:10.1016/j.ejogrb.2011.12.019.

[6] Atrash HK, Johnson K, Adams M (Mike), Cordero JF, Howse J. Preconception Care for Improving Perinatal Outcomes: The Time to Act. Matern Child Health J 2006;10:3–11. doi:10.1007/s10995-006-0100-4.

[7] Chandranipapongse W, Koren G. Preconception counseling for preventable risks. Can Fam Physician 2013;59:737–9.

[8] INSEE. Commune de Marseille. Dossier complet. Chiffres clés évolution et structure de la population. http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=COM-13055

[9] Ozguler A, Alfaro C, Bonniaus G, Renders P, Blot P, Brodin M, et al. [Social problems encountered during prenatal care in a Paris maternity ward]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1998;27:389–95.

[10] Neel NR, Alvarez JO. [Risk factors of fetal malnutrition in a group of Guatemalan mothers and neonates]. Bol Oficina Sanit Panam 1991;110:93–107.

[11] Luton D, Forestier A, Courau S, Ceccaldi P-F. Preconception care in France. Int J Gynaecol Obstet 2014;125:144–5. doi:10.1016/j.ijgo.2013.10.019.

[12] Mazza D, Chapman A. Improving the uptake of preconception care and periconceptional folate supplementation: what do women think? BMC Public Health 2010;10:786. doi:10.1186/1471-2458-10-786.

[13] Hillemeier MM, Weisman CS, Chase GA, Dyer A-M, Shaffer ML. Women's preconceptional health and use of health services: implications for preconception care. Health Serv Res 2008;43:54–75. doi:10.1111/j.1475-6773.2007.00741.x.

[14] Günter HH, Scharf A, Hillemanns P, Wenzlaff P, Maul H. [Pregnancies without prenatal care--which women are potentially affected, what are the inherent fetal risks?]. Z Geburtshilfe Neonatol 2007;211:27–32. doi:10.1055/s-2006-942204.

[15] Bouwman LI, Hiddink GJ, Koelen MA, Korthals M, van't Veer P, van Woerkum C. Personalized nutrition communication through ICT application: how to overcome the gap between potential effectiveness and reality. Eur J Clin Nutr 2005;59 Suppl 1:S108–15; discussion S116. doi:10.1038/sj.ejcn.1602182.

[16] Ramlau-Hansen CH, Thulstrup AM, Nohr EA, Bonde JP, Sørensen TIA, Olsen J. Subfecundity in overweight and obese couples. Hum Reprod 2007;22:1634–7. doi:10.1093/humrep/dem035.

[17] Furber CM, McGowan L, Bower P, Kontopantelis E, Quenby S, Lavender T. Antenatal interventions for reducing weight in obese women for improving pregnancy outcome. Cochrane Database Syst Rev 2013;1:CD009334. doi:10.1002/14651858.CD009334.pub2.

[18] De-Regil LM, Fernández-Gaxiola AC, Dowswell T, Peña-Rosas JP. Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects. Cochrane Database Syst Rev 2010:CD007950. doi:10.1002/14651858.CD007950.pub2.

[19] Czeizel AE, Dudás I, Vereczkey A, Bánhidy F. Folate deficiency and folic acid supplementation: the prevention of neural-tube defects and congenital heart defects. Nutrients 2013;5:4760–75. doi:10.3390/nu5114760.

[20] Wilson RD, Johnson J-A, Wyatt P, Allen V, Gagnon A, Langlois S, et al. Pre-conceptional vitamin/folic acid supplementation 2007: the use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. J Obstet Gynaecol Can 2007;29:1003–26.

[21] INSERM. Enquête nationale périnatale 2010 - http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf

[22] Frey KA, Files JA. Preconception healthcare: what women know and believe. Matern Child Health J 2006;10:S73–7. doi:10.1007/s10995-006-0110-2.

[23] Delvoye P, Guillaume C, Collard S, Nardella T, Hannecart V, Mauroy M-C. Preconception health promotion: analysis of means and constraints. Eur J Contracept Reprod Health Care 2009;14:307–16. doi:10.1080/13625180903056123.

[24] INPESS. Folates et désir de grossesse: informer et prescrire au bon moment - http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1430.pdf

[25] Mast EE, Weinbaum CM, Fiore AE, Alter MJ, Bell BP, Finelli L, et al. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Part II: immunization of adults. MMWR Recomm Rep 2006;55:1–33; quiz CE1–4.

[26] Jyoti M, Shirke S, Matalia H. Congenital rubella syndrome: Global issue. J Cataract Refract Surg 2015;41:1127. doi:10.1016/j.jcrs.2015.04.021.

[27] Ferry T, Vial Y, Vaudaux B. [Varicella during pregnancy: consequences for the mother and the newborn]. Rev Med Suisse 2011;7:900–4.

[28] Coonrod DV, Jack BW, Boggess KA, Long R, Conry JA, Cox SN, et al. The clinical content of preconception care: immunizations as part of preconception care. Am J Obstet Gynecol 2008;199:S290–5. doi:10.1016/j.ajog.2008.08.061.

[29] Académie Nationale de Médecine: Prévention des risques pour l'enfant à naitre. Nécessité d'une information bien avant la grossesse.
http://www.orpha.net/actor/Orphanews/2006/doc/Acad-med.doc

[30] Floyd RL, Johnson KA, Owens JR, Verbiest S, Moore CA, Boyle C. A National Action Plan for Promoting Preconception Health and Health Care in the United States (2012–2014). J Womens Health (Larchmt) 2013;22:797–802. doi:10.1089/jwh.2013.4505.

[31] Weisman CS, Hillemeier MM, Downs DS, Feinberg ME, Chuang CH, Botti JJ, et al. Improving Women's Preconceptional Health: Long-Term Effects of the Strong Healthy Women Behavior Change Intervention in the Central Pennsylvania Women's Health Study. Womens Health Issues 2011;21:265–71. doi:10.1016/j.whi.2011.03.007.

[32] Elsinga J, de Jong-Potjer LC, van der Pal-de Bruin KM, le Cessie S, Assendelft WJJ, Buitendijk SE. The effect of preconception counselling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy. Womens

[33] Naimi TS, Lipscomb LE, Brewer RD, Gilbert BC. Binge drinking in the preconception period and the risk of unintended pregnancy: implications for women and their children. Pediatrics 2003;111:1136–41.

[34] Organization WH, others. Pour un développement optimal du foetus: rapport d'une consultation technique 2006.
http://apps.who.int/iris/handle/10665/43494

[35] Bialystok L, Poole N, Greaves L. Preconception care: call for national guidelines. Can Fam Physician 2013;59:1037–9, e435–7.

[36] Moos MK, Cefalo RC. Preconceptional health promotion: a focus for obstetric care. Am J Perinatol 1987;4:63–7. doi:10.1055/s-2007-999739.

[37] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Alcohol consumption among women who are pregnant or who might become pregnant--United States, 2002. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2004;53:1178–81.

[38] Smithells RW, Sheppard S, Schorah CJ, Seller MJ, Nevin NC, Harris R, et al. Apparent prevention of neural tube defects by periconceptional vitamin supplementation. Arch Dis Child 1981;56:911–8.

[39] Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Periconceptional supplementation with folate and/or multivitamins for preventing neural tube defects. Cochrane Database Syst Rev 2001:CD001056. doi:10.1002/14651858.CD001056.

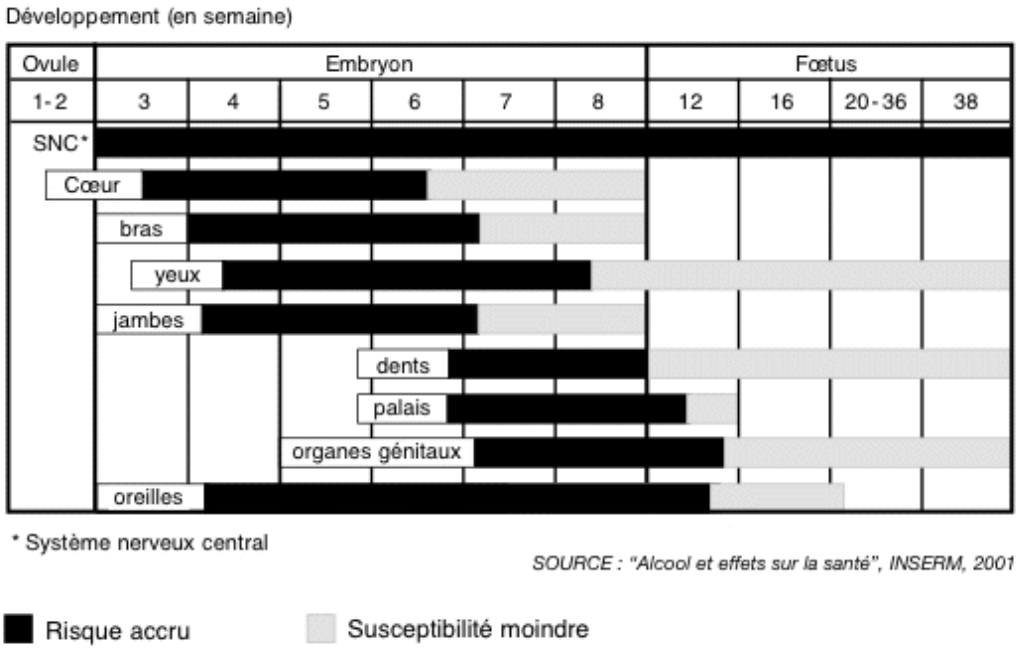
[40] Peyvandi S, Rychik J, Zhang X, Shea JA, Goldmuntz E. Preconceptual Folic Acid Use and Recurrence Risk Counseling for Congenital Heart Disease. Congenit Heart Dis 2015;10:219–25. doi:10.1111/chd.12206.

[41] Bukowski R, Malone FD, Porter FT, Nyberg DA, Comstock CH, Hankins GDV, et al. Preconceptional folate supplementation and the risk of spontaneous preterm birth: a cohort study. PLoS Med 2009;6:e1000061. doi:10.1371/journal.pmed.1000061.

[42] Cucó G, Arija V, Iranzo R, Vilà J, Prieto MT, Fernández-Ballart J. Association of maternal protein intake before conception and throughout pregnancy with birth weight. Acta Obstet Gynecol Scand 2006;85:413–21. doi:10.1080/00016340600572228.

[43] Reece EA. Obesity, diabetes, and links to congenital defects: a review of the evidence and recommendations for intervention. J Matern Fetal Neonatal Med 2008;21:173–80. doi:10.1080/14767050801929885.

ANNEXE I : Période critique du développement embryonnaire et fœtal (INSERM 2001. Alcool. Effets sur la santé).



ANNEXE II : Fiche d'information - Formulaire de soumission CEROG

Comité d'éthique de la recherche en obstétrique et gynécologie (CEROG)

FICHE D'INFORMATION

Etude des connaissances des mesures de prévention préconceptionnelle

Madame,

Nous souhaitons étudier les connaissances des femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse sur les informations et messages de prévention qui ont été perçus avant de débuter une grossesse. Nous vous proposons ainsi de répondre au questionnaire suivant afin de mieux déterminer les messages de prévention qui pourraient être diffusés de manière plus adaptée dans la population féminine Française.

Les informations qui pourront être recueillies grâce à cette étude seront utilisées dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude de sage-femme, destiné à valider le diplôme d'état de sage- femme.

Vous ne retirerez aucun avantage à participer à ce projet de recherche si ce n'est votre contribution à l'avancement des connaissances scientifiques. Vous êtes libre de refuser de remplir le questionnaire ou de ne pas répondre aux questions que vous jugerez trop intrusives sans avoir à vous justifier. Cela n'aura aucune conséquence sur votre prise en charge et n'affectera d'aucune façon les services ou les traitements ultérieurs qui vous seront offerts.

En cas de présentation des résultats de cette étude ou de publication dans des revues spécialisées, rien ne pourra permettre de vous identifier ou de vous retracer.

Si vous souhaitez obtenir d'autres renseignements sur cette étude vous pouvez contacter à tout moment Melle Ludivine WELLELE-ROSTAND. Adresse mail: wellele.ludivine@gmail.com

Nous vous remercions par avance pour votre précieuse collaboration et pour le temps que vous consacrerez à répondre au questionnaire.

Avec nos plus cordiales salutations,

Melle Ludivine WELLELE-ROSTAND, étudiante sage-femme, Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

Directrice du travail : Dr COURBIERE Blandine, Maître de Conférences en Gynécologie- Obstétrique – Praticien Hospitalier, Pôle de Gynécologie, Obstétrique et Reproduction, Assistance-Publique des Hôpitaux de Marseille.

Signature de la participante

Comité d'éthique de la recherche en obstétrique et gynécologie

C N G O F

Formulaire de soumission CEROG

Intitulé de la recherche

Étude des connaissances des mesures de prévention préconceptionnelle

Study of the knowledge of the measures of preconceptional prevention

Nom et adresse de l'investigateur (informations rendues anonymes lors de la soumission)

WELLELE-ROSTAND Ludivine, étudiante en quatrième année de maïeutique, EU3M

17 ancien chemin de Gréasque, 13950 Cadolive

Dr COURBIERE Blandine MCU PH gynécologie-obstétrique, Directeur de thèse

Pole Gynécologie Obstétrique et Reproduction, Hôpital de la Conception

147 Bd Baille 13005 Marseille

Votre étude ne pourra être examinée par le CEROG que si elle répond aux critères suivants

× Il s'agit d'une étude non interventionnelle[1]

× L'étude ne porte pas sur une collection biologique (changement de finalité)[2]

Type d'étude (merci de fournir les pièces requises)

☐ **Il s'agit d'une étude rétrospective**

L'investigateur s'engage à respecter la législation en vigueur concernant la déclaration des fichiers de données médicales (CNIL +/- CCTIRS) et il s'engage à informer les patientes de l'existence de l'étude et à leur permettre de s'opposer à leur participation.

× **Il s'agit d'une étude prospective**

Dans ce cas, le CEROG recommande qu'une fiche d'information[3,4] soit remise aux patientes et que celles-ci signent cette fiche d'information. Fiche à fournir avec la soumission.

[1] Recherche dans laquelle tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière habituelle (notice d'information pour un dispositif CE et AMM pour un médicament), sans aucune procédure supplémentaire ou inhabituelle de diagnostic ou de surveillance.

[2] Dès lors qu'un projet d'étude comporte un changement de finalité pour un prélèvement biologique, celui-ci doit être soumis à un CPP, au Ministère de la recherche et à l'ARH et à l'Agence de Biomédecine.

[3] Document à fournir en pièce jointe.

[4] La note d'information doit être conforme au protocole de recherche et doit être rédigée avec des termes accessibles à tous en éviter en particulier le jargon médical et scientifique. Elle doit mentionner le droit d'accès et de rectification, ainsi que le droit d'opposition. Les dérogations au devoir d'informer ne peuvent être accordées que dans le cas où un malade a été laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, ou, dans le cas d'études rétrospectives, lorsque cette obligation se heurte à la difficulté de retrouver les personnes concernées. L'investigateur doit au moins avoir fait la démarche de chercher à contacter les patients pour obtenir leur consentement.

Résumé du projet ou de l'étude

Objectifs : La consultation préconceptionnelle est une consultation non obligatoire mais recommandée par la HAS. Elle doit répondre à un certain nombre d'objectifs[1] : informations, messages de prévention, conseils d'hygiène, examen clinique et orientation si besoin des patientes. Notre étude a pour objectif d'identifier les informations et messages de prévention perçus par les femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse. Elle permettra d'identifier également les sources d'informations utilisées par celles ci. Les perspectives de notre étude seront de mieux déterminer les messages de prévention qui pourraient être diffusés de manière plus adaptée dans la population féminine Française.

Matériel et méthode : Etude bicentrique non interventionnelle sur les connaissances des femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse, sur les informations et messages de prévention qui ont été perçus avant de débuter une grossesse. Les données seront recueillies par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire distribué au 1er trimestre à l'occasion de la première échographie dans deux hôpitaux de Marseille (CHU de Nord, CHU de la Timone). Les critères d'inclusion seront l'ensemble des femmes enceintes au 1er trimestre, comprenant le Français et qui accepteront de répondre au questionnaire. Les critères d'exclusion seront les questionnaires partiellement remplis. Les patientes seront informées du déroulement de cette étude et seront libres de refuser d'y participer. Un formulaire d'information sera remis en même temps que le questionnaire. Si la patiente accepte de participer elle rendra son consentement signé avec le questionnaire rempli. Le questionnaire restera anonyme.

[1] HAS. Document d'information pour les professionnels. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. Septembre 2009.

DECLARATION DE CONFLITS D'INTERETS

Déclaration sur l'honneur de (nom, prénom) : WELLELE-ROSTAND Ludivine, Dr Blandine COURBIERE

Le 22/12/15

Avez-vous reçu pour vous ou pour une association que vous animez, une rémunération quelle qu'elle soit ou un avantage financier ou en nature ou détenez-vous des participations financières (actions,..) de la part d'un organisme privé, industriel ou commercial qui pourrait tirer profit ou désavantage de la publication des résultats de l'étude pour laquelle vous êtes investigateur ?

- ☐ OUI
- × NON
- ☐ Ne souhaite pas répondre

SI vous avez répondu oui à cette question, nous vous invitons à déclarer ci-dessous les éléments qui vous amènent à répondre positivement. Cette déclaration sera annexée au dossier de soumission au CEROG et à l'avis final qui sera émis.

ANNEXE III : Questionnaire soumis aux femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse

Etudes des connaissances des mesures de prévention préconceptionnelle :

Madame,

Nous souhaitons étudier les connaissances des femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse sur les informations et messages de prévention qui ont été perçus avant de débuter une grossesse. Nous vous proposons ainsi de répondre au questionnaire suivant afin de mieux déterminer les messages de prévention qui pourraient être diffusés de manière plus adaptée dans la population féminine Française.

Les informations qui pourront être recueillies grâce à cette étude seront utilisées dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude de sage-femme, destiné à valider le diplôme d'état de sage- femme.

Vous ne retirerez aucun avantage à participer à ce projet de recherche si ce n'est votre contribution à l'avancement des connaissances scientifiques. Vous êtes libre de refuser de remplir le questionnaire ou de ne pas répondre aux questions que vous jugerez trop intrusives sans avoir à vous justifier. Cela n'aura aucune conséquence sur votre prise en charge et n'affectera d'aucune façon les services ou les traitements ultérieurs qui vous seront offerts.

En cas de présentation des résultats de cette étude ou de publication dans des revues spécialisées, rien ne pourra permettre de vous identifier ou de vous retracer.

Si vous souhaitez obtenir d'autres renseignements sur cette étude vous pouvez contacter à tout moment Melle Ludivine WELLELE-ROSTAND. Adresse mail: wellele.ludivine@gmail.com

Nous vous remercions par avance pour votre précieuse collaboration et pour le temps que vous consacrerez à répondre au questionnaire.

Avec nos plus cordiales salutations,

Melle Ludivine WELLELE-ROSTAND, étudiante sage-femme, Ecole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée

Directrice du travail : Dr COURBIERE Blandine, Maître de Conférences en Gynécologie- Obstétrique – Praticien Hospitalier, Pôle de Gynécologie, Obstétrique et Reproduction, Assistance-Publique des Hôpitaux de Marseille.

Signature de la participante :

MERCI DE COCHER LES CASES CORRESPONDANT À VOTRE RÉPONSE

1. **QUEL EST VOTRE ÂGE ?** .....
2. **PRECISER VOTRE POIDS ET VOTRE TAILLE ?** Poids =..... Taille =.....
3. **QUEL EST VOTRE NIVEAU D'ÉTUDE ?**

< Bac □ Niveau Bac □ Bac +1 □ Bac +2 □ Bac +3 □ Bac+4 □ Bac+5□ >Bac+5□

4. **QUELLE EST VOTRE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE ?** .....
5. **EST-CE VOTRE PREMIÈRE GROSSESSE ?** Oui □ Non □ Combien avez-vous eu d'enfant ? .....
6. **AVEZ VOUS DEJA FAIT UNE FAUSSE COUCHE AVANT LA GROSSESSE ACTUELLE ?**

Oui □ Combien: □ 1 □ 2 □ >3 Non □

7. **AVEZ-VOUS OBTENU VOTRE GROSSESSE SPONTANEMENT ?** Oui □ Non □
8. **SI NON, AVEZ-VOUS EU BESOIN D'UN TRAITEMENT ?**

□ Stimulation simple de l'ovulation □ Insémination intra-utérine □ Fécondation in vitro

9. **EN COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS OBTENU LA GROSSESSE ACTUELLE, EN MOIS (entre le désir de grossesse et la découverte de la grossesse) :** .....
10. **AVEZ-VOUS CONSULTÉ UN PROFESSIONNEL DE SANTE (MEDECIN GENERALISTE, SAGE-FEMME, GYNECOLOGUE) POUR FAIRE UN BILAN DE SANTE AVANT D'ÊTRE ENCEINTE ?**

Oui □ □ Parce que vous n'arriviez pas à être enceinte

□ Car ce dernier me l'a proposé

Non □

11. **AVIEZ VOUS REÇU DES INFORMATIONS CONCERNANT L'INTERÊT D'UNE CONSULTATION LORS DU PROJET DE GROSSESSE ?**

□ Oui : par qui ? □ Médecin généraliste □ Gynécologue □ Sage-femme □ Votre entourage

□ Internet □ Autre medias (journaux, télé)

□ Non

12. **QUI A SUIVI VOTRE DÉBUT DE GROSSESSE ?**

□ Médecin généraliste □ Gynécologue médical □ Gynécologue Obstétricien □ Sage-femme

13. **AVANT VOTRE GROSSESSE AVEZ-VOUS FUMÉ DU TABAC ?**

□ Oui □ <5 cigarettes/jour □ 5 à 10 cigarettes/jour □ 10 à 20 cigarettes/jour □ >20 cigarettes/jour

□ Non

14. **SI VOUS AVEZ ARRETÉ, ETAIT-CE ?**

□ Au moment du désir de grossesse □ Au moment du diagnostic de début de grossesse

□ Après la première consultation du suivi de grossesse avec le gynécologue ou la sage- femme

15. **VOUS A T'ON INFORMÉE DES RISQUES DU TABAC SUR LA FERTILITÉ ET DURANT LA GROSSESSE ?**

□ Oui : Par qui ? □ Médecin généraliste □ Gynécologue □ Sage-femme □ Votre entourage

□ Internet □ Autre medias (journaux, télé) □ Études

□ Non

16. QUAND AVEZ VOUS ÉTÉ INFORMÉE DES RISQUES DU TABAC SUR LA GROSSESSE ?

□ Avant la grossesse □ Après la première consultation avec le gynécologue ou la sage-femme

17. AVANT VOTRE GROSSESSE AVEZ-VOUS DÉJA FUMÉ DU CANNABIS ? □ Oui □ Non

18. SI VOUS AVEZ ARRETÉ ETAIT-CE ?

□ Au moment du désir de grossesse □ Au moment du diagnostic de début de grossesse

□ Après la première consultation du suivi de grossesse avec le gynécologue ou la sage- femme

19. VOUS A T'ON INFORMÉE DES RISQUES DU CANNABIS SUR LA GROSSESSE ?

□ Oui Par qui ? □Médecin généraliste □ Gynécologue □ Sage-femme □ Votre entourage
□ Internet □ Autre medias (journaux, télé) □ Études

□ Non

20. AVANT VOTRE GROSSESSE, CONSOMMIEZ-VOUS DE L'ALCOOL TYPE BIÈRE, CHAMPAGNE, VIN ?

□ Oui quelle quantité ? □ <1 verre par semaine □ 2-3 verres par semaine □ >1 verre par jour

□ Non

21. SI VOUS AVEZ ARRETÉ VOTRE CONSOMMATION D'ALCOOL ETAIT-CE ?

□ Au moment du désir de grossesse □ Au moment du diagnostic de début de grossesse

□ Après la première consultation du suivi de grossesse avec le gynécologue ou la sage- femme

22. VOUS A T'ON INFORMÉE DES RISQUES DE L'ALCOOL DURANT LA GROSSESSE ?

□ Oui : Par qui ? □ Médecin généraliste □ Gynécologue □ Sage-femme □ Votre entourage
□ Internet □ Autre medias (journaux, télé) □ Études

□ Non

23. AVEZ-VOUS PRIS DES COMPLÉMENTS VITAMINIQUES AVANT DE DÉBUTER VOTRE GROSSESSE ?

□ Oui □ De l'acide folique seul □ Des compléments multivitaminés

□ Non

24. SI OUI, QUI VOUS A PRESCRIT CES MÉDICAMENTS ?

□ Médecin généraliste □ Gynécologue □ Sage-femme □ Pharmacien □ Moi-même

□ Mon entourage (amis /famille) □ Internet □ Autres médias

25. AVEZ-VOUS PRIS DES PRÉCAUTIONS ALIMENTAIRES, ENVISAGÉ UN REGIME PLUS EQUILIBRÉ EN VUE D'UNE FUTURE GROSSESSE ?

□ Oui □ Non

26. SI OUI, PAR QUI AVEZ-VOUS EU CE CONSEIL ?

□ Médecin généraliste □ Gynécologue □ Sage-femme □ Votre entourage

□ Internet □ Autre medias

27. EN CAS DE SURPOIDS, VOUS A-T'ON CONSEILLÉE DE PERDRE DU POIDS ? □ Oui □ Non

28. VOUS ARRIVE T'IL DE PRENDRE DES MEDICAMENTS EN DEHORS D'UNE PRESCRIPTION MÉDICALE ?

□ Oui □ Souvent □ Parfois □ Rarement

□ Non

29. QUELS TYPES DE MÉDICAMENTS PRENEZ-VOUS EN AUTO-MEDICATION ? .....

30. VOUS A-T'ON INFORMÉE DES RISQUES DE L'AUTOMEDICATION DURANT LA GROSSESSE ?

□ Oui : Par qui ? □ Médecin généraliste □ Gynécologue □ Sage-femme □Votre entourage

□ Internet □ Autre medias (journaux, télé) □ Études

□ Non

31. AVEZ-VOUS UN TRAITEMENT MÉDICAL AU LONG COURT ? □ Oui □ Non

32. SI OUI, AVEZ-VOUS CONSULTÉ AVANT VOTRE GROSSESSE, EN VUE D'AJUSTER LE TRAITEMENT ? □ Oui □ Non

33. AVEZ-VOUS BÉNÉFICIÉ D'UNE PRISE DE SANG POUR :

Vérifier votre statut immunitaire contre la toxoplasmose ?	□ Oui : □ avant la grossesse □ au début de grossesse □ Non □ Je ne sais pas
Vérifier votre statut immunitaire contre la rubéole ?	□ Oui : □ avant la grossesse □ au début de grossesse □ Non □ Je ne sais pas
Vérifier votre statut immunitaire contre la varicelle ?	□ Oui : □ avant la grossesse □ au début de grossesse □ Non □ Je ne sais pas
Déterminer votre groupe sanguin, rhésus	□ Oui : □ avant la grossesse □ au début de grossesse □ Non □ Je ne sais pas
Dépister des maladies virales comme le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C, la syphilis	□ Oui : □ avant la grossesse □ au début de grossesse □ Non □ Je ne sais pas

34. VOTRE CALENDRIER VACCINAL EST'IL À JOUR ?

Coqueluche : □ Oui □ Non □ Je ne sais pas

Rubéole : □ Oui □ Non □ Je ne sais pas

Grippe : □ Oui □ Non

35. AVEZ-VOUS EU DES RAPPELS CONCERNANT VOTRE VACCINATION ?

□ Oui □ Dans le cadre de la médecine du travail □ Lors de mon projet de grossesse

□ En systématique chez mon médecin généraliste

□ Non

36. CONCERNANT LA VARICELLE :

□ Vous l'avez déjà eu

□ Vous ne l'avez jamais eu

□ Vous ne savez pas

□ Vous avez été vaccinée

ANNEXE IV : Check liste destinée aux professionnels de santé

CHECK LIST POUR LE SUIVI DES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA CONSULTATION PRECONCEPTIONNELLE.

A REMPLIR AU COURS DE LA CONSULTATION PRÉCONCEPTIONNELLE

	OUI RECHERCHÉ	NON RECHERCHÉ / SANS OBJETS
Antécédents personnels à risque pour une future grossesse ?		
ATCD personnel familial ou familial au 1er degré d'accidents thromboemboliques ?		
Prise de toxiques : tabac, alcool, cannabis ?		
Situation de précarité, contexte de maltraitance ?		
Activité professionnelle ? pénibilité du travail et/ou exposition à des agents reprotoxiques ?		
Prise de médicaments au long cours ? Information sur les risques liés à l'automédication		
Rediriger la femme vers un spécialiste en cas de pathologie chronique nécessitant une modification de traitement		
Si surpoids ou obésité : information hygiéno-diététique (régime, sport)		
Vérifier le calendrier vaccinal pour la coqueluche, la rubéole et la grippe		
ATCD personnel de varicelle ? sinon prescrire la sérologie et proposer une vaccination		
Réalisation des vaccins non à jour		
Le frottis cervico-vaginal date-t-il de moins de 3 ans ?		
Sérologies toxoplasmose, rubéole, VIH, VHB, VHC, syphilis		
Vérification / détermination du groupe rhésus, AIR		
Prescription d'acide folique		

RÉSUMÉ

But : (*i*) étudier l'état des connaissances des femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse sur les informations et messages préconceptionnels de prévention, (*ii*) identifier les sources d'information utilisées par les femmes, (iii) étudier l'incidence de la réalisation de la consultation préconceptionnelle, sur les modifications des habitudes de vie.
Matériels et méthodes : Enquête transversale descriptive de mai 2015 à octobre 2015, réalisée par un autoquestionnaire distribué aux femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse dans le pôle Femmes-Parents-Enfants du CHU de Marseille.
Résultats : Sur les 115 femmes interrogées, 60% des femmes (n = 69) n'avaient pas consulté en période préconceptionnelle. Sur les 46 femmes ayant bénéficié d'une consultation préconceptionnelle, 18,3 % (n = 21) avaient consulté de leur propre initiative et 21,7% (n = 25) avaient consulté en raison d'une infertilité. Sur ces 115 femmes, 51,3% (n = 59) des femmes signalaient qu'elles avaient été informées de l'intérêt d'une consultation préconceptionnelle, mais seules 78 % d'entre elles (n = 46) ont effectivement consulté. Le corps médical semble être une source d'information minoritaire par rapport à internet, les medias et l'entourage concernant l'information donnée sur les risques des toxiques pendant la grossesse.
Conclusion : Bien que l'HAS recommande la consultation pré-conceptionnelle, elle n'est cependant pas obligatoire et les femmes semblent encore mal informées de l'intérêt de consulter avant un projet de grossesse.

Mots clefs : Consultation préconceptionnelle, prévention primaire, information, toxiques.

ABSTRACT

Objectives: (*i*) to establish state of knowledge about information and prevention messages intended to pregnant women in their first trimester, (*ii*) to identify source of information used by women, (*iii*) to study incidence of preconception consultation and its impact on lifestyle modifications.
Methods: A descriptive transversal survey has been conducted from May 2015 to October 2015. Pregnant women in their first trimester from a French Gynecology-Obstetric Department completed a self-report questionnaire.
Results: Among the 115 women composing the sample, 60% (n = 69) report not having consult during the preconception period. Among 46 women having at least one consultation during this period, 18.4% (n = 21) went on their own initiative and 21.7% because of an infertility problematic. 51.3% of the total sample (n = 59) report having been informed of beneficial effects of these consultations, while only 78% of them made use of it. Medical professionals seem to be a poor information provider about toxicity risks during pregnancy comparing to Internet, Medias and relatives.
Conclusion: Even if HAS recommends preconception consultation, it is not mandatory and mothers-to-be seem to have lack of information about its interest.

Keywords: preconception consultation, primary prevention, information, toxicity