



État des lieux et freins de la consultation préconceptionnelle chez les médecins Haut-Normands en 2017

Marie-Sophie Valin

► To cite this version:

Marie-Sophie Valin. État des lieux et freins de la consultation préconceptionnelle chez les médecins Haut-Normands en 2017. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01760456

HAL Id: dumas-01760456

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01760456>

Submitted on 6 Apr 2018

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.

FACULTE MIXTE DE ROUEN
UFR DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Année : 2017-2018

N°

THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

PAR

VALIN Marie-Sophie

Née le 26/08/1987 à Sainte-Adresse

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 15.02.2018

***Etat des lieux et freins de la consultation
préconceptionnelle chez les médecins Haut-
Normands en 2017***

Président du jury : Professeur Nathalie RIVES

Directeur de thèse : Docteur Sylvie RAPP

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018
U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoît VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE (<i>détachement</i>)	HCN	Médecine interne (gériatrie)- Détachement
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

Mr Pierre CZERNICHOW (<i>surnombre</i>)	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
Mr Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
Mr Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra LAMIA	HCN	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques

Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Benoit MISSET	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François MUIR (<i>surnombre</i>)	HB	Pneumologie
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
Mr Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction

Mr Horace ROMAN	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Christian THUILLEZ (<i>surnombre</i>)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
Mr Gilles TOURNEL	HCN	Médecine légale
Mr Olivier TROST	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre VANNIER (<i>surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	HB	Service santé et de réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
Mr Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie

Mme Sophie CLAEYSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas MOUREZ	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	HCN	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laetitia ROLLIN	HCN	Médecine du travail
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mme Isabelle LEROUX - NICOLLET	Physiologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Jérémy BELLIEN (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mr Eric DITTMAR	Biophysique

Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE-BOUCHER	Pharmacologie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Hervé HUE	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mr Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mr Jean-François HOUIVET	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mme Anaïs SOARES	Bactériologie
-------------------------	---------------

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie **CHAMPY**

Pharmacognosie

Mr Jonathan **HEDOUIN**

Chimie Organique

Mme Barbara **LAMY-PELLETER**

Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Roland CAPRON	Biophysique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mr Michel GUERBET	Toxicologie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup HERMIL (PH-PH)	UFR	Médecine générale
------------------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu SCHUERS (MCU-PH)	UFR	Médecine générale
-------------------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIE A MI-TEMPS-MEDECINS GENERALISTES

Mr Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
-------------------------------	-----	-------------------

Mr Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

Mme Marie-Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Pascal BOULET	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

Mme Emmanuel HAZARD	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

Mme Marianne LAINE	UFR	Médecine générale
---------------------------	-----	-------------------

Mme Lucille PELLERIN	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

Mme Yveline SEVRIN	UFR	Médecine générale
---------------------------	-----	-------------------

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)

Physiologie (ADEN)

Mr Paul **MULDER** (phar)

Sciences du Médicament

Mme Su **RUAN** (med)

Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)

Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** (med)

Neurosciences (Néovasc)

Mr Sylvain **FRAINEAU** (med)

Physiologie (Inserm U 1096)

Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)

Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Nicolas **GUEROUT** (med)

Chirurgie Expérimentale

Mme Rachel **LETELLIER** (med)

Physiologie

Mme Christine **RONDANINO** (med)

Physiologie de la reproduction

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)

Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mr Frédéric **PASQUET**

Sciences du langage, orthophonie

Mme Isabelle **TOURNIER** (med)

Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements

A la présidente du jury Professeur Nathalie **RIVES**

Et aux autres membres du jury pour m'avoir fait l'honneur d'en faire partie :

Docteur Elisabeth **MAUVIARD**

Docteur Emmanuel **HAZARD**

Docteur Sylvie **RAPP**

A mes maitres de stages :

Monsieur le Docteur Mathieu **BLONDET** au Havre

Madame le Docteur Monique **CREAC'H** à Elbeuf

Madame le Docteur Pascale **DUBOT-GUAIS** au Havre

Monsieur le Docteur Xavier **LAGARDE** au Havre

Monsieur le Docteur Alain **RICHARD** à Breteuil-sur-Iton

Monsieur le Docteur Olivier **SAUCISSE** à La Saussaye

Merci de m'avoir accueillie dans vos cabinets afin de découvrir ce beau métier qu'est la médecine générale. Je vous en remercie sincèrement. Soyez assurés de ma plus grande reconnaissance.

Plus particulièrement au Docteur Sylvie **RAPP** qui m'a permis l'élaboration de cette thèse, merci pour tes conseils et ta disponibilité,

A mes chers parents, pour votre soutien et votre présence tout au long de ces années, pour avoir toujours cru en moi,

A mes frères Alexandre et Guillaume, Claire,

A mes grands-parents,

A Vincent merci pour ton soutien,

Aux amis de médecine: Elodie, Hélène, Laura, Noémie, Sandra, Suzanne, Pascaline, et ceux que j'aurais pu oublier,

A tous les amis qui se reconnaîtront,

SOMMAIRE

Table des matières

1. La consultation préconceptionnelle	20
1.1 Historique et recommandations.....	20
1.2 Cibler les facteurs de risques	23
1.2.1 Les antécédents personnels	25
1.2.2 Les antécédents familiaux	35
1.2.3 Les facteurs tératogènes	36
1.2.4 La prévention	41
1.3 Les professionnels de santé.....	48
1.4 Objectif de l'étude	50
2. L'étude	52
2.1 Le type d'étude.....	52
2.2 Le recrutement des médecins généralistes.....	52
2.3 L'échantillon	53
2.4 L'analyse des données.....	53
3. Résultats	54
3.1 Le taux de participation	54
3.2 Le profil de généralistes	55
3.2.1 Caractéristiques de la population médicale étudiée.....	55
3.2.2 La formation des généralistes.....	57
3.2.3 La connaissance des recommandations.....	59
3.3 La pratique des médecins généralistes	62
3.3.1 La pratique gynéco-obstétrique	62
3.3.2 La pratique préconceptionnelle.....	67
3.4 La patiente n'ayant pas eu la consultation préconceptionnelle	74
3.4.1 Les freins liés à la patiente	74
3.4.2 Les freins liés au médecin	77
3.5 La patiente ayant eu une consultation préconceptionnelle	79
3.5.1 Opportunité.....	79
3.5.2 Les sujets difficiles à aborder	80
3.6 Les solutions que l'on peut apporter	81
3.6.1 Pour les professionnels de santé.....	81
3.6.2 Pour les patientes	82

3.7	Qu'en pensent les médecins généralistes.....	83
3.7.1	Le professionnel concerné.....	83
3.7.2	L'étude a-t-elle sensibilisé les médecins ?.....	84
3.7.3	L'étude a-t-elle permis une meilleure anticipation de la consultation préconceptionnelle ?	85
3.7.4	La consultation préconceptionnelle est-elle indispensable ?	85
4.	Discussion.....	86
4.1	La preuve de sa nécessité et l'intervention des professionnels de santé	86
4.2	Le profil du généraliste sur l'exercice préconceptionnel	87
4.3	Le ressenti du médecin	89
4.4	Les patientes	92
4.5	Les solutions	93
4.6	Les limites de l'étude.....	95
5.	Bibliographie	96
6.	Annexes	101
	Annexe 1 : Questionnaire distribué aux généralistes	101
	Annexe 2 : Période critique du développement embryonnaire	104
	Annexe 3 : Taux de fausse couche et malformation du tube neural.....	105
	Annexe 4 : Guide pratique pour les professionnels.....	106
7.	Le serment d'Hippocrate	110

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1: Description de l'échantillon	55
---	----

INDEX DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Période critique du développement embryonnaire et fœtal (Source : Intérêt de la consultation préconceptionnelle 2008)	23
Figure 2 : Taux des malformations responsables de fausses couches en bleu : de 10% à moins de 1% et taux de malformations du tube neural en vert : de 2.5% à 0.1%) (Source : Embryology.ch).....	24
Figure 3: Pictogramme danger du médicament, d'après le ministère de la santé	36
Figure 4 : Exemple d'affiche informative.....	38
Figure 5 : Exemple d'affiche informative.....	40
Figure 6 : Exemple d'affiche informative.....	44
Figure 7 : Effectif des généralistes en Haute-Normandie	48
Figure 8 : Effectif des gynécologues en Haute-Normandie	48
Figure 9 : Effectif des sages-femmes en France	49
Figure 10: Participation des médecins	54
Figure 11 : Répartition des généralistes en fonction de la pratique	56
Figure 12 : Obtention du diplôme de gynécologie chez les généralistes.....	57
Figure 13 : Obtention du diplôme de gynécologie en fonction de l'âge	57
Figure 14 : Obtention du diplôme de gynécologie en fonction du genre.....	58
Figure 15 : Obtention du diplôme de gynécologie en fonction de l'installation	58
Figure 16 : Connaissance des recommandations chez les généralistes	59
Figure 17 : Connaissance des recommandations en fonction de l'âge	59
Figure 18 : Connaissance des recommandations en fonction du genre	60
Figure 19 : Connaissance des recommandations en fonction du diplôme de gynécologie	60
Figure 20 : Connaissance des recommandations en fonction du lieu d'installation	61
Figure 21 : Pratique de la gynécologie (consultations /semaine) chez les généralistes.....	62
Figure 22 : Consultations de médecine générale en fonction des consultations de gynécologie	62
Figure 23 : Consultations de gynécologie/semaine en fonction de l'âge	63
Figure 24 : Consultations de gynécologie/semaine en fonction du genre	63
Figure 25 : Consultations de gynécologie/semaine en fonction du lieu d'installation	64
Figure 26 : Moyenne de consultation de médecine générale en fonction de la pratique des suivis de grossesse chez les généralistes	65
Figure 27 : Suivi de grossesse en fonction de l'âge	65
Figure 28 : Suivi de grossesse en fonction du genre.....	66
Figure 29 : Suivi de grossesse en fonction du lieu d'installation.....	66

Figure 30 : Proposition de la consultation préconceptionnelle par les généralistes	67
Figure 31 : Proposition de la consultation préconceptionnelle selon le profil du généraliste.....	68
Figure 32 : Proposition de la consultation préconceptionnelle en fonction de la pratique gynécologique	69
Figure 33 : Proposition de la consultation préconceptionnelle en fonction du suivi de grossesse.....	69
Figure 34 : Estimation de la pratique préconceptionnelle annuelle par les généralistes.....	70
Figure 35 : Répartition des généralistes qui n'ont pas fait de consultation préconceptionnelle	71
Figure 36 : Estimation annuelle de la consultation préconceptionnelle et connaissance des recommandations par les généralistes	72
Figure 37 : Pratique de la consultation préconceptionnelle en fonction de la pratique gynécologique	72
Figure 38 : Pratique de la consultation préconceptionnelle en fonction de la proposition d'une consultation préconceptionnelle par les généralistes	73
Figure 39 : Les patientes ont-elles vu leur médecin avant la grossesse ?.....	74
Figure 40 : Les patientes ont-elles parlé de leur grossesse ?	75
Figure 41 : Réticences par les généralistes	75
Figure 42 : Répartition des médecins ayant eu des réticences sur le profil de la patiente	76
Figure 43 : Les médecins ont-ils pensé à la consultation préconceptionnelle?	77
Figure 44 : Pourquoi les médecins n'y ont pas pensé?	77
Figure 45 : Les freins des médecins.....	78
Figure 46 : Répartition des généralistes qui ont eu des freins personnels	78
Figure 47 : Motifs de consultation préconceptionnelle.....	79
Figure 48 : Motifs de consultation.....	79
Figure 49 : Les médecins ont-ils eu des sujets difficiles ?	80
Figure 50 : difficultés rencontrées par les généralistes lors de la consultation préconceptionnelle	80
Figure 51 : Solutions pour les professionnels de santé	81
Figure 52 : Solutions pour les patientes	82
Figure 53 : Acteur primaire et secondaire de la consultation préconceptionnelle .	83
Figure 54 : Les médecins ont-ils été sensibilisés par l'étude ?	84
Figure 55 : L'étude a-t-elle permis une meilleure anticipation ?	85
Figure 56 : Les médecins jugent-ils la consultation préconceptionnelle comme étant indispensable ?	85

LISTE DES ABREVIATIONS

<u>AFTN</u> :	Anomalie de Fermeture du Tube Neural
<u>AHFMC</u> :	Association Havraise de Formation Médicale Continue
<u>ADA</u> :	American Diabetes Association
<u>ANSES</u> :	Agence Nationale de Sécurité Sanitaire, de l'Alimentation de l'Environnement et du Travail
<u>CPC</u> :	Consultation préconceptionnelle
<u>GEU</u> :	Grossesse extra-utérine
<u>HAS</u> :	Haute Autorité de Santé
<u>HTA</u> :	Hypertension Artérielle
<u>INPES</u> :	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
<u>INSEE</u> :	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
<u>INRS</u> :	Institut National de Recherche et de Sécurité au Travail
<u>IVG</u> :	Interruption Volontaire de Grossesse
<u>MG</u> :	Médecin Généraliste
<u>NHS</u> :	National Health Service
<u>PMI</u> :	Protection Maternelle et Infantile
<u>CRAT</u> :	Centre de Référence pour les Agents Tératogènes
<u>OMS</u> :	Organisation Mondiale de la Santé
<u>HCSP</u> :	Haut Conseil de la Santé Publique
<u>RCIU</u> :	Retard de Croissance Intra-utérine
<u>SA</u> :	Semaines d'Aménorrhée
<u>SAF</u> :	Syndrome d'Alcoolisation Foetale
<u>VIH</u> :	Virus de l'Immunodéficience Humain

1. La consultation préconceptionnelle

1.1 Historique et recommandations

La visite prénuptiale fut instaurée par la loi du 16 Décembre 1942 et encadrée par les articles 63 du code civil et L.153 du code de la santé publique sous le régime de Vichy. [1]

Elle comportait un objectif sanitaire pour lutter contre les affections contagieuses ou chroniques susceptibles d'avoir des conséquences sur la santé du conjoint ou de la descendance. Cette consultation délivrée par le médecin généraliste concernait uniquement les couples mariés.

La prévention et l'éducation des couples abordaient leur hygiène de vie, les infections sexuellement transmissibles, la contraception et bien sûr la grossesse.

Lors d'une première consultation, une sérologie syphilis datant de moins de 3 mois ainsi qu'une radiographie pulmonaire pour le dépistage de la tuberculose, si besoin, étaient réalisées.

Les décrets du 19 Juillet 1962 puis du 17 Mars 1978 ont ajouté la réalisation d'une sérologie rubéole et toxoplasmose datant de moins de 3 mois ainsi que le typage du groupe sanguin, groupe rhésus avec recherche d'agglutinines irrégulières chez les femmes de moins de 50 ans ainsi que le recours à une consultation de conseil génétique si le cas était nécessaire. [2]

Plus tard, le décret du 14 Février 1992 inséra dans le bilan sanguin une sérologie Hépatite B dans le suivi de grossesse. La sérologie syphilis ne fut plus obligatoire mais proposée ainsi que la sérologie VIH. [3]

Après l'examen clinique et biologique, suivait un dialogue entre le médecin traitant et les futurs époux lors d'une deuxième consultation avec la remise des résultats. Une brochure d'éducation sanitaire était remise en main propre. La visite prénuptiale se clôturait par la rédaction du certificat prénuptial en deux exemplaires, nécessaire pour procéder à la publication des bans du mariage par l'état civil.

En Avril 2005, la HAS (Haute Autorité de Santé) publiait des recommandations pour les professionnels de santé : « Comment mieux informer les femmes enceintes ? » pour leur permettre de bien informer le couple et de les aider à prendre des décisions dans leur suivi de la grossesse et de la naissance. [4]

Puis, une préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) a été mise en place en Novembre 2005. [5]

L'académie de médecine a insisté en 2006 sur la nécessité « d'une information bien avant la grossesse » et « d'action de prévention et d'éducation pour la santé » afin d'éviter les atteintes embryofœtales survenant dans les premières semaines de gestation.

Elle a proposé l'information, la prévention et le dépistage des pathologies infectieuses VIH, VHB, VHC, la rubéole et la toxoplasmose.

La supplémentation d'acide folique a été conseillée ainsi que la correction des troubles métaboliques, notamment concernant l'obésité, l'équilibre du diabète et la reprise du régime contrôlé en phénylalanine en cas de phénylcétonurie congénitale.

Enfin, elle a préconisé la prise en charge des comportements à risque durant l'adolescence : tabac, alcool, drogues, alimentation, médicaments. Elle a ajouté une prévention contre les radiations ionisantes.

Elle a différencié la consultation préconceptionnelle générale et la consultation pluridisciplinaire en cas d'antécédent pathologique. [6]

Depuis les années 70, le nombre de mariage n'a cessé de diminuer et la proportion de femmes mariées au moment de la naissance de leur enfant fut en décroissance marquant une baisse des naissances intra mariage. [7]

La loi du 20 Décembre 2007 décida donc d'abroger la visite prénuptiale en réponse à cette évolution démographique. [8]

D'après le discours du ministre du budget M. Jean-François Copé, la sécurité sociale économisait 14 millions d'euros par an grâce à la suppression de l'examen prénuptial. Alors que le besoin d'information des futurs parents qu'ils aient des enfants intra ou hors mariage était toujours important. [9]

Parallèlement, le plan périnatalité de 2005-2007 a oublié la consultation préconceptionnelle alors qu'il visait à améliorer la qualité de prise en charge des futurs parents pour une approche « plus humaine » avec la mise en place d'un « entretien du 4^{ème} mois » de grossesse délivré par les sages-femmes. [10]

La HAS a réalisé en mai 2007 des recommandations concernant le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées. Elle a conseillé la mise en place d'une consultation préconceptionnelle afin d'évaluer ce niveau de risque pour permettre des changements de comportements avant le début d'une grossesse. [11]

En Octobre 2007, le collège national des gynécologues et obstétriciens français publia un communiqué de presse qui s'adressait aux médecins, aux autorités et aux couples eux-mêmes : « On trouve normal de faire un examen médical systématique au travail, pour débiter la pratique d'un sport, il faut le faire pour accueillir son enfant dans les meilleurs conditions ». [12]

Au Royaume-Uni, le National Health Service (NHS) en 2007, a publié des conduites à tenir utilisables par le praticien lors des consultations : « *clinical knowledge summaries, preconception : advice and management* » impliquant aussi le futur père dans le suivi préconceptionnel (MST, tabagisme passif). [13]

Pour guider les praticiens dans la réalisation de cette consultation en 2009, la HAS a publié une recommandation sur le « projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer ». [14]

1.2 Cibler les facteurs de risques

La prise en charge préconceptionnelle commence dès l'expression du désir d'enfant.

Elle est primordiale lors de la période d'organogenèse où se fait le développement nerveux, cardiaque, digestif, osseux et vasculaire de l'embryon. (Cf. Figure 1)

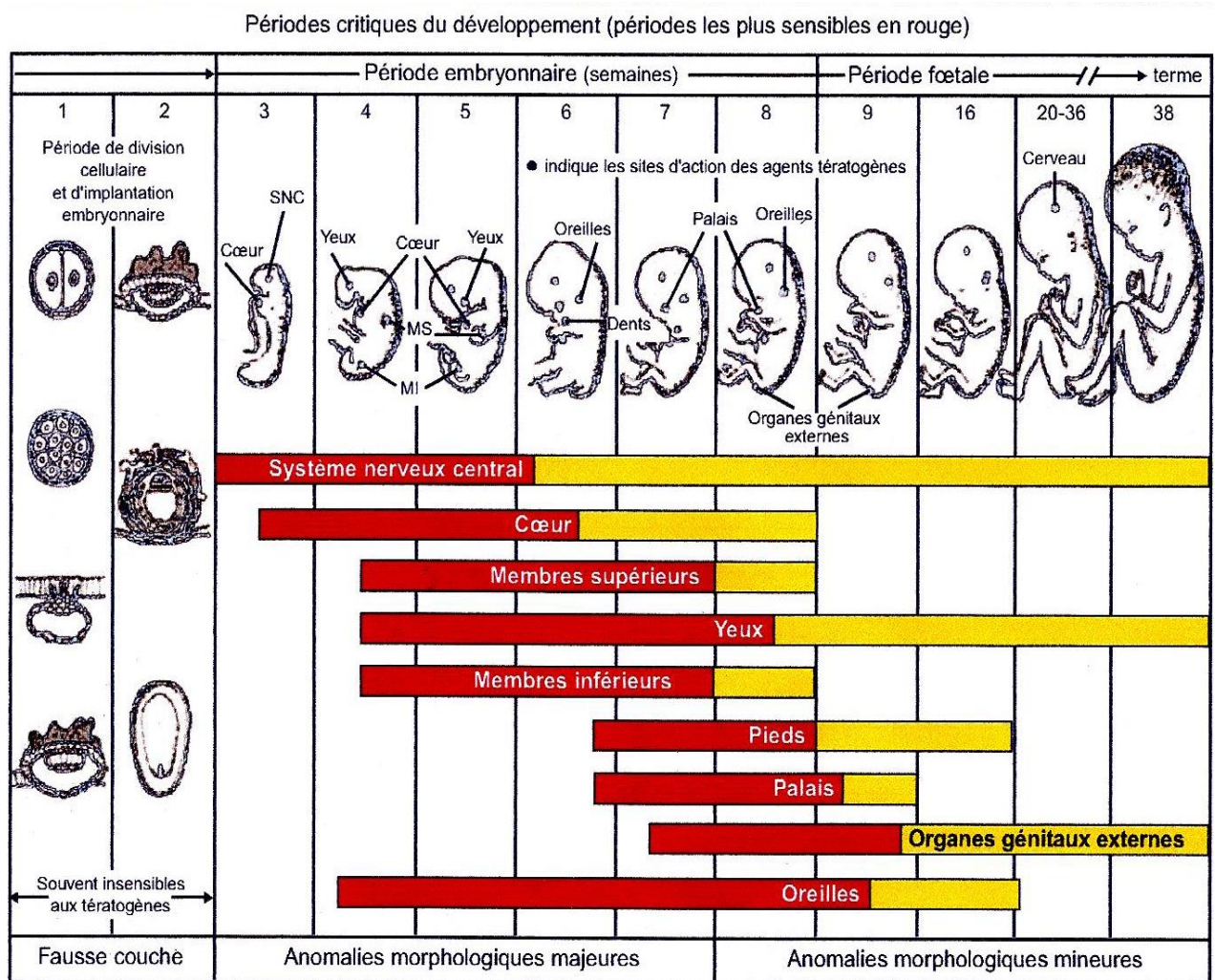


Figure 1: Période critique du développement embryonnaire et fœtal (Source : Intérêt de la consultation préconceptionnelle 2008)

Tout événement défavorable se produisant durant l'organogénèse retentit sur la vie et le développement de l'embryon. (Cf. Figure 2)

La consultation préconceptionnelle est un outil fondamental qui permet de favoriser les chances de conception et de diminuer la survenue de complications durant la grossesse et le post-partum.

Pour cela, elle a pour objectif d'évaluer les risques biomédicaux, comportementaux et sociaux. [15]

Elle nécessite l'implication du professionnel de santé et la compliance de la patiente.

Cette consultation prévient et réduit la morbidité embryofœtale et maternelle, ainsi que les hospitalisations secondaires aux pathologies de la grossesse.

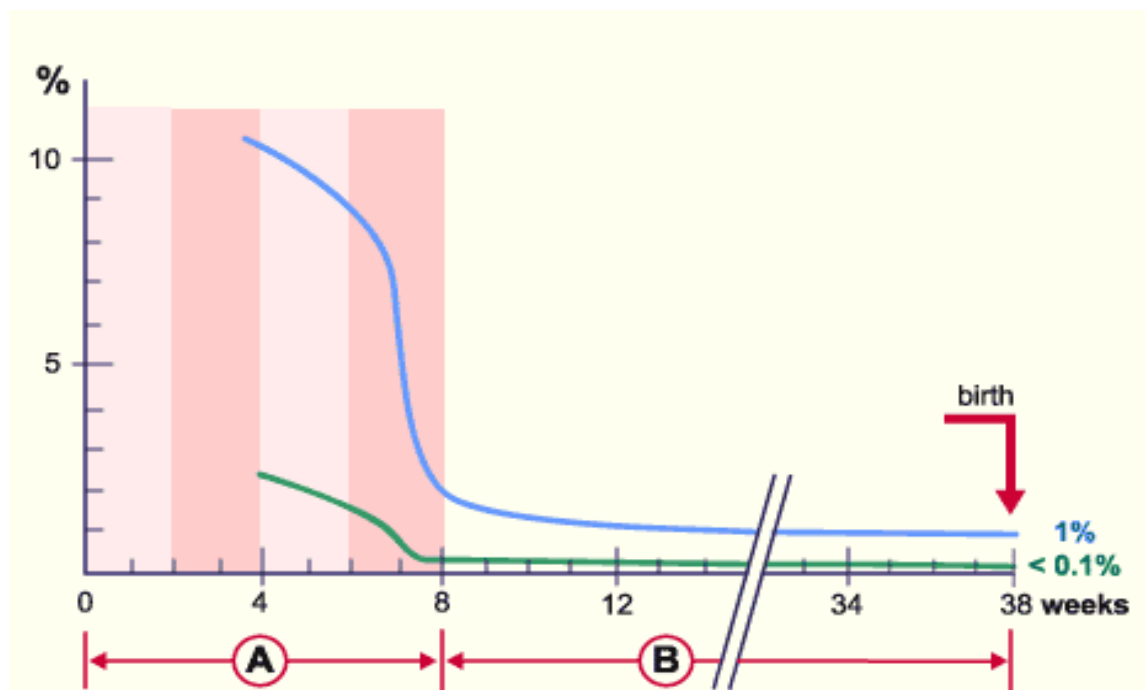


Figure 2 : Taux des malformations responsables de fausses couches en bleu : de 10% à moins de 1% et taux de malformations du tube neural en vert : de 2.5% à 0.1% (Source : Embryology.ch)

1.2.1 Les antécédents personnels

1.2.1.1 L'âge maternel

L'augmentation du taux de fécondité chez les femmes plus âgées correspond à une transformation des modèles familiaux et normes sociales. [16]

Plusieurs facteurs en sont à l'origine :

- La généralisation des méthodes de contraception qui permet de choisir quand et combien d'enfants composeront la famille.
- L'allongement de la durée des études.
- Le début plus tardif de la mise en couple en partie lié à la précarité de l'emploi chez les jeunes.
- Les difficultés des femmes à conjuguer un plan de carrière avec une maternité.
- La naissance des familles recomposées qui décale les grossesses suivantes.

Tout ceci se traduit par une augmentation de la proportion des femmes de 35 ans et plus au moment de la maternité s'élevant de 19,3% à 21,3% entre 2010 et 2016. [17]

L'âge moyen des mères à l'accouchement est passé de 26,8 ans en 1974 à 30,4 ans en 2015 selon l'INSEE, celui du premier enfant de 24.5 à 28.5ans. [18]

Concernant les grossesses chez les mineures, elles sont souvent non désirées ou non programmées avec une problématique psychosociale .Elles présenteraient un risque pour la santé foétale. Plus elles sont jeunes, plus l'accouchement est prématuré. [19]

1.2.1.1.1 La fertilité

La fertilité diminuerait en fonction de l'âge. En effet, elle prend en compte trois facteurs : la fécondabilité, le risque de mortalité intra-utérine et l'âge auquel la stérilité est définitivement acquise. [16]

6,9% des femmes ont eu recours à un traitement de l'infertilité en 2016, contre 5,7% en 2010. [17]

1.2.1.1.2 La morbidimortalité maternelle

La mortalité maternelle serait d'autant plus fréquente que l'âge augmenterait.

La fréquence de cette mortalité serait en effet trois fois plus élevée à 35-39 ans qu'à 25 ans, et huit fois plus élevée pour les plus de 45 ans. [20]

L'âge favoriserait dans le post-partum le risque thromboembolique, les cardiomyopathies puerpérales et les hémorragies maternelles intracérébrales. [16]

1.2.1.1.3 Le risque de fausses couches

Le risque de fausses couches pourrait être lié à une augmentation des anomalies chromosomiques fœtales mais aussi à une modification de la muqueuse utérine et à une capacité moins grande de poursuivre la grossesse chez les femmes plus âgées.

12 à 15% des femmes de 20-29 ans n'aboutiraient pas à une naissance vivante, ceci pourrait atteindre 15 à 20% à 40 ans. [16]

1.2.1.1.4 Les complications gravidiques et obstétricales

Les complications gravidiques et obstétricales sont également à prendre en compte.

En ce qui concerne le diabète gestationnel, plusieurs études ont démontré que le risque d'en développer augmente avec l'âge :

- « American diabetes care » a montré en 2006 que le risque de développer un diabète gestationnel augmente à partir de 25 ans. [21]
- L'âge ≥ 40 ans semblerait être un facteur déterminant de l'augmentation du taux de diabète gestationnel et de développer un diabète chronique. [22]

Selon les recommandations du CNGOF (Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français) de 2010, l'âge est donc un facteur de risque à prendre en compte dans le dépistage du diabète gestationnel, il accorde le seuil de 35 ans. [23]

On constate également chez les femmes de plus de 40 ans :

- L'apparition plus fréquente d'une hypertension gravidique et de ses complications.
- Un taux plus important d'extraction instrumentale et de césarienne. [22]
- Le risque de placenta prævia serait multiplié par 9 chez les femmes âgées de plus de 40 ans. [16]

1.2.1.1.5 En ce qui concerne la morbidité de l'enfant

Le risque de malformations chez l'enfant, en particulier chromosomique, augmente avec l'âge. La trisomie 21 passe de 1/1600 naissances vivantes à 20 ans à 1/64 après 42 ans. [16]

L'augmentation de la fréquence des anomalies chromosomiques peut être liée à des modifications lors du vieillissement de l'intégrité des ovules et du système ovarien endocrinien.

Le risque des anomalies chromosomiques est multiplié par 7 et celui de la mort fœtale in utero est significativement augmentée chez les femmes plus âgées. [22]
On peut retrouver des anomalies fœtales non chromosomiques liées à l'âge avancé tel que l'hypospadias, la craniosynostose, des anomalies cardiaques.
La prématurité et le retard de croissance intra utérin augmenteraient en fonction de l'âge.
Le risque de mortalité périnatale était plus élevé pour les femmes de plus de 40 ans. [16]

1.2.1.2 Le poids

La part des femmes enceintes en surpoids et celle des femmes obèses a augmenté de manière significative, respectivement de 17,4% à 20% pour les femmes ayant un IMC entre 25 et 29,9 et de 9,9% à 11,8% pour celles ayant un IMC égal ou supérieur à 30 entre 2010 et 2016. [17]

Malgré cette augmentation, la part des femmes enceintes ayant eu une consultation ou une réunion d'information dédiée à la diététique est relativement faible. (12,6% en 2016). [17]

Le surpoids cause davantage de soins pendant la grossesse suite aux complications qu'il suscite. [24] L'obésité augmenterait :

- Les risques de fausses couches et de malformations congénitales
- La survenue d'une hypertension ou d'un diabète [25] [26]
- Les complications obstétricales mettant en jeu la santé de l'enfant.

Le surpoids avant la grossesse et le gain de poids pendant la grossesse augmenteraient le risque d'accouchement post-terme. [27]

A l'inverse, des études ont montré que les femmes ayant un IMC bas avant leur grossesse étaient plus à risque d'avoir un accouchement prématuré ou un nourrisson de petit poids. La consultation préconceptionnelle qui permettrait un gain de poids fait visiblement diminuer ces risques. [28][29]

1.2.1.3 Les maladies chroniques

1.2.1.3.1 Le diabète

La patiente diabétique type 1 ou 2 développe une grossesse à haut risque en raison : [30]

- Des conséquences malformatives liées à l'hyperglycémie
- Du risque de perte fœtale
- Des conséquences obstétricales et néonatales.
- De l'aggravation de complications chroniques liées au diabète.

Le taux d'hémoglobine glyquée semblerait directement lié au taux de malformations congénitales en période périconceptionnelle et aux risques de fausses couches. [31]

L'American diabetes Association (ADA) en 2012 recommande sur la période préconceptionnelle une hémoglobine glyquée < 7% avec des valeurs glycémiques plus sévères pendant la grossesse (glycémie à jeun < 0.95g/l et glycémie post prandiale < 1.20g/l et une hémoglobine glyquée < 6% tout au long de la grossesse). En 2013, la HAS pour les diabétiques recommande une HbA1c < 6.5% voire 7% si insulinothérapie avant la grossesse avec les mêmes objectifs glycémiques que l'ADA durant la grossesse que ce soit type 1 ou 2 ainsi qu'une hémoglobine glyquée < 6.5%.

La diabétique de type 1 aura tendance à anticiper la grossesse davantage que la diabétique de type 2 dont parfois le diagnostic sera tardif.

Il paraît important de détecter les facteurs de risques de développer un diabète pour réaliser les examens nécessaires en période préconceptionnelle et d'apporter la prise en charge nécessaire tel qu'un régime diététique, un autocontrôle voire insulinothérapie si besoin.

Cela permettrait d'éviter tout risque de malformation embryonnaire au début de la grossesse. Si la patiente est déjà diabétique de type 2, il faudra réévaluer la poursuite des hypoglycémifiants oraux qui sont contre-indiqués en partie durant la grossesse.

Les soins préconceptionnels dans le cas d'un diabète pré-gestationnel de type 1 ou de type 2 sont efficaces pour réduire les malformations congénitales et la mortalité périnatale. [30]

1.2.1.3.2 La pathologie thyroïdienne

Les études épidémiologiques ont montré l'existence d'une carence iodée modérée chez la majorité des femmes enceintes vivant en France.

Cette carence iodée chez la mère serait responsable d'une hypertrophie thyroïdienne, facteur de goitrigénèse chez la femme et d'altérations des paramètres fonctionnels thyroïdiens.

L'hypothyroxinémie maternelle au cours du premier trimestre de la grossesse pourrait entraîner l'apparition de troubles mineurs du développement psychomoteur chez les nouveau-nés et les enfants.

Selon les recommandations éditées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), une supplémentation iodée devrait être proposée en France : 100 µg/jour chez les femmes en âge de procréer et 150 µg/jour dès le début de la grossesse (non remboursée) afin de prévenir la carence iodée au cours de la grossesse évitant ainsi ses conséquences maternelles et fœtales. [32]

L'hypothyroïdie est majorée pendant la grossesse et nécessite donc une adaptation des doses de L-Thyroxine dès le début de la grossesse (augmentation de 30 à 50%) si la patiente est traitée. [33]

En période préconceptionnelle, le dépistage d'une dysthyroïdie doit être ciblée s'il existe des facteurs de risques chez la mère (goitre, maladie dysthyroïdienne familiale, signes cliniques). [33]

A l'inverse, le traitement de l'hyperthyroïdie par Neomercazole devra être interrompu car celui-ci peut causer une embryopathie ou bien une hypothyroïdie fœtale. [33]

1.2.1.3.3 L'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle pourrait se présenter sous l'un des 3 aspects suivants:

- L'hypertension artérielle chronique préexistante ou constatée avant la 20^e SA.
- L'hypertension artérielle gestationnelle sans élévation pathologique de la protéinurie (constatée après la 20^e SA).
- La pré-éclampsie définie par une HTA associée à une protéinurie pathologique (découverte après la 20^e SA).

L'hypertension artérielle de la grossesse, par ses complications, semble être la première cause de morbidité maternelle et fœtale.

Chez la femme hypertendue, il existerait un risque d'hypertension grave pendant la grossesse, de retard de croissance intra-utérin, d'hématome rétroplacentaire et de prématurité. Elle augmente également la mortalité périnatale. [34]

Connaitre le niveau de pression artérielle avant la grossesse serait essentiel pour différencier les hypertensions chroniques préexistantes des hypertensions gestationnelles dont la physiopathologie dépend d'une anomalie de la perfusion utéro placentaire.

La consultation préconceptionnelle permettrait de faire une évaluation. Un bilan étiologique de l'hypertension artérielle pourra être débuté avant la grossesse. Elle donnera l'information qu'en cas de nouvelle grossesse, il existerait un risque de récurrence d'hypertension artérielle ou de pré-éclampsie, de retard de croissance intra-utérin, et de prématurité. Il faudra discuter d'un traitement préventif par aspirine pour la future grossesse.

S'il existait une hypertension, on pourrait retarder une nouvelle grossesse jusqu'à l'amélioration du contrôle de l'HTA et adapter les familles de traitements antihypertenseurs. [34]

1.2.1.3.4 L'épilepsie

Les crises d'épilepsie pourraient augmenter pendant la grossesse et les raisons sont liées au traitement lui-même :

- Une mauvaise observance du traitement antiépileptique par la future mère liée à la peur d'une tératogénèse.
- Les modifications dues à la grossesse sur la biodisponibilité des médicaments pourraient modifier l'efficacité du traitement antiépileptique.
- Les vomissements du 1^{er} trimestre entravent l'absorption des médicaments.

Les risques d'anomalies chromosomiques chez la femme épileptique ne seraient pas plus élevés que dans la population générale.

Les crises d'épilepsie maternelles isolées n'auraient pas habituellement de conséquence sur l'enfant.

Chez les mères épileptiques sous traitement, la fréquence des malformations congénitales serait 2 à 3 fois plus élevée que celle de la population générale au cours du premier trimestre.

Ces malformations seraient essentiellement liées à la prise de certains médicaments antiépileptiques qui passent du sang de la mère à celui du fœtus et qui pourraient perturber la division cellulaire lors de l'embryogenèse. Le risque augmenterait en fonction du nombre de médicaments administrés. [35]

Lors d'une consultation préconceptionnelle, le traitement devrait être réduit à un seul médicament si possible. Il faudrait prendre les doses les plus basses possibles et éviter les médicaments les plus à risque de malformation.

1.2.1.3.5 Les pathologies graves

Malgré le désir légitime de grossesse, ceux-ci mettraient en jeu le pronostic de la santé maternelle.

Réévaluer avec les spécialistes de la pathologie les possibilités de prise en charge qui permettront une grossesse est indispensable.

Il pourrait s'agir d'une hypertension artérielle pulmonaire, d'une pathologie cardiaque grave, d'une insuffisance rénale sévère, d'un diabète compliqué, d'une insuffisance hépatique sévère, ou bien d'un cancer avec une chimiothérapie en cours ainsi que d'une maladie auto-immune.

1.2.1.4 Les antécédents gynécologiques

Un examen gynécologique ainsi qu'un frottis sont recommandés pour dépister le cancer du col (si la patiente n'en a pas eu depuis plus de trois ans).

Il faut s'il y a eu un antécédent chirurgical d'ordre gynécologique, prescrire une échographie de l'utérus et des ovaires puis prendre l'avis du gynéco-obstétricien. [15]

Si la patiente a eu trois fausses couches répétées, il est nécessaire de rechercher une étiologie notamment une cause génétique ou un syndrome des antiphospholipides(SAPL).

1.2.1.5 Les antécédents obstétricaux

Les antécédents obstétricaux appartiennent aux principaux facteurs de risque de prématurité. [34]

1.2.1.5.1 La pré-éclampsie

Les hypertensions avec protéinurie semblent avoir augmenté entre 2003 et 2010 parallèlement à l'évolution des facteurs de risque que sont l'âge et le surpoids. [7]
Le risque de récidiver une pré-éclampsie lors d'une grossesse future est évalué grossièrement entre 10 et 30% selon le contexte.

Le risque de complications sévères lors de la seconde grossesse (la mort in utero, hématome rétroplacentaire, ou retard de croissance) serait plus que doublé si la pré-éclampsie avait été précoce lors de la première grossesse. [37]

La prescription d'aspirine à faible dose de 100 mg/jour dès 12 SA serait associée à une réduction importante de l'incidence de l'hypertension artérielle gravidique et de manière plus modérée et non significative des décès périnataux. [38]

1.2.1.5.2 L'accouchement prématuré

Le risque d'avoir un accouchement prématuré augmente si l'âge maternel est avancé ou à l'inverse jeune, si la patiente est fumeuse, lorsque l'IMC est bas, vivant seule ou dans la précarité, avec un suivi de grossesse insuffisant, ayant un antécédent d'interruption volontaire de grossesse ou bien sûr si elle a vécu un accouchement prématuré lors de sa précédente grossesse.

Après un accouchement prématuré, il faudrait, avant la grossesse suivante, rechercher également une cause locorégionale (vaginose, béance du col ou malformation utérine). [36]

1.2.1.5.3 Le diabète gestationnel

Le diabète gestationnel a augmenté de 2010 à 2016 (7.2% à 10.8% des femmes enceintes) en lien avec une augmentation de l'âge et du surpoids qui font partie du dépistage du diabète gestationnel d'après les recommandations du CNGOF de 2010. [17] [23]

Il est associé à un risque accru de pré éclampsie et de césarienne en raison de la macrosomie qu'il provoque.

Il faut différencier le diabète de type 2 du diabète gestationnel. Le diabète de type 2 peut être découvert dès le début de grossesse.

Le diabète gestationnel est plutôt un diabète de la phase de stockage qui est responsable d'une macrosomie. Il expose à un risque de récurrence ultérieure ainsi que celui de développer un diabète de type 2. [23]

1.2.2 Les antécédents familiaux

Le médecin devrait dépister un risque malformatif ou génétique en recherchant des maladies héréditaires connues par exemple la mucoviscidose, les myopathies, les troubles de coagulation (hémophilie et mutation des facteurs de coagulation), la neurofibromatose et être vigilant devant des cas de consanguinité. L'origine de la patiente nécessite parfois de rechercher des maladies particulières telles que la drépanocytose de même que la thalassémie. [39] [40]

Ayant connaissance d'anomalie génétique ou aberration chromosomique, le conseil génétique encadré par la loi de bioéthique de 2004 [41] consisterait à donner des informations les plus précises possibles aux parents et de quantifier avant la grossesse, les risques de transmission d'une anomalie au futur enfant.

En cas de maladie génétique pour laquelle le conseil génétique a montré un risque de transmission, un diagnostic prénatal (DPN) ou un diagnostic préimplantatoire (DPI) peut être proposé en fonction de la situation. Le médecin aura l'obligation de proposer le DPN et d'informer la patiente sauf si elle ne le souhaite depuis la loi de bioéthique de 2011. Le DPN pose un problème éthique puisqu'il conduit le plus souvent en cas de positivité à la suppression de l'embryon porteur d'anomalie.

1.2.3 Les facteurs tératogènes

1.2.3.1 Les médicaments

Durant la période préconceptionnelle, certaines patientes peuvent subir une exposition à des facteurs tératogènes d'origine médicamenteuse pouvant être évités.

Il serait alors possible de déconseiller l'automédication durant la grossesse et de privilégier l'avis des professionnels de santé ou le recours au site «CRAT» (centre de renseignements sur les agents tératogènes). [42]

Depuis Octobre 2017, un pictogramme est apposé sur les boîtes de médicaments à risque pendant la grossesse.



Figure 3: Pictogramme danger du médicament, d'après le ministère de la santé

Les traitements aux effets tératogènes connus (valproate, Isotrétinoïne) voient leur prescription très encadrée chez les femmes en âge de procréer (formulaire d'accord de soins et contrôle régulier des BHCG).

A l'inverse, les femmes hypertendues semblent moins alertées de la nécessité de réévaluer le choix du traitement antihypertenseur en cas de grossesse. Il en est de même pour les patientes sous traitement psychotrope.

1.2.3.2 Les addictions

1.2.3.2.1 Le tabagisme

Les conséquences du tabagisme démarrent avant la conception avec une baisse de la fertilité chez l'homme et la femme pour s'étendre jusqu'à la période du post-partum avec des complications chez l'enfant.

Concernant la morbidité de l'enfant :

- Il dégrade sa santé pulmonaire dès le troisième trimestre en augmentant l'hyperréactivité bronchique jusqu'à son enfance.

Concernant les complications obstétricales :

- Des fausses couches spontanées et des grossesses extra utérines sont clairement liées.
- Au cours du troisième trimestre, le risque de prématurité est augmenté du fait d'une hausse des hématomes rétroplacentaires et des placentas bas insérés.
- Près d'une femme sur six développera un retard de croissance intra-utérin et des faibles poids lors de la naissance. [43]

Malgré une diminution depuis ces dernières années, on compte encore près de 30% de femmes fumeuses en France d'après le baromètre de santé 2014. Le tabagisme durant la grossesse est encore présent malgré les campagnes de sensibilisation ainsi que les messages délivrés sur les paquets de cigarettes. Durant la journée mondiale sans tabac de Mai 2014, l'organisation mondiale de la santé (OMS) porte une attention particulière pour inciter le sevrage tabagique chez les femmes enceintes. L'INPES délivrera plusieurs spots de prévention, des messages incitatifs auprès des femmes et professionnels de santé. L'OMS appellera les pays à augmenter les taxes sur le tabac, une politique efficace pour réduire la consommation.



Figure 4 : Exemple d'affiche informative

En effet en 2016, 30,0% des femmes interrogées ont déclaré avoir fumé juste avant leur grossesse et cette prévalence n'a pas diminué depuis 2010.

En France, 16,5% des femmes fument encore au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de leur grossesse en 2016. Pour la région de Normandie, ce chiffre atteint 22.3%. [17]

La récente hausse des prix du tabac, les nombreuses campagnes d'information ou encore le remboursement des traitements substituts nicotiniques(TSN) ne semblent pas avoir eu d'effet majeur sur la consommation de tabac durant la grossesse.

En 2010, 29% des femmes enceintes disent n'avoir reçu aucune information sur l'influence néfaste du tabac. 20% ont été aidées par les professionnels de santé et 3,5% seulement ont reçu un TSN. Seulement 5.9% des femmes avaient arrêté le tabac en prévision de leur grossesse. [7]

On note la faible participation des professionnels de santé pour le sevrage tabagique chez la femme enceinte (peur d'utiliser les TSN et des contre-indications d'utilisation des traitements oraux pour sevrage tabagique ?).

Il semble que les conséquences du tabagisme sur le fœtus soient dose dépendantes. Les risques de l'exposition à la nicotine sur le développement fœtal conduiraient donc à recommander en première intention une assistance non pharmacologique pour l'aide au sevrage. Si le sevrage est difficile, il pourrait être instauré des TSN si la dépendance est forte.

La nicotémie sous traitement substitutif est 2 à 3 fois moins élevée que la nicotémie liée au tabagisme. De plus, le TSN permet d'éviter la toxicité des autres composants de la fumée. Ces observations soulignent l'utilité d'améliorer l'information des femmes enceintes et de sensibiliser à l'utilisation des TSN par les professionnels de santé. [43]

1.2.3.2.2 L'alcool

D'après le baromètre de santé 2015, on constate une hausse de l'alcoolisation globale chez les femmes de 15 à 75 ans entre 2010 et 2014 qui concernent de façon significative les alcoolisations ponctuelles importantes (API) et des ivresses régulières.

Les API concernent 43% des 15 à 24 ans en 2014. L'alcoolisation régulière, en légère diminution, concerne plutôt les femmes plus âgées.

Malgré les campagnes de prévention, 23% des femmes enceintes consommeraient toujours de l'alcool en 2010. Cette consommation semble plus fréquente chez les femmes en situation sociale défavorisée, plus âgées et de parité élevée. [44]

Les connaissances scientifiques actuelles ne permettent pas de fixer un seuil de sécurité au-dessous duquel la consommation d'alcool serait sans danger. La consommation d'alcool pendant la grossesse peut avoir des effets non seulement sur la période périnatale mais également sur le développement neurocomportemental de l'enfant.

L'alcool est un toxique tératogène qui altère le développement du cerveau. La prévalence du syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) dans le monde occidental est environ de 0,5 à 3 cas pour 1 000 naissances vivantes alors que l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) est estimé à 9 cas pour 1 000 naissances vivantes[44] 700 à 3 000 enfants sur 750 000 naissances par an auraient un SAF grave notamment avec une incidence plus élevée dans certaines régions en particulier la Normandie d'après l'Inserm en 2001 [43] Elle est la première cause d'handicap mental d'enfant d'origine non génétique.

De ce fait, le message recommandant « Zéro alcool » pendant la grossesse reste d'actualité. Un guide avait été dédié aux professionnels de santé en 2011 par le ministère de la santé pour les aider dans cette approche. [46]



Figure 5 : Exemple d'affiche informative

En 2016, moins d'un tiers des femmes disent avoir reçu la recommandation de ne pas consommer d'alcool pendant leur grossesse. [17]

Les médecins doivent être en mesure d'amorcer le dialogue avec leurs patientes sur ce sujet sans banaliser la consommation d'alcool, même modérée.

1.2.3.2.3 Les drogues

D'après le baromètre de santé 2010, le cannabis semble être la drogue la plus consommée étant donné sa facilité d'accès dans les différentes échelles sociales. 37.6% des femmes de 15-30 ans ont déjà fumé du cannabis. Entre 20 et 25 ans, les niveaux d'usage régulier sont les plus importants, quel que soit le sexe.

L'exposition prénatale au cannabis serait à l'origine de diverses complications obstétricales, développementales et de troubles cognitifs pouvant avoir des conséquences à long terme.

Il paraît nécessaire d'informer les femmes sur les risques d'une exposition au cannabis, de les interroger sur leurs modalités de consommation et de les aider à protéger leur bébé. [46]

La toxicomanie est un phénomène inquiétant puisqu'elle associe un risque de polyaddictions aux risques infectieux. Les problèmes infligés à l'enfant de mère toxicomane sont médicaux, psychosociaux et éducatifs.

La mère nécessite une surveillance obstétricale rapprochée, une bonne compréhension de sa toxicomanie et un soutien psychosocial.

Tout sevrage comporte un risque de mort fœtale dans le 1^{er} trimestre de grossesse. Si les patientes sont demandeuses, un sevrage progressif leur sera proposé sur plusieurs semaines en milieu hospitalier. [48]

1.2.4 La prévention

1.2.4.1 L'environnement social

D'après l'Inrs, l'environnement professionnel n'est pas dénué de certaines expositions à risques pour la grossesse que ce soit chimiques, biologiques et radiologiques.

Prendre en compte les conditions de travail permet d'évaluer le niveau de risque professionnel : le temps de trajet, les efforts physiques et l'exposition à des produits tératogènes. Les risques pour la fertilité et la tératogenèse doivent faire l'objet d'une information de la part de l'employeur et du médecin du travail, ce qui lève le frein sur la consultation préconceptionnelle. [49]

D'autre part, les femmes à faible revenu, isolées et dans un contexte familial difficile, parfois d'origine étrangère et en situation irrégulière ont difficilement accès aux soins. Elles ont donc une surveillance prénatale insuffisante qui augmente le risque de prématurité. [36]

Ces femmes sont plus souvent victimes de maltraitances conjugales et touchées par des complications secondaires aux addictions ou risques infectieux.

Des pathologies psychiatriques seraient notamment favorisées par le contexte de précarité. Avoir la possibilité de se faire aider sans difficulté par la protection maternelle et infantile, les psychologues ou assistantes sociales est nécessaire pour ces femmes.

1.2.4.2 L'alimentation

Les mesures édictées par l'ANSES visent à prévenir des risques liés aux infections d'origine alimentaire, comme la toxoplasmose et la listériose durant la grossesse.

La listériose est une infection rare mais potentiellement grave causée par l'ingestion d'aliments contaminés par *listeria monocytogenes*. La listériose peut causer un avortement spontané ou affecter la santé maternelle et celle du nouveau-né.

La toxoplasmose est une zoonose parasitaire alimentaire. L'homme se contamine en consommant de l'eau ou des aliments contaminés tels que la viande crue ou insuffisamment cuite. Plus tôt dans la grossesse survient la primo-infection de la toxoplasmose, plus le risque de développer des troubles congénitaux graves est élevé.

Des règles hygiéno-diététiques lors de la consultation préconceptionnelle bien expliquées et conduites évitera toute contamination alimentaire durant la grossesse.

Il ne faut pas oublier d'aborder d'éventuels troubles du comportement alimentaire (grignotage, hyperphagie ou anorexie) qui pourraient compliquer la grossesse. [50]

1.2.4.3 Les risques des maladies sexuellement transmissibles

La proposition d'une sérologie VIH au cours de la première consultation prénatale a des retombées importantes car la connaissance du statut sérologique conditionnerait l'accès à des soins adaptés pour la femme et la prévention d'une transmission mère-enfant ainsi que celle du conjoint.

Les infections génitales à Chlamydia ou Gonocoque peuvent être dépistées précocement. Un traitement peut être envisagé pour la femme et son partenaire du fait du risque des complications obstétricales.

Le virus de l'hépatite B n'induit pas d'embryofoetopathie mais peut provoquer une infection chronique chez l'enfant à la suite d'une transmission lors de l'accouchement. Cette pathologie est grave pour la femme et son dépistage au cours de la grossesse s'inscrit également dans une démarche générale de prévention primaire et secondaire de la maladie. [51]

La syphilis qui présente un risque de malformations congénitales, devra être traitée par pénicilline si la patiente est positive pour éviter la contamination du fœtus.

L'hépatite C dans le bilan préconceptionnel peut être recommandée s'il existe des facteurs de risque.

Le médecin traitant prescrira donc le bilan suivant : sérologie VIH, sérologie hépatite B et C, sérologie syphilis et prélèvement vaginal avec recherche clamydiae et gonocoque chez les femmes à risque. [52]

1.2.4.4 L'acide folique

L'acide folique ou vitamine B9 est indispensable à la division cellulaire durant l'embryogenèse, elle est malheureusement apportée en faible quantité par l'alimentation. Des scientifiques ont montré que les femmes ayant un faible taux sanguin de vitamine B9 ont donné plus souvent naissance à des enfants atteints d'anomalie du tube neural. La prescription de l'acide folique est donc

recommandée à la dose de 0.4 mg par jour per os à commencer 8 SA avant la conception jusqu'à 12 semaines de gestation.

Celle-ci permettrait la diminution jusqu'à 80% du risque de développer une anomalie de fermeture du tube neural mais aussi une baisse des malformations congénitales. [53] Depuis 2000, le ministère de la santé recommande donc d'en prescrire systématiquement à l'arrêt de la contraception.



Figure 6 : Exemple d'affiche informative

Récemment, une étude rapporte que la prise de compléments vitaminiques notamment l'acide folique avant et pendant la grossesse diminuerait le risque pour l'enfant de développer un autisme. [54]

Chez les femmes ayant eu un antécédent d'anomalie de fermeture du tube neural parmi l'un de leurs enfants, le risque de récurrence est multiplié par trois.

Pour les femmes épileptiques, il existerait un risque accru de malformation de fermeture du tube neural en raison de leur traitement. Certains antiépileptiques accéléreraient l'élimination de l'acide folique qui, de ce fait, ne serait plus présent en quantité suffisante.

Chez les femmes souffrant de diabète de type 2, le taux de folate sérique est très faible dû à une moindre consommation d'aliments riches en folate. Il est donc conseillé un apport en acide folique plus important.

Pour ces trois derniers cas, il est recommandé de prendre un traitement par acide folique à dose plus élevée de 5 mg/jour 1 mois avant la conception et durant le 1^{er} trimestre de grossesse. [55]

Malgré la preuve de son efficacité, la proportion de femmes ayant pris de l'acide folique avant leur grossesse reste encore très faible à 23.2% en 2016 même si celle -ci a augmenté depuis 2010 (14.8%). [17]

1.2.4.5 Les vaccinations

Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) préconise aux femmes nées avant 1980, non vaccinées contre la rubéole, de recevoir une dose de vaccin trivalent (rougeole, oreillon, rubéole) au lieu d'un vaccin rubéoleux seul.

Il ne faudrait pas revacciner les femmes ayant reçu les 2 doses vaccinales, quel que soit leur résultat de la sérologie. Ce vaccin présenterait un risque tératogène et nécessiterait donc une contraception 2 mois avant le vaccin et dans le mois suivant.

Pour la coqueluche, il faudrait mettre à jour le vaccin contre la diphtérie, tétanos poliomyélite et coqueluche (dTcaPolio) et être revacciné le cas contraire (rappel tous les 20 ans). Elle peut être vaccinée sans délai avant la grossesse voir même pendant la grossesse mais les recommandations préfèrent l'administrer en post-partum.

Le HCSP conseilleraient de faire un rattrapage du vaccin anticoquelucheux aux adultes susceptibles de devenir parents dans les mois ou années à venir et qui n'ont pas reçu de rappel depuis plus de 10 ans afin de protéger le nouveau-né de la coqueluche dans les premiers mois de vie. En effet, il existe une recrudescence de la coqueluche chez les nouveaux nés. Il n'y a pas de risques embryofœtales suite à ce vaccin. En 2016, les femmes enceintes sont nombreuses à ne pas connaître leur statut vaccinal pour la coqueluche (28%) ou à ne pas être à jour de leurs vaccinations (35%). [17]

La vaccination contre la varicelle est fortement recommandée si la personne concernée n'a pas contracté cette maladie durant l'enfance. Une vaccination peut être réalisée si le test de grossesse est négatif et une contraception efficace 3 mois après la dose de vaccin selon l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

La vaccination contre l'hépatite B a un intérêt contre la transmission de pathologie hépatique chronique chez l'enfant et chez la mère. On peut vacciner la patiente pendant la grossesse, il n'y a pas de délai entre le vaccin et la grossesse. [56]

En France, l'administration d'une dose de vaccin antigrippal trivalent inactivé est recommandée chez les femmes enceintes quel que soit le trimestre de grossesse selon le HCSP depuis 2012.

Prise en charge par l'Assurance maladie, elle permettrait de protéger les mères pour lesquelles le risque d'hospitalisation pour complication au cours de la grippe (fausse couche ou risque d'accouchement prématuré) est de deux à huit fois plus élevé mais également celui de leurs nouveau-nés pendant les premiers mois de vie.

En 2016, seules 7,4% des femmes ont été vaccinées contre la grippe saisonnière. [17] Un guide pratique « Prévenir la grippe saisonnière » a été édité en septembre 2017 destiné aux professionnels de santé pour favoriser sa pratique.

1.2.4.6 La contraception

Depuis la mise en vente de la pilule depuis la loi Neuwirth en 1972, la prise de la pilule ne cesse de diminuer depuis les années 2000. D'après le récent baromètre de santé publique sur les méthodes contraceptives, les femmes « boudent » la pilule. En effet, les effets secondaires notamment thromboemboliques rapportés par les médias ont pu avoir un impact négatif. Malgré une diffusion dans la population générale de la contraception médicale (pilule, implant et stérilet), le recours à l'interruption volontaire de grossesse est encore trop fréquent notamment chez les jeunes femmes.[19]

Les antécédents d'interruption volontaire de grossesse sont d'ailleurs un facteur de risque de prématurité. [34] Les relations sexuelles hors contexte de conjugalité sont plus fréquentes. Les femmes ont des rapports sexuels alors qu'elles ne souhaitent pas d'enfant dans un contexte d'évolution du statut des femmes et d'allongement des études. Grâce à la contraception, la maternité peut être choisie par les femmes dans un contexte social et affectif stable. Malheureusement, le pourcentage des femmes ayant eu une grossesse sous contraception (donc a priori non désirée) a augmenté de 7.4 à 9.3% entre 2010 et 2016. [17]

Insister sur la bonne observance d'une contraception si une grossesse n'est pas prévue est donc une priorité ainsi que le rappel de la gestion des oublis.

1.3 Les professionnels de santé

En 2015, la région Haute-Normandie recensait 1 616 médecins généralistes libéraux et mixtes. Malheureusement cet effectif est en baisse de 12% ces huit dernières années. [57] (Cf. Figure 7)

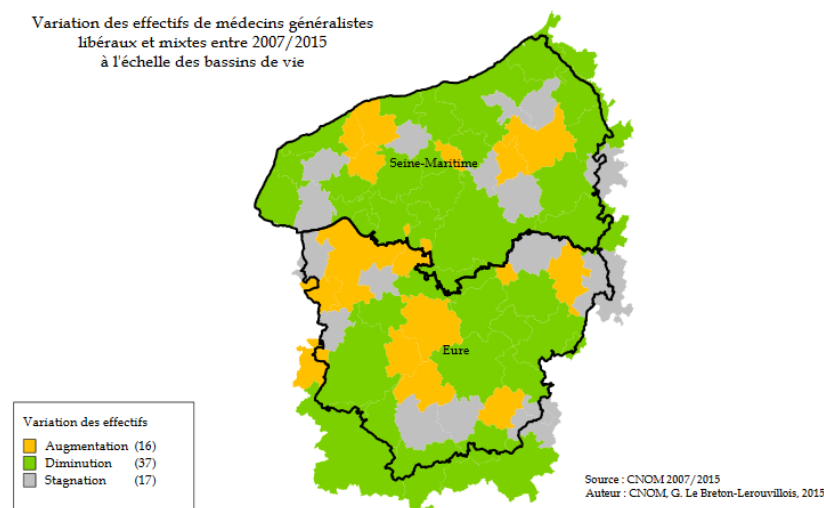


Figure 7 : Effectif des généralistes en Haute-Normandie

50 gynécologues médicaux étaient inscrits aux tableaux des Ordres départementaux Haute-Normandie en activité régulière avec un mode d'exercice libéral ou mixte en 2015. Sur la période 2008-2015, les effectifs ont diminué de 37,5%. [57] (Cf. Figure 8)

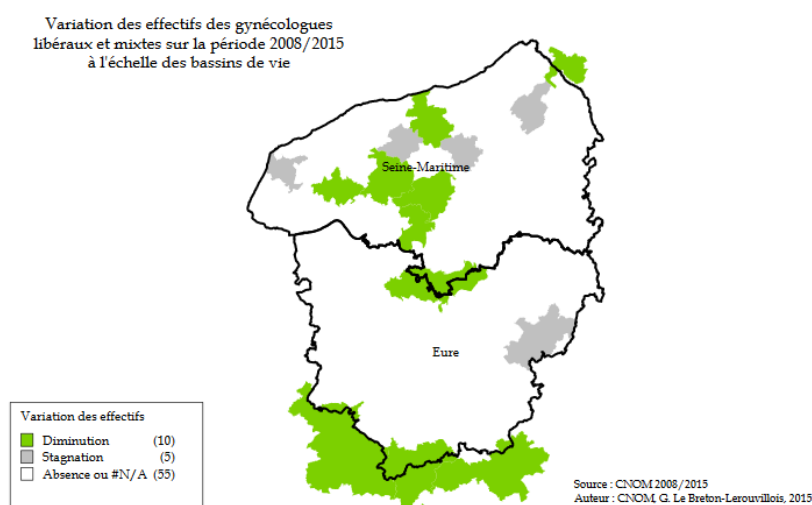
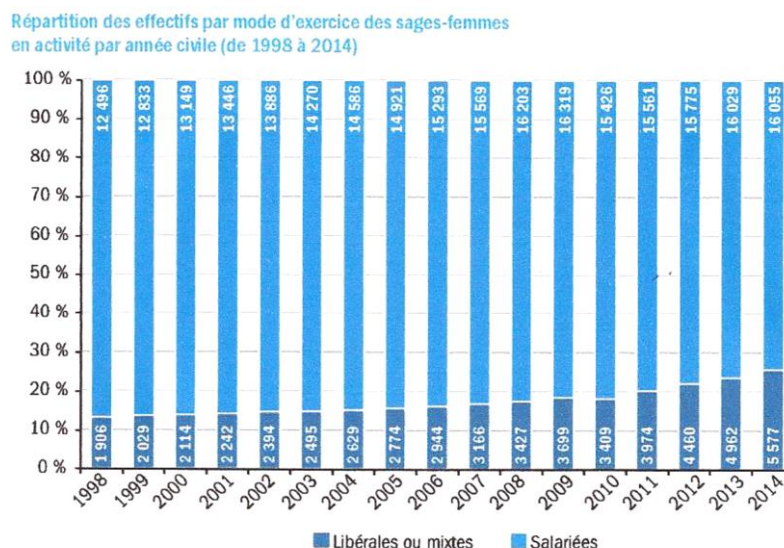


Figure 8 : Effectif des gynécologues en Haute-Normandie

Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en 2014, les sages-femmes étaient 541 dont 61 en libéral en Haute-Normandie. Leur effectif connaît une forte augmentation en France avec le développement d'une activité libérale. [58] (Cf. Figure 9)



Sources : ONDPS : Répertoire Adeli (1998-2010) RPPS : traitement Drees (2011-2014)

Figure 9 : Effectif des sages-femmes en France

19,3% des femmes enceintes ont consulté un généraliste en 2016 versus 23,8% en 2010. La part des consultations auprès des sages-femmes libérales a augmenté, passant de 16% en 2010 à 25,2 % en 2016.

Pour la moitié des grossesses, le principal responsable du suivi prénatal pendant les six premiers mois reste un gynécologue-obstétricien en ville. [17]

L'entretien individuel précoce (ou du 4^{ème} mois) a été mis en place progressivement avec le plan périnatalité 2005-2007 par la sage-femme dans la surveillance prénatale. Depuis la loi de 2009, elles assurent désormais les suivis gynécologiques de prévention (frottis, traitement contraceptif...)

Le pourcentage de femmes qui avait en 2010 déclaré sa grossesse après le premier trimestre avait légèrement augmenté, pour la première fois depuis 1995, reflétant un retard du début de la surveillance prénatale pour certaines femmes. [7]

En 2016, seulement 35,3% des femmes rapportaient avoir consulté un médecin ou une sage-femme en prévision de leur grossesse. [17]

1.4 Objectif de l'étude

Dans une étude menée en 2012 auprès de femmes se présentant dans un centre de Prévention Maternelle et Infantile (PMI) du département de la Loire, quel que soit le motif de consultation :

66% des femmes estimaient prioritaires l'arrêt des drogues et de l'alcool, l'arrêt du tabac et l'absence de violences verbales ou physiques, et enfin le risque de toxicité médicamenteuse.

48% estimaient une consultation préconceptionnelle nécessaire.

41% se souvenaient en avoir discuté avec un médecin, surtout celles qui avaient plus de 31 ans, un antécédent de grossesse difficile ou un traitement chronique.

Malheureusement, celles qui ont présenté des coaddictions ne se souviennent pas avoir parlé de la préconception avec leur médecin généraliste.

46% souhaitaient recevoir des informations entre 15 et 25 ans, prioritairement par un médecin.

Les risques liés aux toxiques, violences, automédication semblent bien connus, à l'inverse des risques liés aux maladies génétiques, infectieuses et aux anomalies de fermeture du tube neural.

L'intérêt par conséquent d'une consultation dédiée à cette information en dehors de tout désir de grossesse semble importante. [59]

Une thèse qualitative réalisée auprès de 20 patientes en âge de procréer portant sur la consultation préconceptionnelle montre qu'elles rencontrent des difficultés à

obtenir des informations suffisantes auprès de leur médecin traitant. Elles ne connaissent pas l'intérêt de la consultation préconceptionnelle. [60]

La HAS en 2009 a délivré des recommandations dédiées aux professionnels de santé pour inciter cette démarche, pourtant la consultation préconceptionnelle semble tomber dans l'oubli.

Notre étude vise donc à faire un état des lieux de la pratique préconceptionnelle chez les médecins généralistes Hauts-Normands en 2017 puis d'isoler les freins à la réalisation de cette pratique et de rechercher des solutions facilitant leur pratique.

2. L'étude

2.1 Le type d'étude

L'étude est transversale, observationnelle et descriptive. Cette enquête quantitative et rétrospective a été menée afin de répondre à l'objectif principal et aux objectifs secondaires.

Elle consistait à l'envoi d'un questionnaire disponible sur internet ou par courrier destiné aux médecins généralistes haut-normands.

Nous avons créé une page internet via « Google form » afin d'héberger le questionnaire sous format électronique.

Suite aux premières réponses, nous avons élargi l'effectif d'échantillonnage en adressant quelques questionnaires par courrier.

Le questionnaire était structuré en plusieurs items :

Profil du généraliste, pratique du médecin généraliste, freins à la réalisation de la consultation préconceptionnelle, freins pendant la consultation préconceptionnelle, solutions apportées, avis du médecin généraliste. Il est repris en intégralité dans les annexes.

Il était précédé d'un court argumentaire sur notre travail.

« Bonjour, Je sollicite votre participation pour la réalisation de ma thèse, mon questionnaire est anonyme et rapide. Il me permettrait de connaître votre pratique et d'identifier les obstacles que vous rencontrez pour trouver des solutions facilitant notre pratique. »

2.2 Le recrutement des médecins généralistes

Le mode de recrutement s'est effectué grâce au réseau personnel des médecins généralistes que j'ai rencontré et de mes MSU, via le collège national généraliste enseignant (CNGE), les participants de la formation médicale continue du Havre

(AHFMC) puis j'ai pu récupérer les adresses des cabinets à qui j'ai envoyé le questionnaire courrier via les pages jaunes.

Nous avons réalisé d'abord un groupe test pour voir la faisabilité du questionnaire auprès d'une dizaine de généralistes.

Puis les questionnaires ont été envoyés à partir du 15 Avril 2017 via la plateforme Google Form, nous avons effectué 2 relances en Mai. Puis des questionnaires sous format courrier ont été envoyés vers le 15 Juin 2017.

2.3 L'échantillon

Les critères d'inclusion étaient les suivants : médecin généraliste installé exerçant en Haute-Normandie.

Les critères de non inclusion étaient les suivants : les sages-femmes, les gynécologues, les médecins remplaçants, les médecins de la Basse-Normandie.

2.4 L'analyse des données

Les caractéristiques démographiques et la formation médicale des médecins généralistes étaient retenues, la pratique de la gynéco-obstétrique et celle de la consultation préconceptionnelle ont été évaluées.

Des freins à la réalisation de la consultation préconceptionnelle ont été relevés.

Des solutions ont été classées par ordre de préférence par les généralistes.

Les variables catégorielles sont présentées en pourcentages et effectifs.

Le test de chi 2 a été utilisé pour comparer les proportions, lorsque les conditions d'application étaient satisfaisantes.

Lorsqu'un des effectifs théoriques était inférieur à 5, le test exact de Fisher a été utilisé pour les données quantitatives.

3. Résultats

3.1 Le taux de participation

63 médecins ont répondu sur 164 questionnaires, le taux de réponse pour cette étude était de 38.4%.(cf. Figure 10)

Parmi ceux qui ont répondu, 18 médecins ont répondu par courrier (28.57%) et 45 médecins par mail (71.4%).

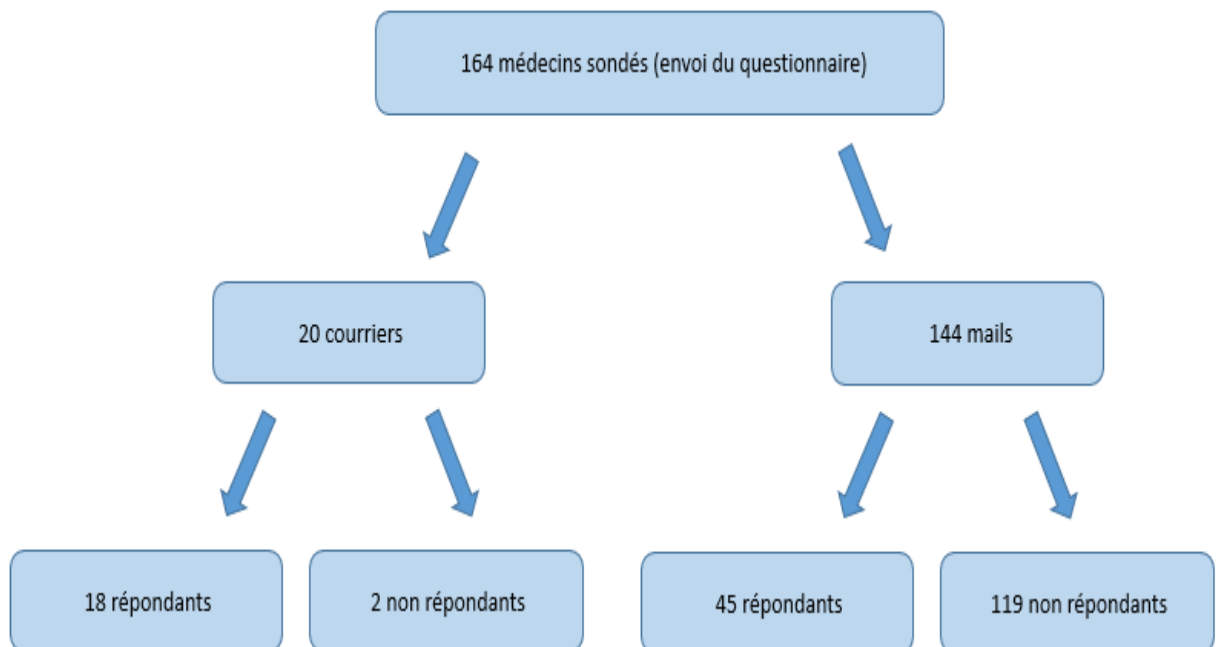


Figure 10: Participation des médecins

3.2 Le profil de généralistes

3.2.1 Caractéristiques de la population médicale étudiée

Le recrutement des généralistes est un bon reflet de la démographie médicale en France. En effet, la majorité des médecins interrogés était des femmes, âgés pour beaucoup de plus de 55 ans et exerçant en milieu urbain. Les médecins sont plutôt regroupés dans les cabinets médicaux. (Cf. Tableau 1)

Tableau 1: Description de l'échantillon

Age	Moyenne= 46,3ans		
	25-35ans=18(28,5%)	35-45ans=12(19%)	
	45-55ans=8(12,6%)	55-65ans=25(39.6%)	
Sexe	Sex ratio=0,61 Femme=39(62%)		Homme=24(38%)
Lieu d'installation	Rural=9(14%)	Semi-urbain=24(38%)	Urbain=30(48%)
Mode d'exercice	seul=13(21%)	Groupe=50(79%)	
	Libéral=60(95,2%)	Salarié=3(4.8%)	
Ancienneté d'exercice	<10ans=25(39,6%)	10-20ans=10(15,8%)	>20ans=28(44,4%)
Pratique particulière	Non=46(73%)	Oui=17(27%)	

46 (73%) médecins généralistes n'exercent pas d'activité en complément de celle de la médecine générale. Parmi les 17 (27%) médecins ayant une pratique particulière, certains cumulaient divers exercices. 12 (70.5%) d'entre eux étaient en lien avec le réseau materno-infantile (Cf. Figure 11)

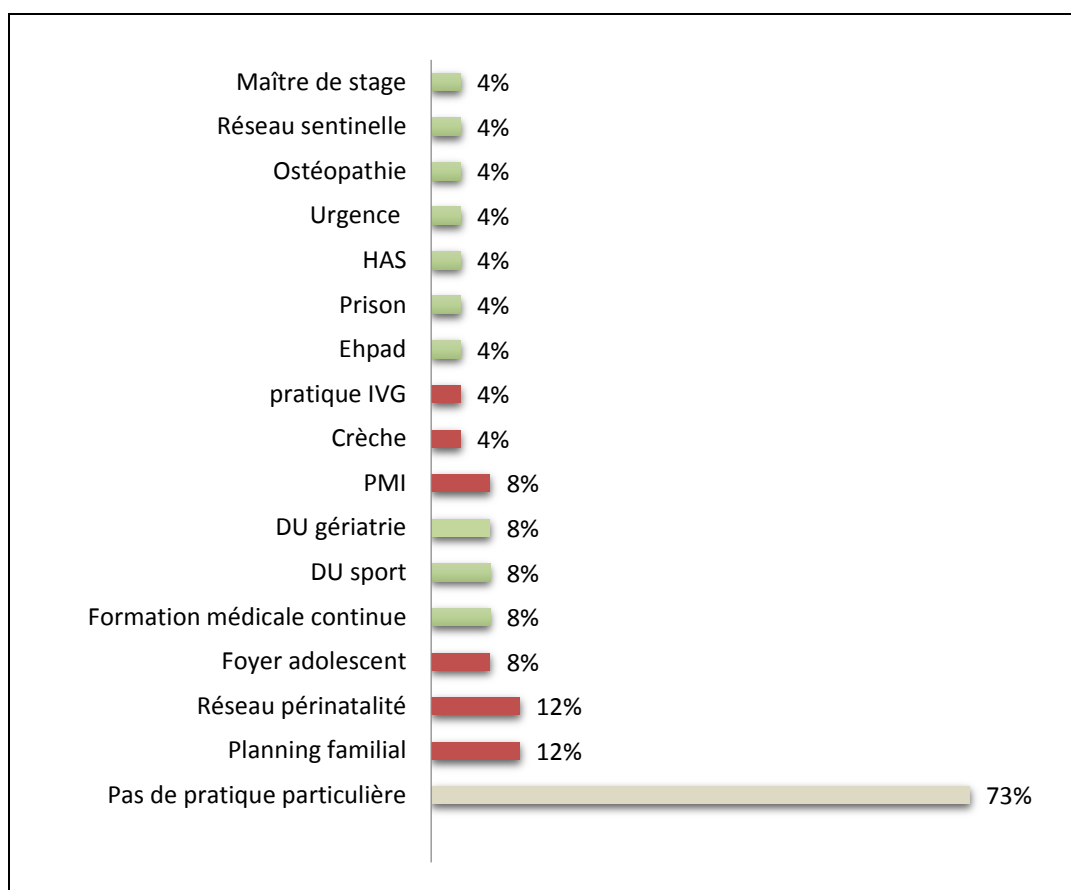


Figure 11 : Répartition des généralistes en fonction de la pratique

3.2.2 La formation des généralistes

Parmi les 63 médecins interrogés, 45(71%) MG n'ont pas fait le diplôme de gynécologie. Seul 18 (29%) médecins avaient fait cette formation complémentaire. (Cf. Figure 12)

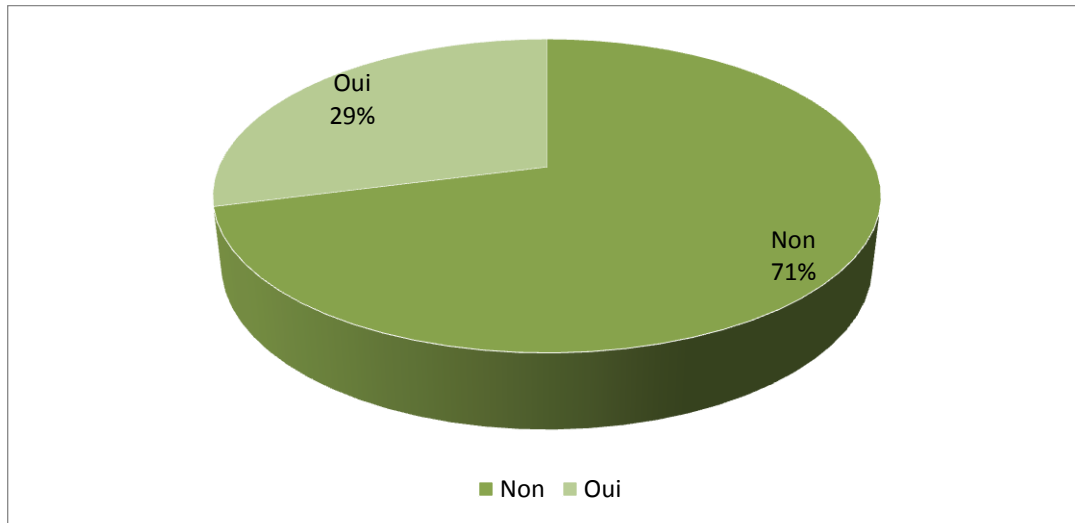


Figure 12 : Obtention du diplôme de gynécologie chez les généralistes

Les jeunes médecins sont davantage formés au diplôme de gynécologie. En effet, la formation des médecins généralistes a connu des changements notamment l'apparition de diplômes universitaires. La formation générale ne suffit pas toujours aux jeunes médecins pour la pratique de la gynécologie. Les jeunes internes ne sont pas tous assurés de pouvoir faire un stage de gynécologie. (Cf. Figure 13)

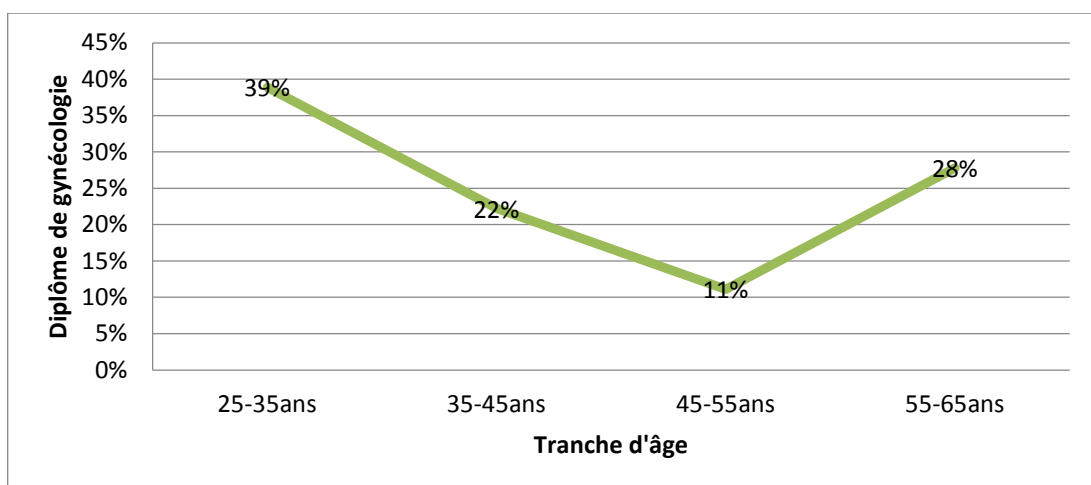


Figure 13 : Obtention du diplôme de gynécologie en fonction de l'âge

15 (83%) MG femmes exerçaient le diplôme de gynécologie versus 3 hommes (17%) ($\chi^2 0.043$). Les MG femmes s'intéressent davantage à ce sujet que les MG hommes. (Cf. Figure 14)

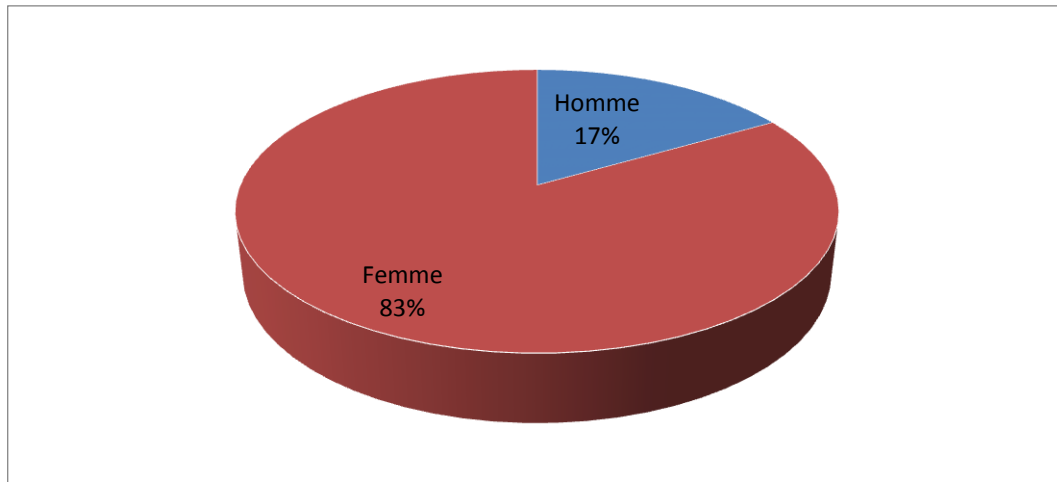


Figure 14 : Obtention du diplôme de gynécologie en fonction du genre

Il y a une petite différence sur l'acquisition du diplôme de gynécologie concernant le lieu d'installation, probablement pour répondre à une demande féminine urbaine. (Cf. Figure 15)

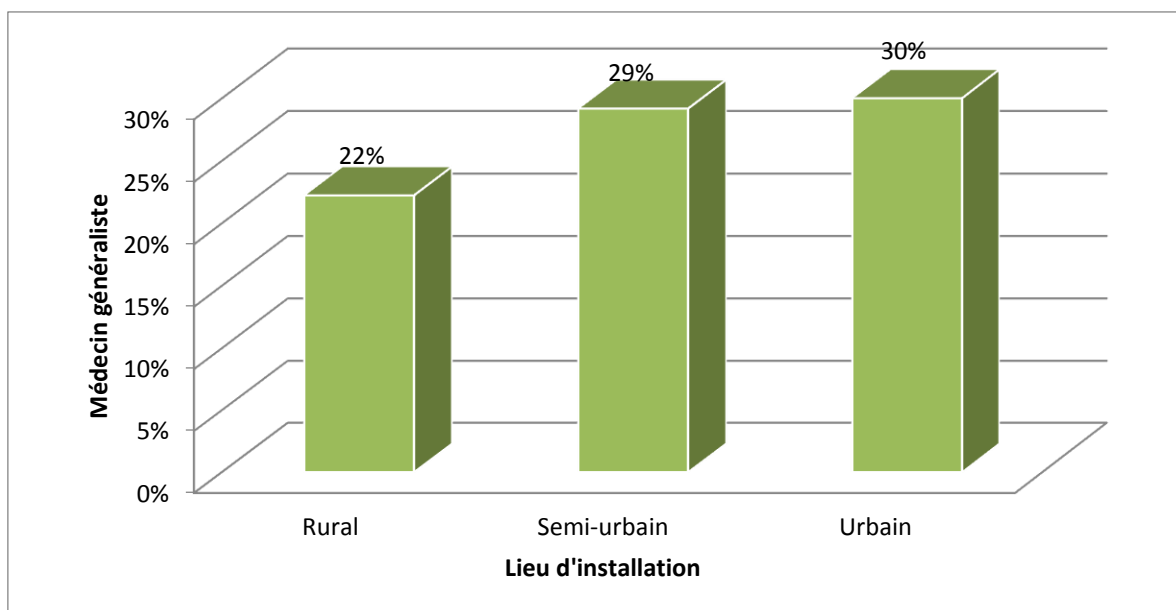


Figure 15 : Obtention du diplôme de gynécologie en fonction de l'installation

3.2.3 La connaissance des recommandations

Malheureusement, 27(43%) médecins ne sont pas au courant des recommandations de 2009 éditées par la HAS sur la consultation préconceptionnelle. (Cf. Figure 16)

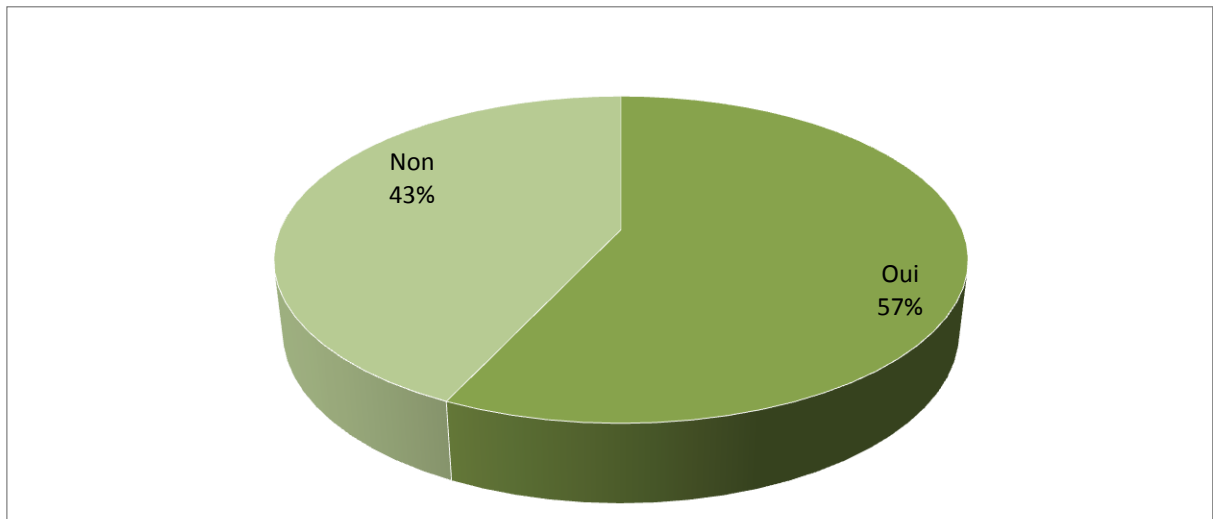


Figure 16 : Connaissance des recommandations chez les généralistes

Les médecins âgés de plus de 55 ans connaissent moins les recommandations contrairement aux jeunes médecins. Les médecins âgés avaient pourtant davantage connu la visite prénuptiale. (Cf. Figure 17)

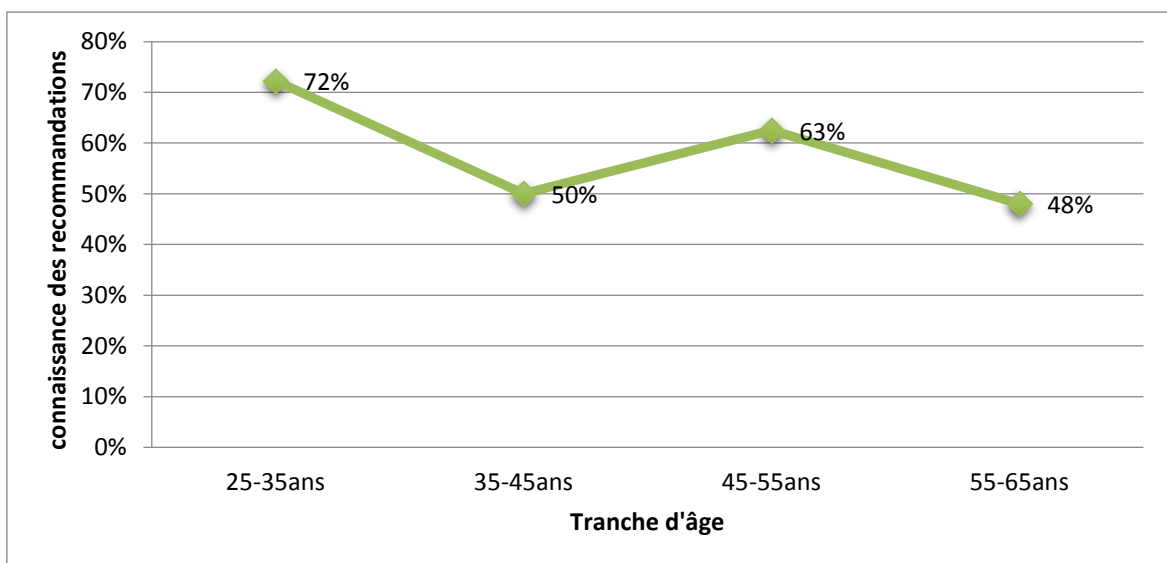


Figure 17 : Connaissance des recommandations en fonction de l'âge

27(75%) MG femmes connaissaient les recommandations versus 9 (25%) hommes ($\chi^2 0.02$). Les femmes sont plus informées des recommandations que les hommes. (Cf. Figure 18)

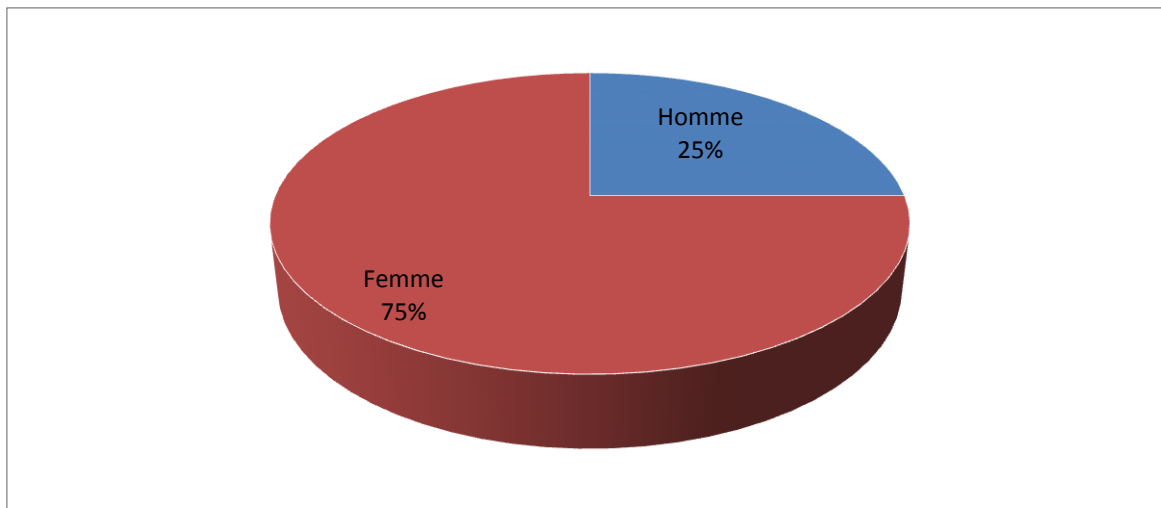


Figure 18 : Connaissance des recommandations en fonction du genre

Les médecins diplômés de gynécologie sont plus au courant des recommandations sur la CPC. ($Fisher 0.0001$) (Cf. Figure 19)

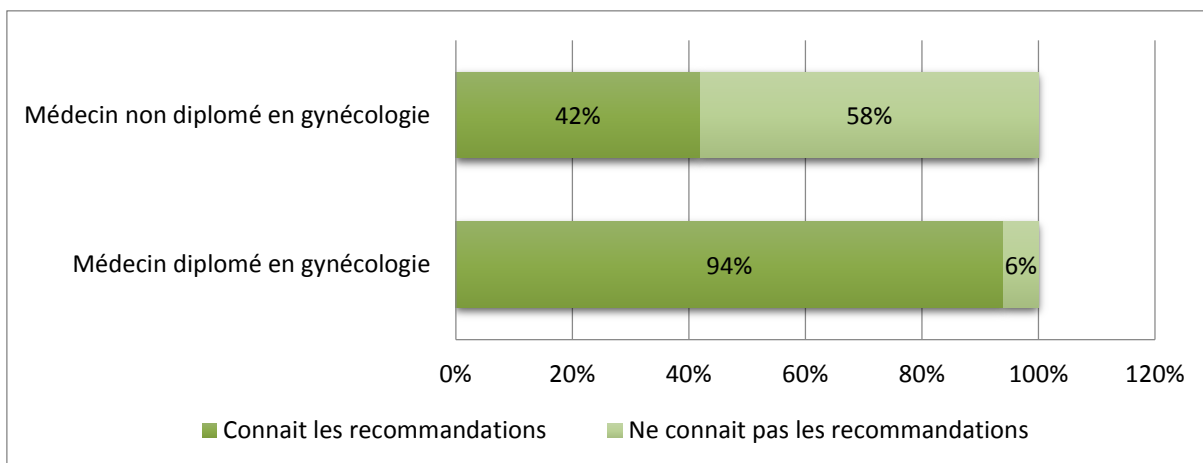


Figure 19 : Connaissance des recommandations en fonction du diplôme de gynécologie

Sur les 17 médecins ayant une pratique particulière, 12 connaissaient les recommandations, il s'agit des médecins qui exerçaient un métier en lien avec l'activité materno-infantile. (70.5%).

Les 5 médecins qui n'avaient pas connaissance des recommandations travaillaient aux urgences, avaient fait un DU de gériatrie ou étaient organisateur des soirées formation médicale continue.

Plus les médecins sont installés près des villes, plus ils sont au courant des recommandations (ils sont aussi plus près des centres de formation). (Cf. Figure 20)

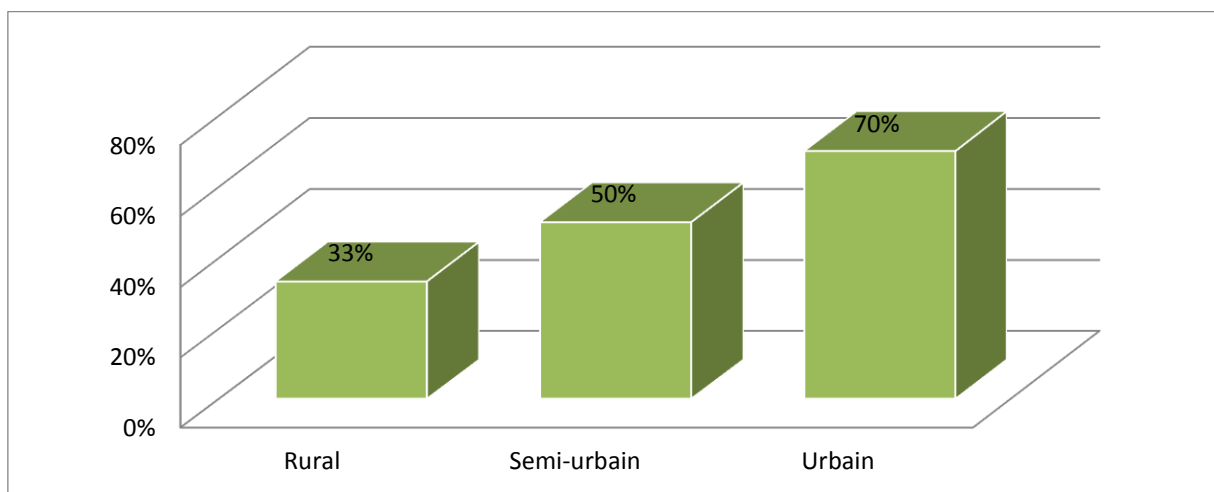


Figure 20 : Connaissance des recommandations en fonction du lieu d'installation

3.3 La pratique des médecins généralistes

3.3.1 La pratique gynéco-obstétrique

3.3.1.1 La gynécologie

Le médecin généraliste réalise en moyenne 112 consultations par semaine.

La majorité des médecins généralistes pratique entre 5 à 10 consultations de gynécologie par semaine. Une minorité fait plus de 10 consultations par semaine.

(Cf. Figure 21)

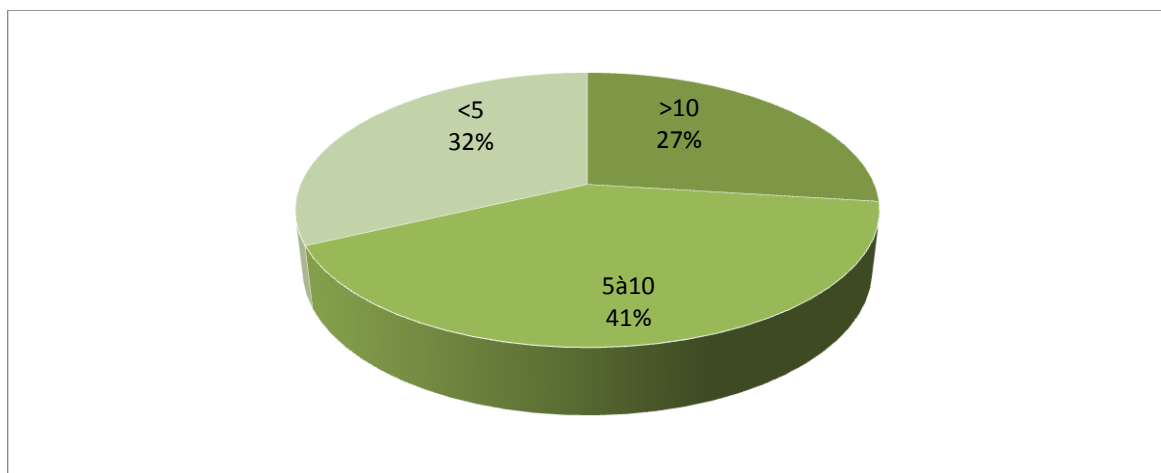


Figure 21 : Pratique de la gynécologie (consultations /semaine) chez les généralistes

Les médecins qui font plus de 10 consultations de gynécologie par semaine travaillent plus que la moyenne (124 consultations/semaine).

Plus les médecins font des consultations de médecine générale, plus ils font des consultations de gynécologie. (Cf. Figure 22)

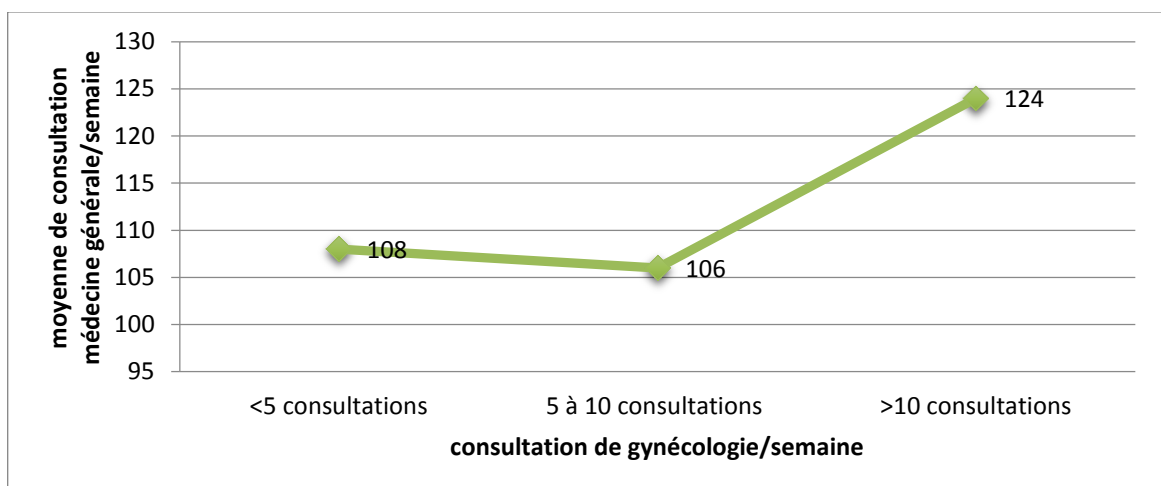


Figure 22 : Consultations de médecine générale en fonction des consultations de gynécologie

Les médecins âgés de plus de 45 ans font plus de consultation de gynécologie que les jeunes médecins. Les patientes se sentent probablement plus rassurées par la prise en charge d'un médecin qui reflète plutôt la tranche d'âge de leurs parents. (Cf. Figure 23)

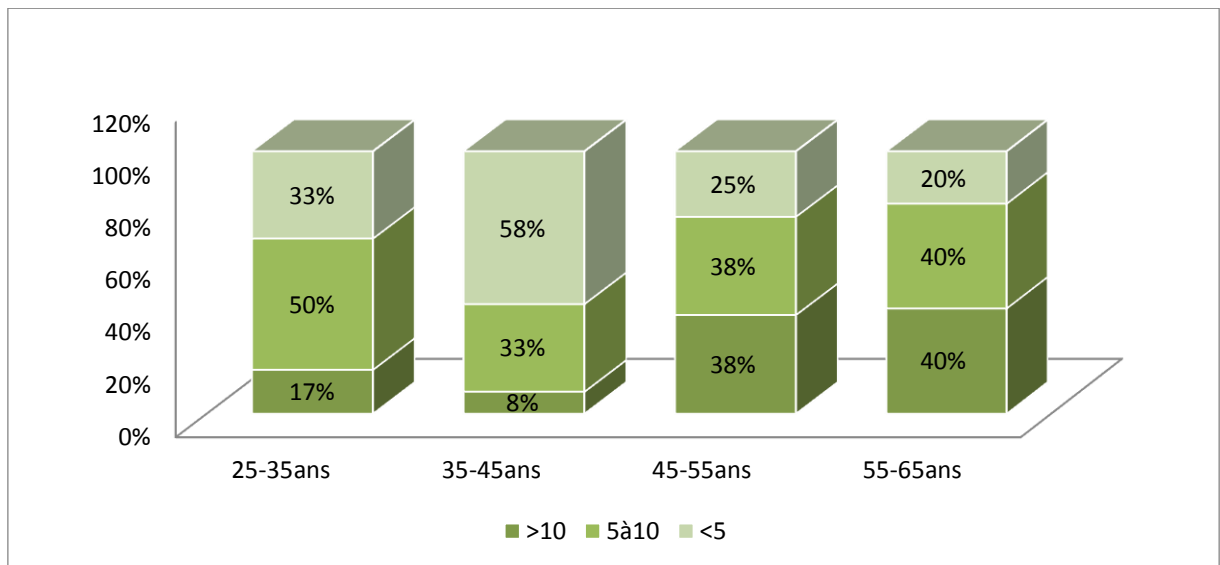


Figure 23 : Consultations de gynécologie/semaine en fonction de l'âge

33% des MG femmes font plus de 10 consultations de gynécologie par semaine alors que les MG hommes ne sont que 17% ($\chi^2 0.014$). Les MG femmes semblent avoir plus d'attrait à pratiquer la gynécologie que les hommes. (Cf. Figure 24)

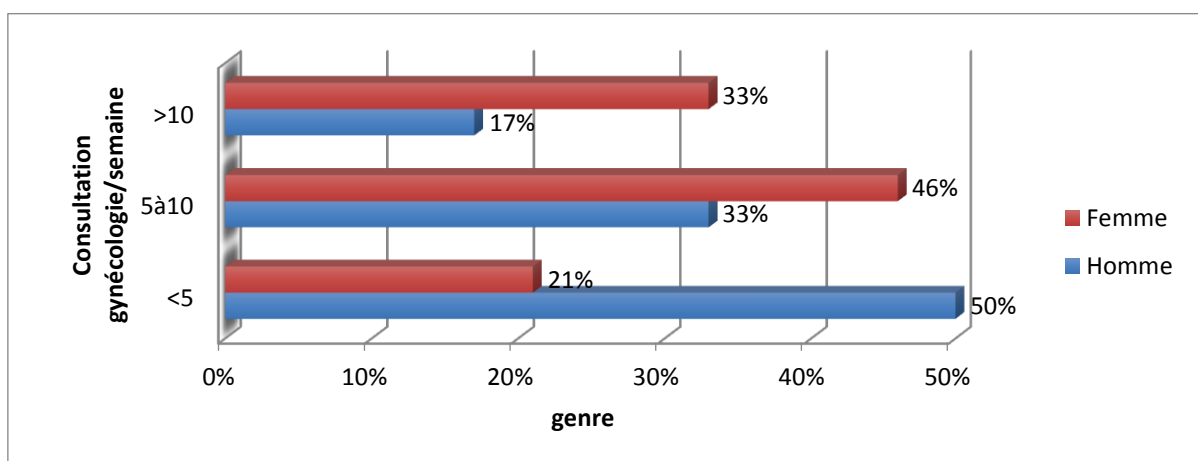


Figure 24 : Consultations de gynécologie/semaine en fonction du genre

Plus les médecins généralistes sont installés en milieu urbain, plus ils pratiquent la gynécologie. En effet, les campagnes sont peuplées par une population plus âgée ce qui diminue les chances de voir une jeune patiente dans leurs cabinets. Les jeunes couples s'installent en zone urbaine, plus proche du lieu de travail. (Cf. Figure 25)

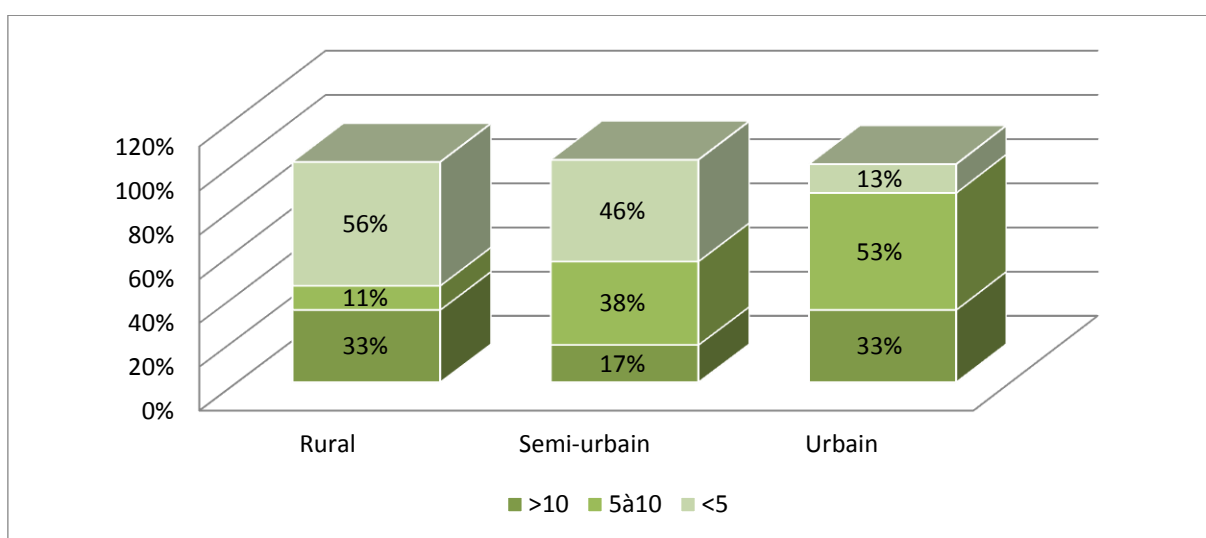


Figure 25 : Consultations de gynécologie/semaine en fonction du lieu d'installation

3.3.1.2 Le suivi de grossesse

Les médecins qui font des suivis de grossesses font en moyenne 112 consultations par semaine contre 123 consultations par semaine chez ceux qui n'en font pas. Les médecins qui ne font pas de suivi de grossesse ont paradoxalement une plus grande activité. Le suivi de grossesse est réputé pour être chronophage. (Cf. Figure 26)

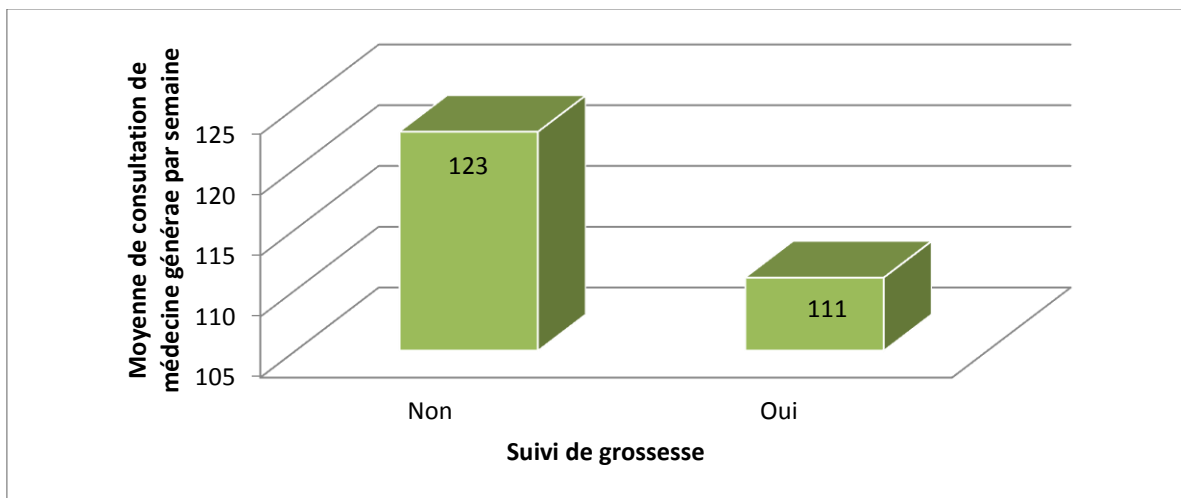


Figure 26 : Moyenne de consultation de médecine générale en fonction de la pratique des suivis de grossesse chez les généralistes

Quel que soit l'âge, les médecins font des suivis de grossesse, un peu moins chez les MG de plus de 55 ans. (Cf. Figure 27)

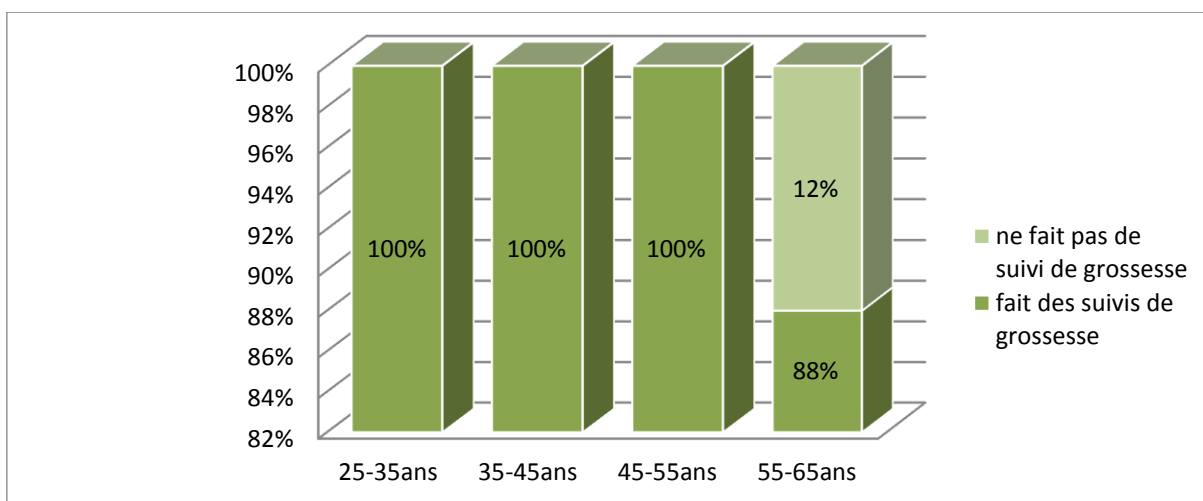


Figure 27 : Suivi de grossesse en fonction de l'âge

Les MG femmes font plus de suivis de grossesse que les MG hommes. (*Fisher 0.05*) (Cf.Figure 28)

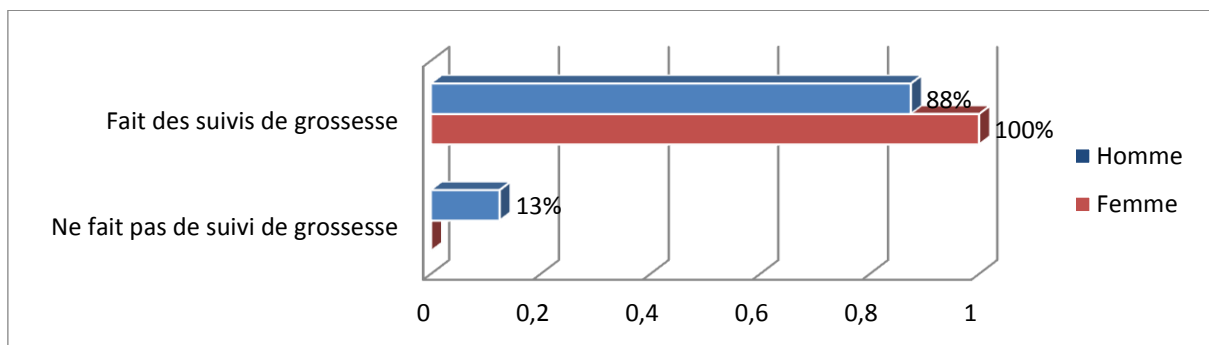


Figure 28 : Suivi de grossesse en fonction du genre

Plus les médecins sont proches des villes, plus ils font des suivis de grossesse. En effet, il y a une corrélation entre le fait de pratiquer davantage la gynécologie en ville et faire des suivis des grossesses en ville. (Cf. Figure 29)

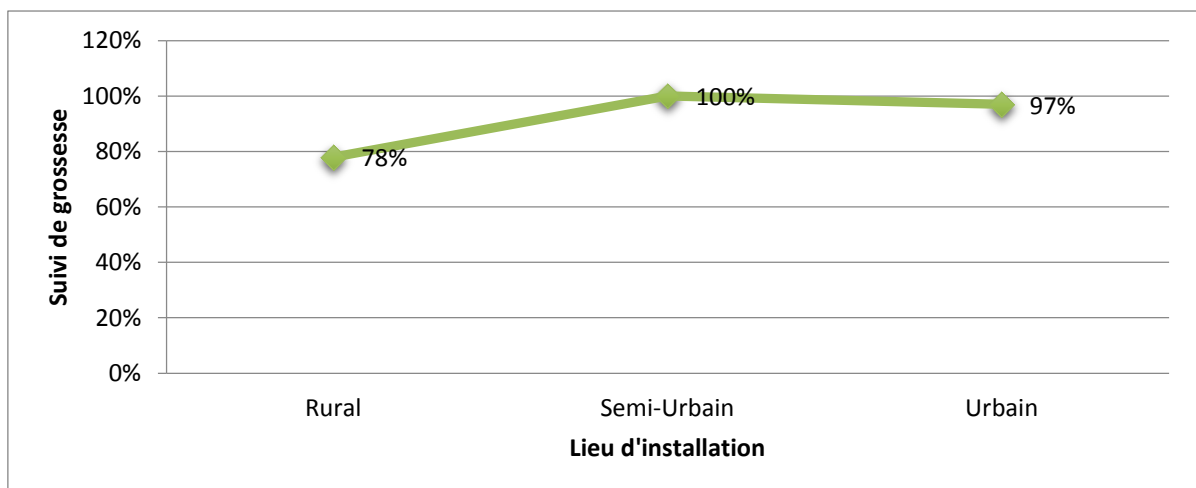


Figure 29 : Suivi de grossesse en fonction du lieu d'installation

3.3.2 La pratique préconceptionnelle

3.3.2.1 Les médecins proposent-ils des consultations préconceptionnelles ?

46% des médecins ne proposent pas de consultations préconceptionnelles à leur patiente. (Cf. Figure 30)

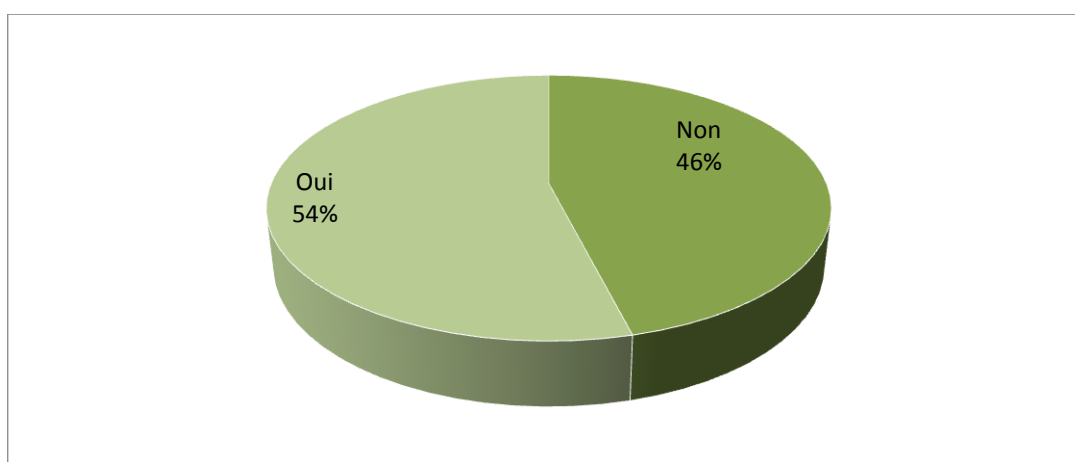


Figure 30 : Proposition de la consultation préconceptionnelle par les généralistes

26 (76%) MG femmes proposaient des consultations préconceptionnelles (*Chi2 0.018*) En effet, les MG femmes se sentent peut-être plus à l'aise pour lancer le sujet aux patientes que les MG hommes.

14 (41%) MG proposaient des consultations préconceptionnelles parmi ceux qui n'avaient pas le DU Gynécologie versus 4 (14%) MG parmi ceux qui étaient formés (*Fisher 0.024*). (Cf. Figure 31) Le diplôme de Gynécologie n'influence pas le généraliste sur le fait de sensibiliser ses patientes sur la CPC.

Les jeunes médecins sont ceux qui en proposent le plus. Sortant des études, Ils semblent plus sensibles à la prévention. Enfin, les médecins exerçant en milieu urbain en proposent pour la moitié d'entre eux.

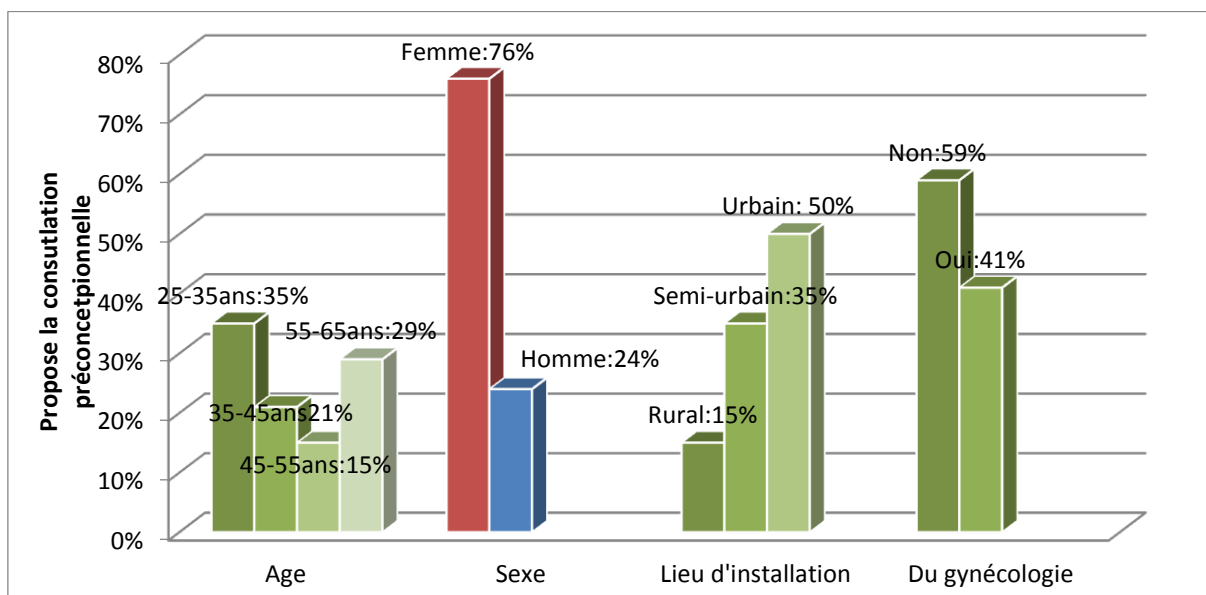


Figure 31 : Proposition de la consultation préconceptionnelle selon le profil du généraliste

Les médecins généralistes qui pratiquent plus de gynécologie, ne proposent pas plus de consultation préconceptionnelle. (Cf. Figure 32) Pourtant, Il s'agit là d'un moment plus opportun pour ouvrir la discussion sur un projet de grossesse.

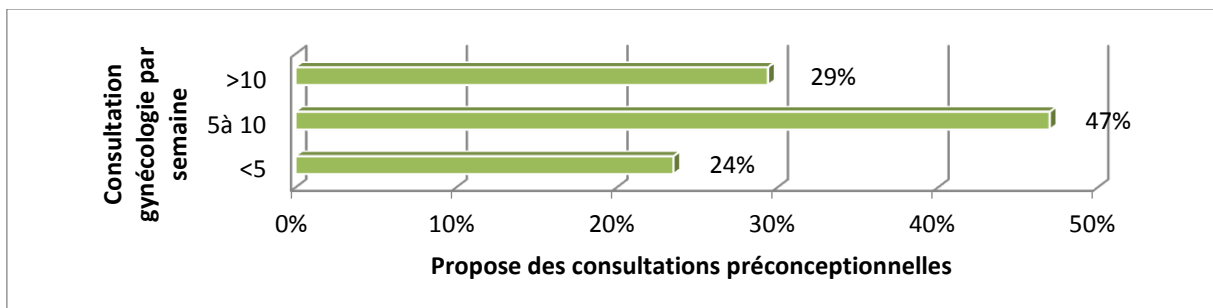


Figure 32 : Proposition de la consultation préconceptionnelle en fonction de la pratique gynécologique

Parmi les 60 médecins qui font des suivis de grossesse, 34 (57%) proposaient des consultations préconceptionnelles. Chez ceux qui ne faisaient pas de suivi de grossesse, aucun médecin (0%) ne proposait de consultations. Les médecins qui ne font pas de suivi de grossesse sont moins attentifs à la prévention des facteurs de risques pouvant toucher une grossesse. (Cf. Figure 33)

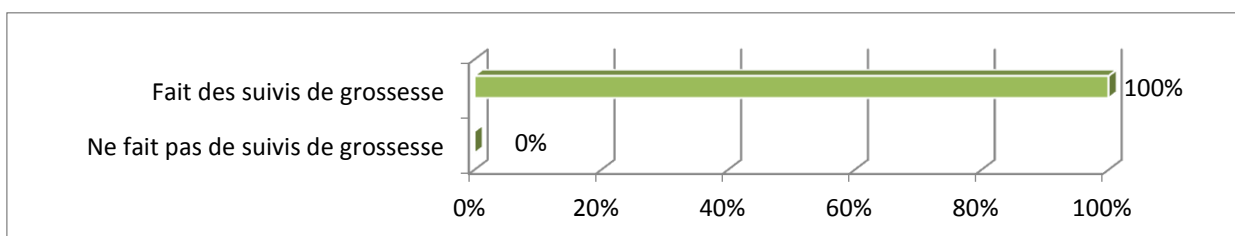


Figure 33 : Proposition de la consultation préconceptionnelle en fonction du suivi de grossesse

3.3.2.2 L'exercice préconceptionnel

19 (30%) médecins généralistes n'ont pas réalisé de consultation préconceptionnelle dans l'année en cours. Presque la moitié, 27 MG (43%) ont réalisé une consultation préconceptionnelle pour moins d'un quart de leur suivi de grossesse annuel.

Peu de médecins (2%) réalisent des consultations préconceptionnelles sur plus de 75% de leur suivi de grossesse. (Cf. Figure 34)

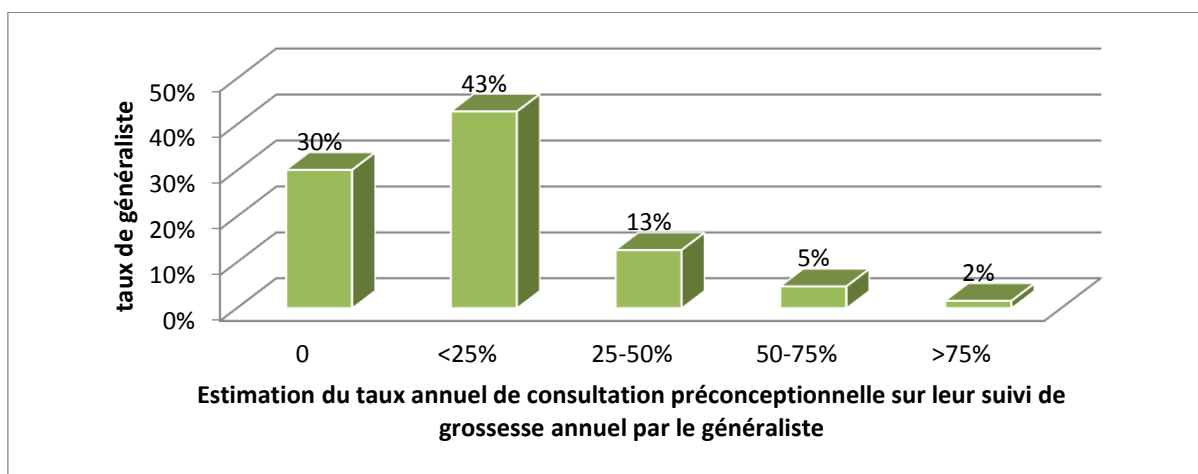


Figure 34 : Estimation de la pratique préconceptionnelle annuelle par les généralistes

Les MG de plus de 55ans étaient ceux qui pratiquaient le moins la consultation préconceptionnelle. Prendre en charge une femme sur le plan préconceptionnelle lorsqu'on l'a connu enfant peut être gênant que ce soit pour le généraliste ou la patiente. Le généraliste peut prêter moins attention de ce fait à la CPC.

Parmi ceux qui n'ont fait aucune consultation préconceptionnelle durant l'année, 12 (63%) étaient des hommes. (*Fisher 0.05*). 17 (89%) n'avaient pas fait le DU gynécologie (*Fisher 0.05*). Les MG qui ne proposaient pas la consultation préconceptionnelle étaient installés majoritairement en zone urbaine, ce qui peut paraître paradoxal puisqu'ils pratiquent beaucoup de gynécologie et font des suivis de grossesse. (Cf. Figure 35)

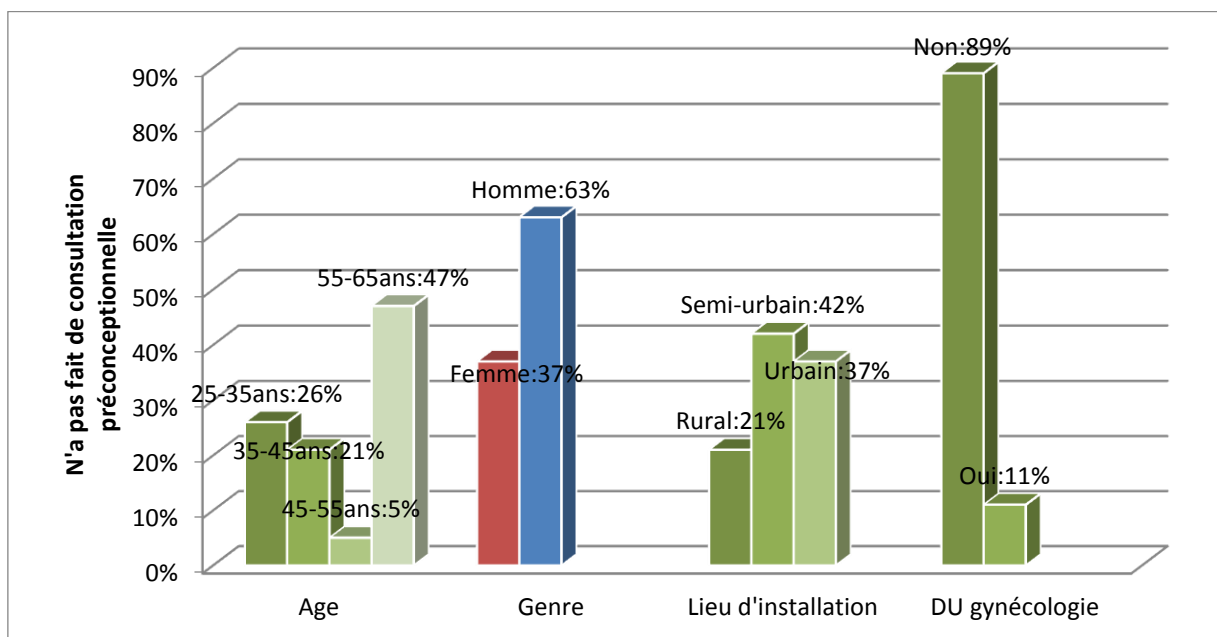


Figure 35 : Répartition des généralistes qui n'ont pas fait de consultation préconceptionnelle

Plus les médecins pratiquent la consultation préconceptionnelle, plus ils connaissent les recommandations. (*Fisher 0.007*). On comprend là l'importance de faire connaître ces recommandations afin d'influencer la pratique préconceptionnelle des généralistes. (Cf. Figure 36)

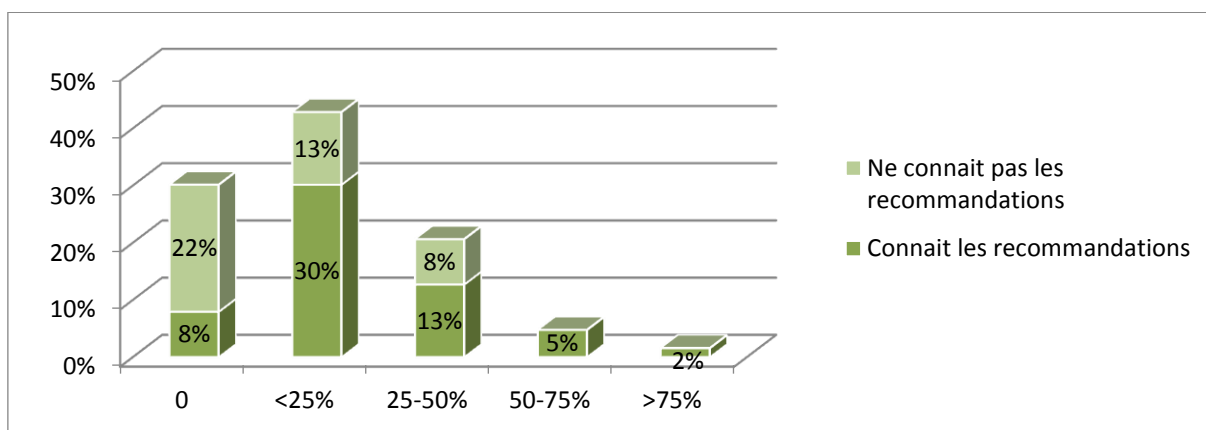


Figure 36 : Estimation annuelle de la consultation préconceptionnelle et connaissance des recommandations par les généralistes

Plus les médecins font des consultations de gynécologie, plus ils font des consultations préconceptionnelles. (Cf. Figure 37) En effet, même si les médecins généralistes n'en proposent pas plus pour autant lors d'une consultation de gynécologie, les femmes quant à elles sont plus à l'aise à parler de leur projet de grossesse.

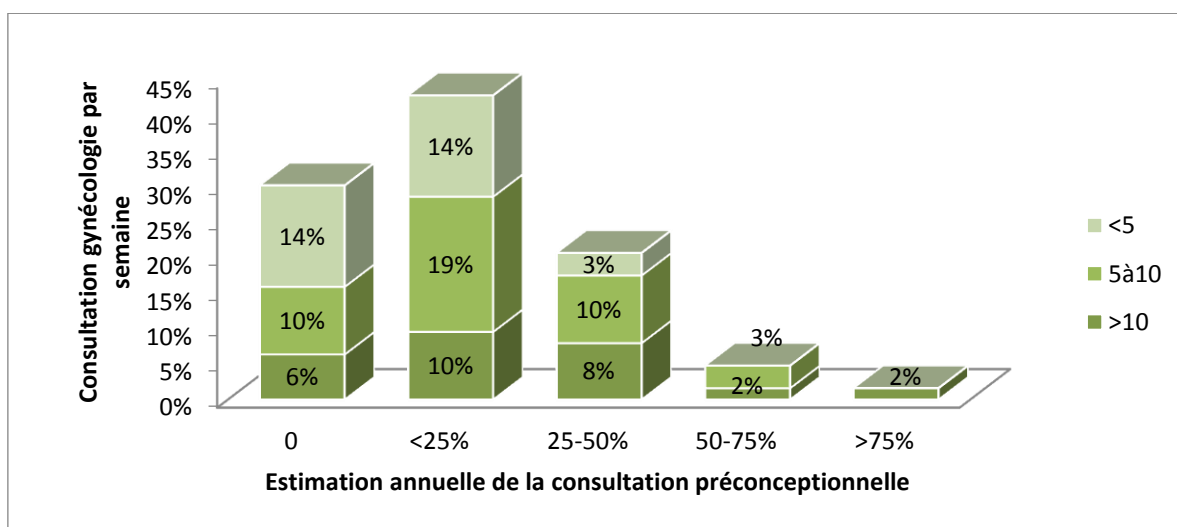


Figure 37 : Pratique de la consultation préconceptionnelle en fonction de la pratique gynécologique

Parmi les 29 médecins qui ne proposaient pas de CPC, 19 (66%) n'ont fait de consultation préconceptionnelle. Les messages qui sont transmis par les généralistes aux patientes ont une influence sur leurs pratiques.
(Cf. Figure 38)

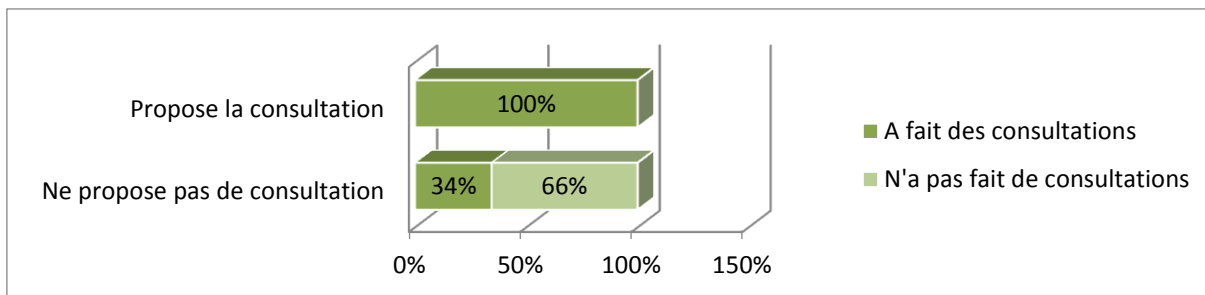


Figure 38 : Pratique de la consultation préconceptionnelle en fonction de la proposition d'une consultation préconceptionnelle par les généralistes

3.4 La patiente n'ayant pas eu la consultation préconceptionnelle

3.4.1 Les freins liés à la patiente

3.4.1.1 Les patientes viennent-elles voir leur médecin ?

45 patientes (72%) étaient venues voir leur médecin généraliste avant leur grossesse pour autant elles n'ont pas eu de consultations préconceptionnelles. Parmi celles-ci, une majorité (59%) était venue pour un motif non gynécologique (Cf. Figure 39) Malheureusement, elles n'ont soit pas programmé leur grossesse ou n'étaient pas informées de l'importance de la consultation préconceptionnelle.

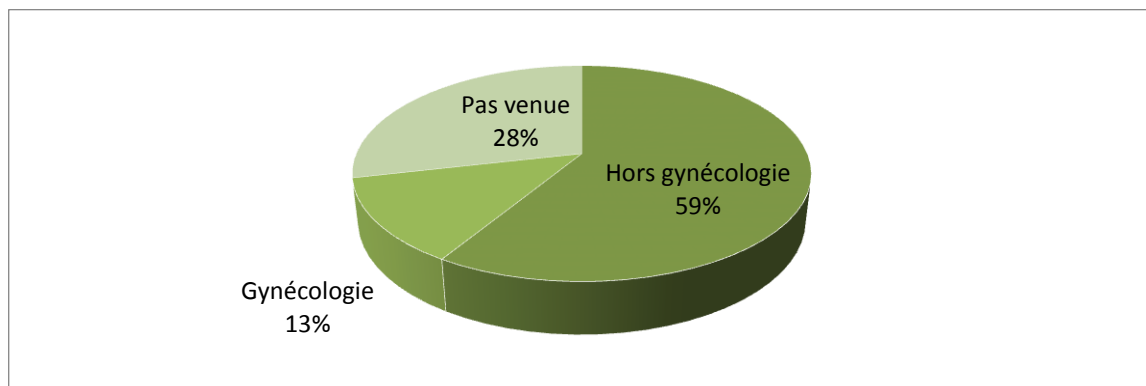


Figure 39 : Les patientes ont-elles vu leur médecin avant la grossesse ?

Parmi les 45 patientes qui sont venues voir leurs généralistes avant leur grossesse, seulement 11% ont parlé de leur projet d'enfant (Cf. Figure 40). Elles n'ont soit pas voulu en parler ou ont rencontré des réticences à confier leur désir auprès de leur médecin. Parmi les femmes ayant abordé leur grossesse auprès des généralistes (qui proposaient par ailleurs des consultations préconceptionnelles), le médecin n'avait pas eu le temps de faire une CPC.

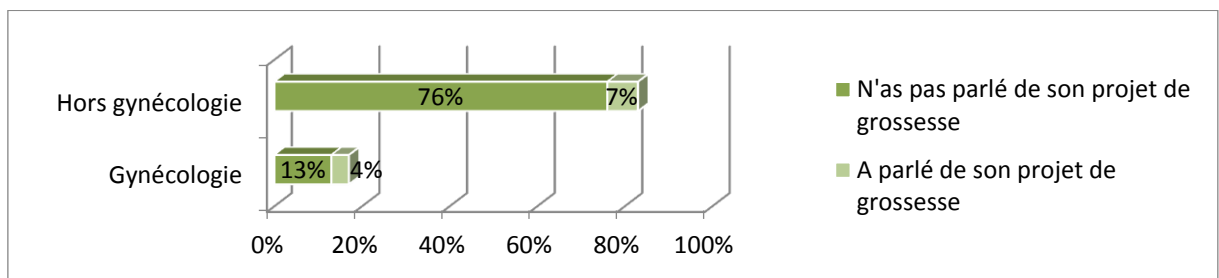


Figure 40 : Les patientes ont-elles parlé de leur grossesse ?

3.4.1.2 Le profil de la patiente est-il un frein ?

54 (86%) MG n'ont pas eu de freins liés au profil de la patiente parmi les 63 médecins. 9 (14.2%) médecins ont présenté des freins concernant le profil de la patiente. Parmi ceux qui ont rencontré les freins : (Cf. Figure 41)

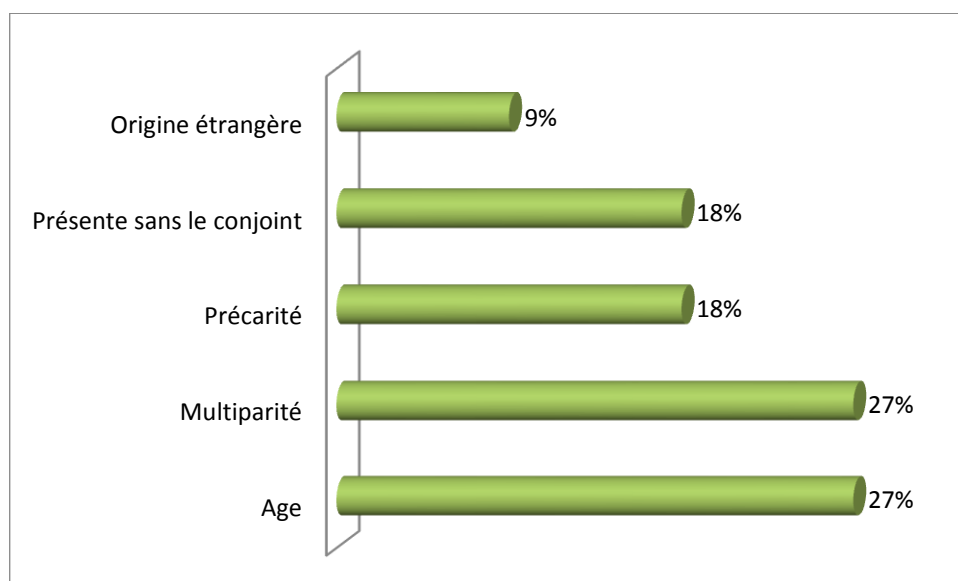


Figure 41 : Réticences par les généralistes

Dans notre étude, une femme et son conjoint ont refusé la CPC. Un antécédent familial héréditaire avait été relevé par le médecin et nécessitait un conseil génétique. Le couple ne souhaitait pas connaître les risques de transmission à leur enfant.

Les 35-45 ans (25%) sont ceux qui ont eu le plus de freins. Les hommes n'ont pas plus de freins que les femmes. Il n'existe pas de grande différence concernant le lieu d'installation. 16% des médecins n'ayant pas eu de diplôme de gynécologie ont eu des réticences face au profil de la patiente versus 11% chez ceux l'ayant eu. (Cf. Figure 42)

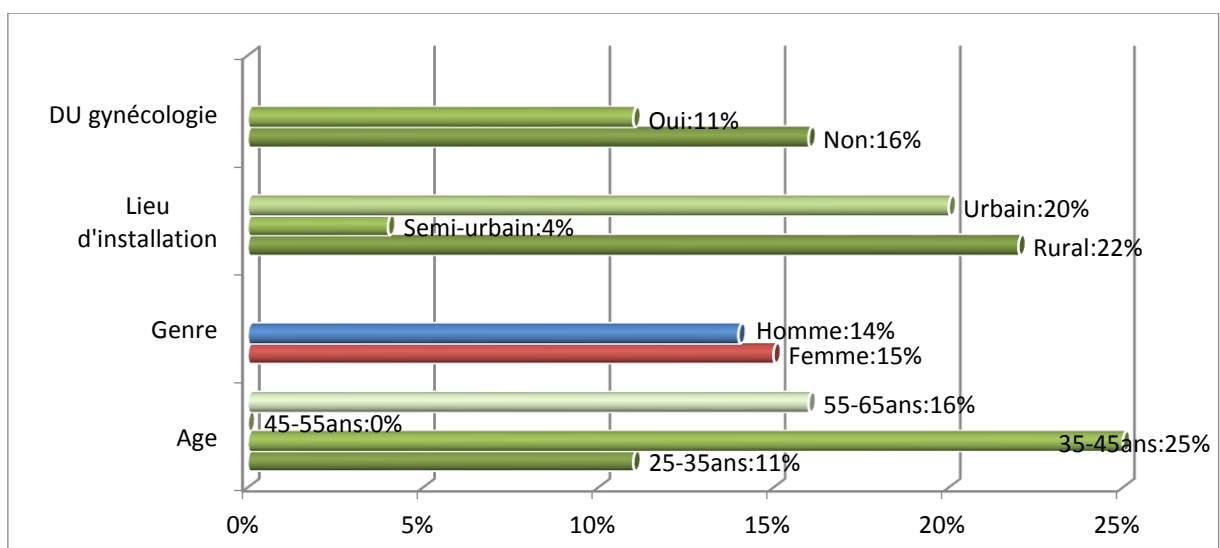


Figure 42 : Répartition des médecins ayant eu des réticences sur le profil de la patiente

3.4.2 Les freins liés au médecin

3.4.2.1 Les médecins pensent-ils à aborder la consultation ?

20 (32%) médecins ont pensé à aborder le sujet préconceptionnel et 41 (65%) médecins n'y ont pas pensé. (Cf. Figure 43)

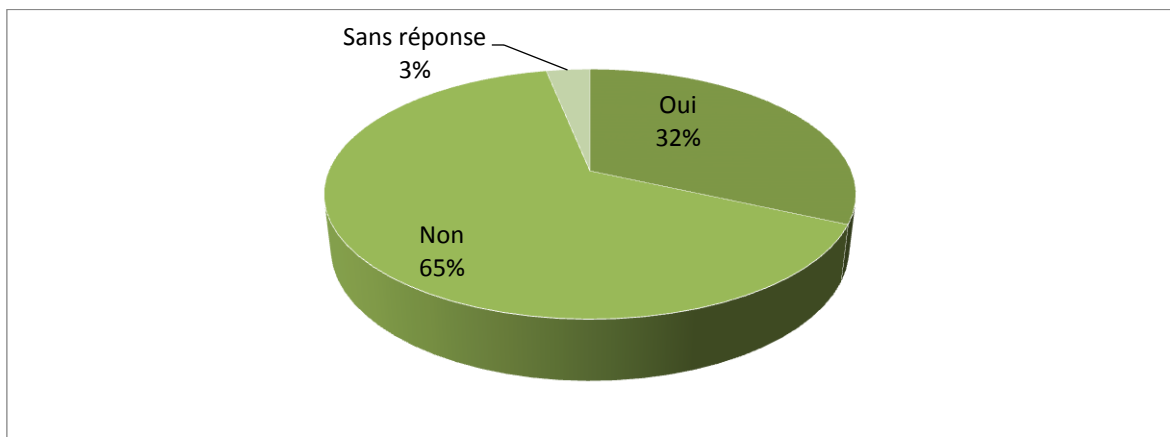


Figure 43 : Les médecins ont-ils pensé à la consultation préconceptionnelle?

Parmi les médecins qui n'ont pas pensé à la CPC : (Cf. Figure 44)

Le médecin ne pense pas à aborder ce sujet si la patiente n'est pas suivie sur le plan gynécologique par lui. (*Fisher 0.03*).

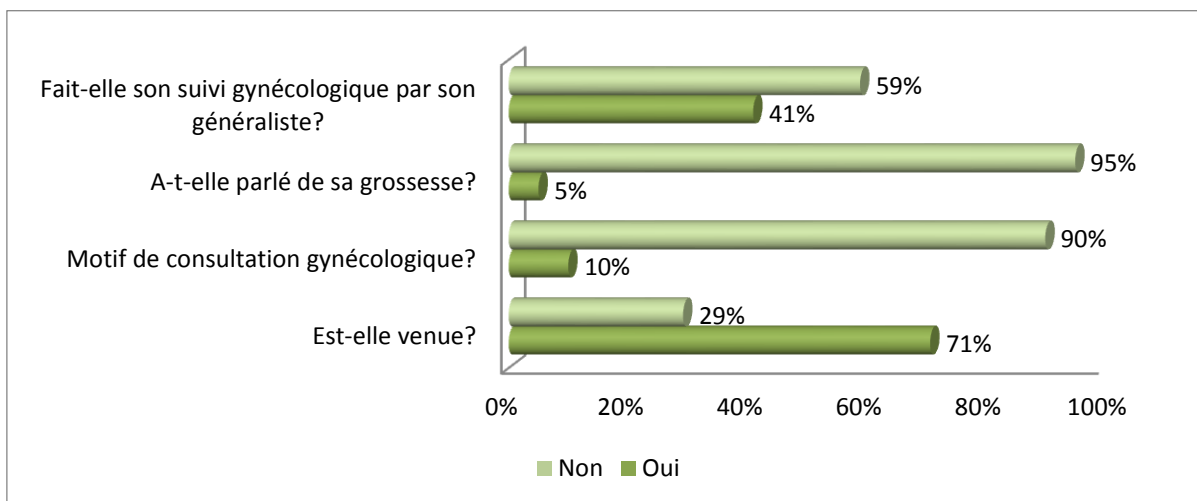


Figure 44 : Pourquoi les médecins n'y ont pas pensé?

3.4.2.2 Les freins liés au ressenti du médecin

16 (25%) médecins parmi les 63 interrogés ont rencontré des freins personnels pour la réalisation de la consultation préconceptionnelle.

Parmi ceux qui ont eu des freins, 13 (81%) médecins disent ne pas avoir eu de temps pour se consacrer à la consultation préconceptionnelle. 6% ne se sont pas senti à l'aise pour aborder ce sujet et 13% des médecins cernaient mal les bénéfices de cette consultation préconceptionnelle (Cf. Figure 45)

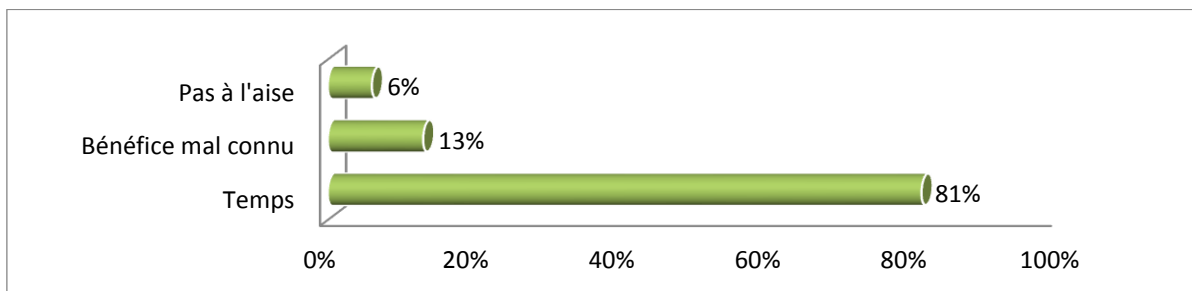


Figure 45 : Les freins des médecins

Les MG âgés entre 35 et 45ans ont présenté plus de freins que les autres tranches d'âge. Ils étaient plutôt proche des villes. Concernant le genre et l'obtention d'un DU gynécologie, il n'existe pas de différence. (Cf. Figure 46)

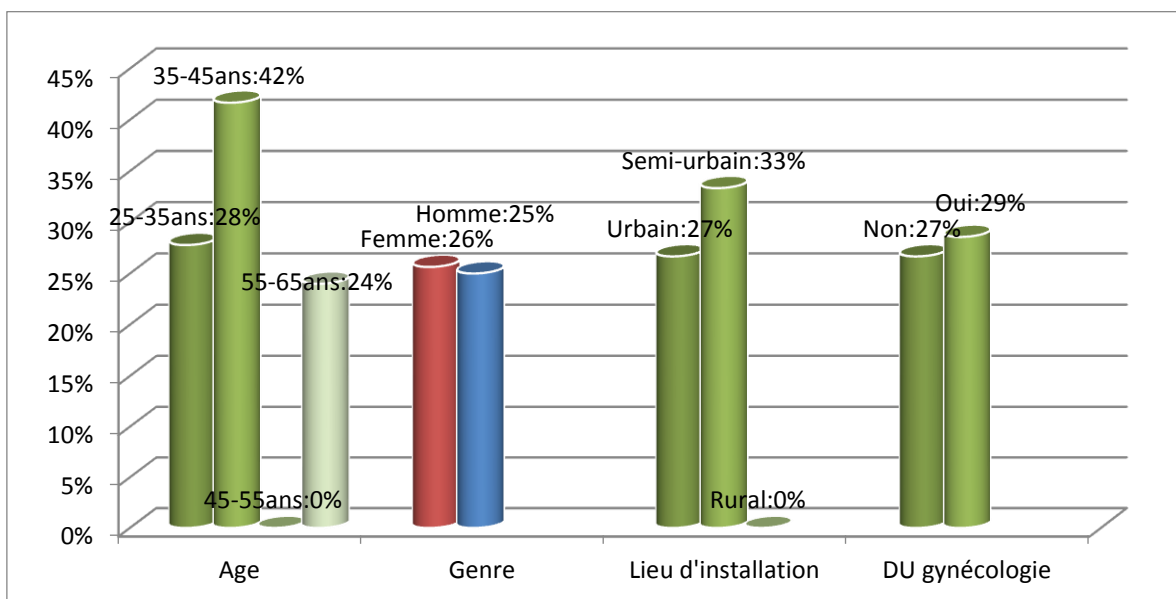


Figure 46 : Répartition des généralistes qui ont eu des freins personnels

3.5 La patiente ayant eu une consultation préconceptionnelle

3.5.1 Opportunité

10 (16%) médecins n'ont pas répondu à cette question puisqu'ils n'ont pas fait de consultation préconceptionnelle. 35 (55%) médecins ont parlé des risques pour la grossesse à leur patiente durant une consultation de gynécologie tandis que 18 (29%) médecins en ont parlé lors d'une autre consultation. (Cf. Figure 47)

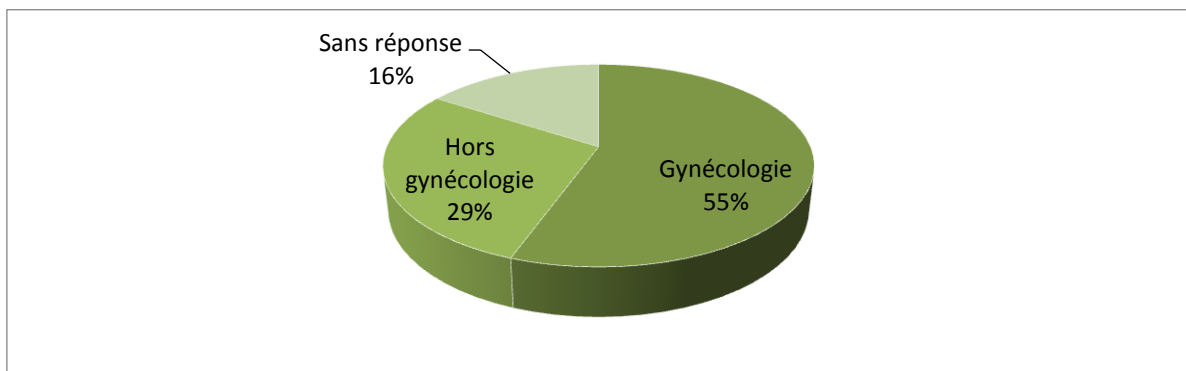


Figure 47 : Motifs de consultation préconceptionnelle

Une partie des femmes est sensibilisée à la consultation préconceptionnelle puisqu'elles sont venues de leur plein gré. (Cf. Figure 48)

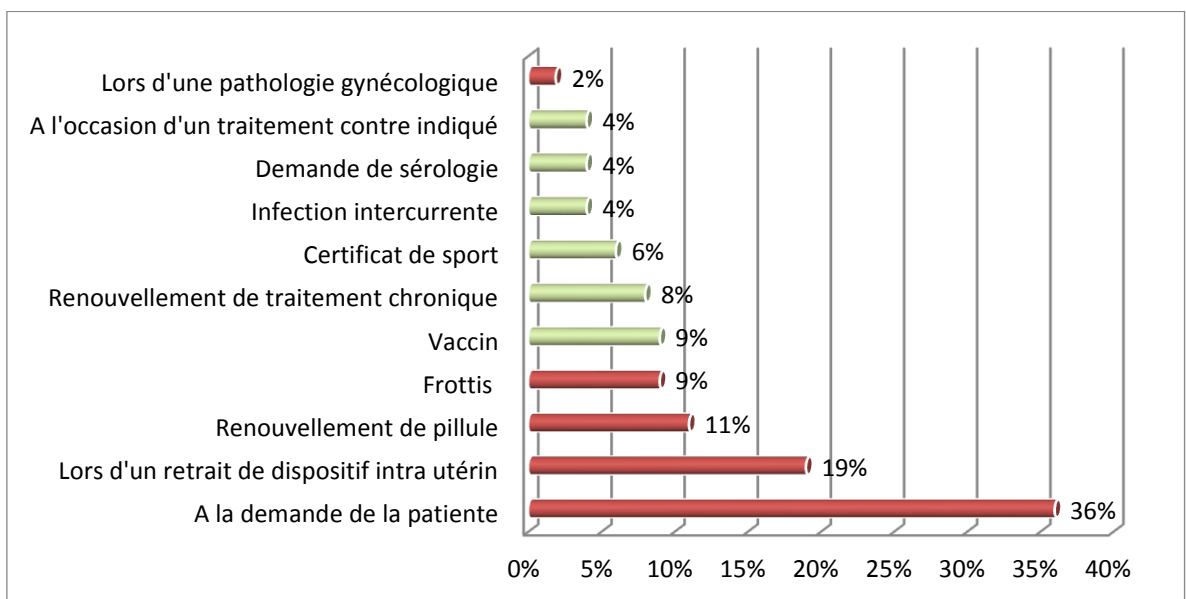


Figure 48 : Motifs de consultation

3.5.2 Les sujets difficiles à aborder

Sur les 53 médecins ayant fait une consultation préconceptionnelle : 15 médecins (28%) ont rencontré des difficultés (Cf. Figure 49). Il n'existe pas de différence sur l'âge, que le médecin connaisse ou non les recommandations. Les MG qui n'étaient pas formés au DU gynécologie avaient rencontré plus de difficultés.

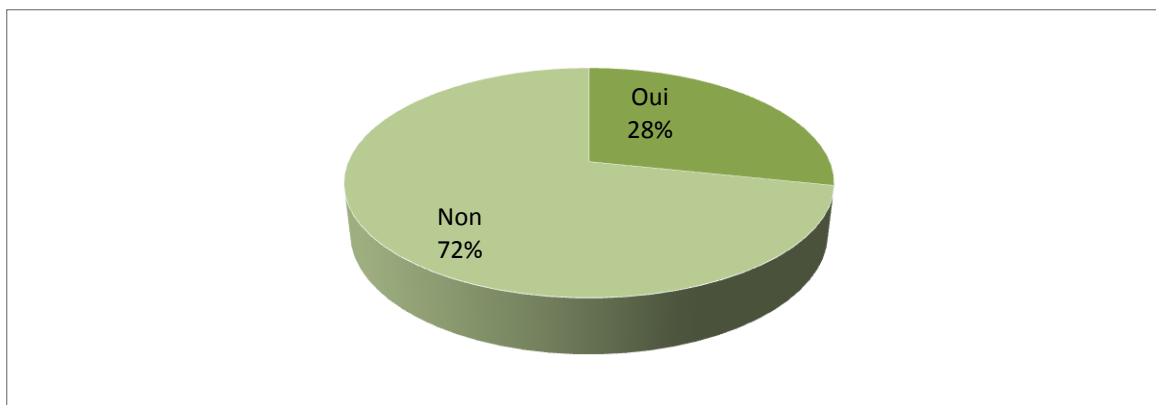


Figure 49 : Les médecins ont-ils eu des sujets difficiles ?

42% ont rencontrés des problèmes concernant une pathologie psychiatrique ou un profil psychologique. 17% pensent que l'addiction est encore plus délicate à aborder lors d'une CPC et la prise en charge plus compliquée.

La précarité pose problème pour 17% des MG. 10% des MG ont choisi la maladie héréditaire. Puis 7% sont représentés par les antécédents d'IVG ou de grossesse pathologique. (Cf. Figure 50)

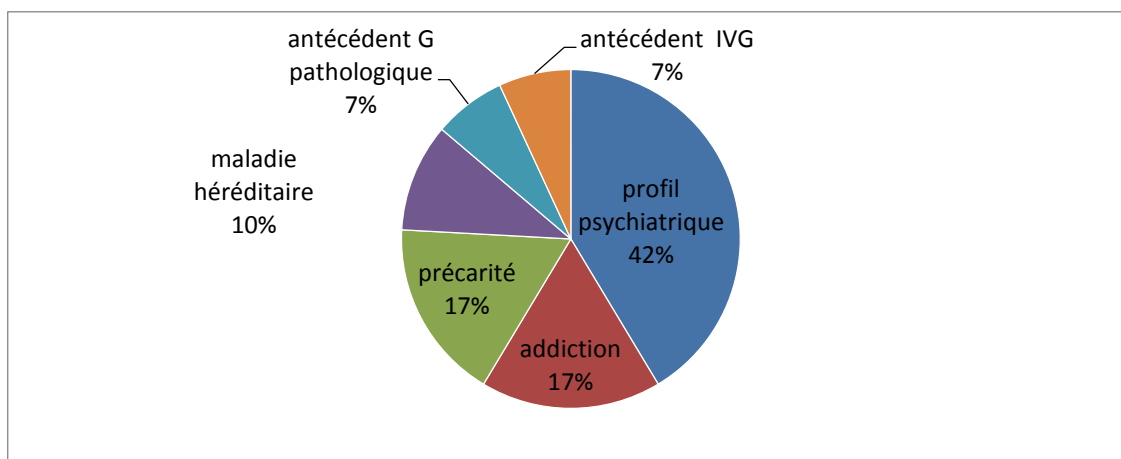


Figure 50 : difficultés rencontrées par les généralistes lors de la consultation préconceptionnelle

3.6 Les solutions que l'on peut apporter

3.6.1 Pour les professionnels de santé

40 % des médecins interrogés sont demandeurs d'une formation sur la CPC.

35% seraient motivés à l'idée d'une cotation spécifique dédiée à la CPC. 13% des médecins n'ont pas répondu à cette question. 11% pensent qu'un dossier informatique à visée préventif peut permettre de mieux encadrer cette pratique.

2% préfèrent que cette démarche soit consacrée aux sages-femmes qui ont une formation vraiment ciblée sur la grossesse.

(Cf. Figure 51)

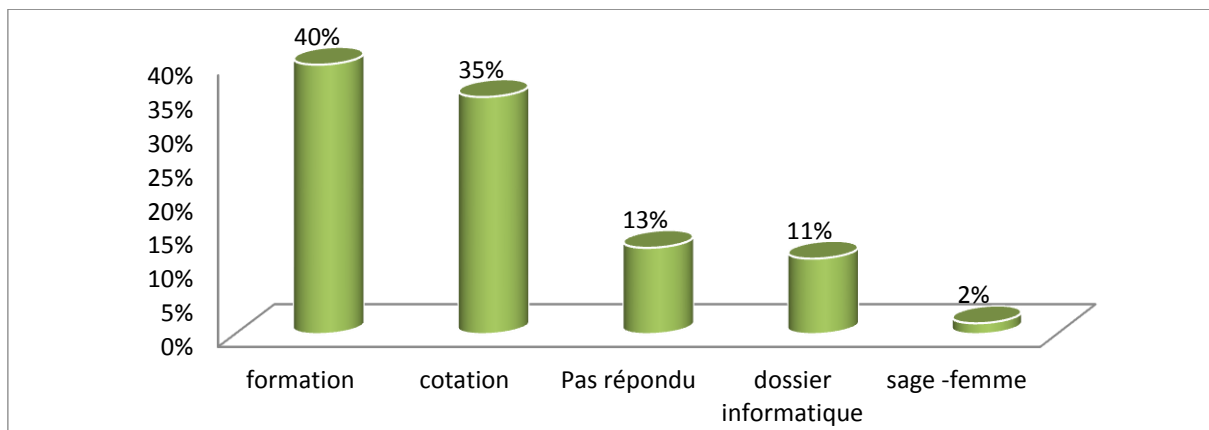


Figure 51 : Solutions pour les professionnels de santé

Les moins de 35 ans et plus de 55 ans sont demandeurs d'une formation (44% et 44%). Les 35 à 45 ans et 45 à 55 ans préfèrent avoir une cotation spécifique (67% et 50%). Les hommes et femmes sont demandeurs d'une formation (47% et 43%). 56% médecins ne connaissant pas les recommandations sont demandeurs d'une formation. 40% des médecins connaissant les recommandations préfèrent une cotation spécifique incitante.

Parmi les médecins qui n'ont pas fait la formation de DU gynécologie, 48% sont demandeurs d'une cotation. 60% des médecins ayant le DU gynécologie préfèrent de nouveau avoir une formation.

3.6.2 Pour les patientes

38% des médecins pensent qu'une diffusion médiatique (spot publicitaire) permettrait une promotion efficace auprès des patientes. 27% préfèrent l'envoi d'un courrier aux femmes en âge de procréer pour leur conseiller de voir leur généraliste en cas de désir de grossesse.

Les affiches dans les salles d'attente, les brochures et les interventions en milieu scolaire sont citées chez 10 % des médecins interrogés. (Cf. Figure 52)

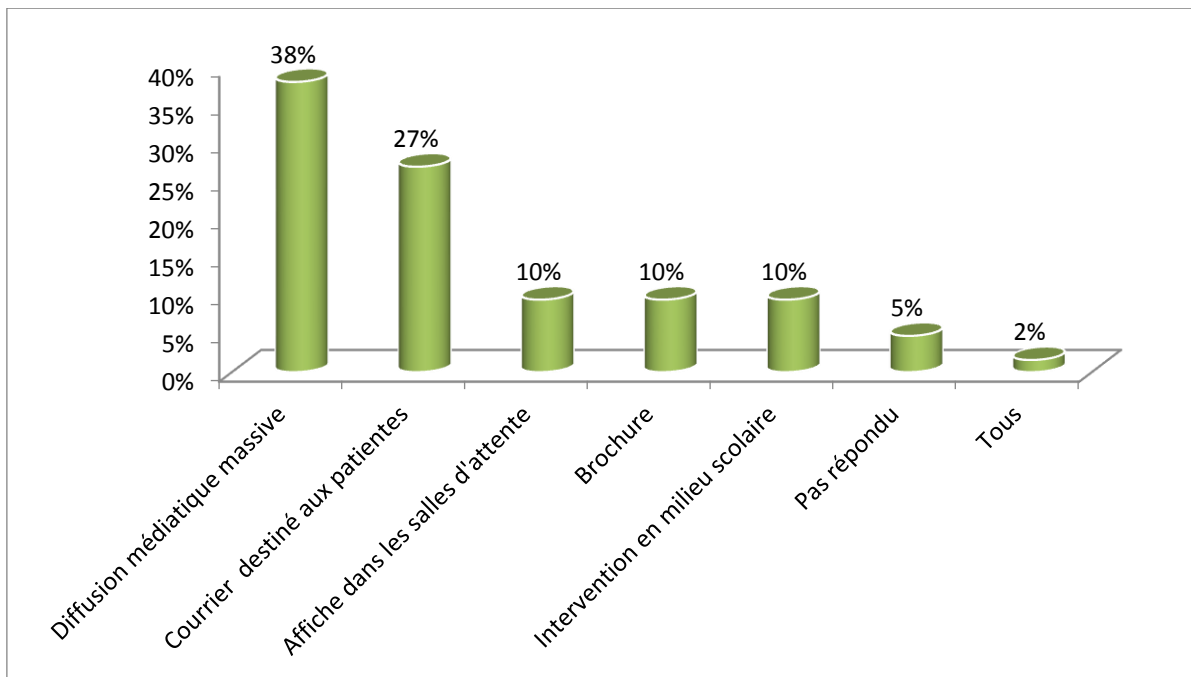


Figure 52 : Solutions pour les patientes

3.7 Qu'en pensent les médecins généralistes

3.7.1 Le professionnel concerné

81% des MG pensent être les principaux concernés sur la consultation préconceptionnelle. Peu de MG pensent que le professionnel concerné soit la sage-femme ou le gynécologue médical. L'acteur secondaire désigné par les généralistes est la sage-femme (33%) suivie du gynécologue médical (24%). (Cf. Figure 53)

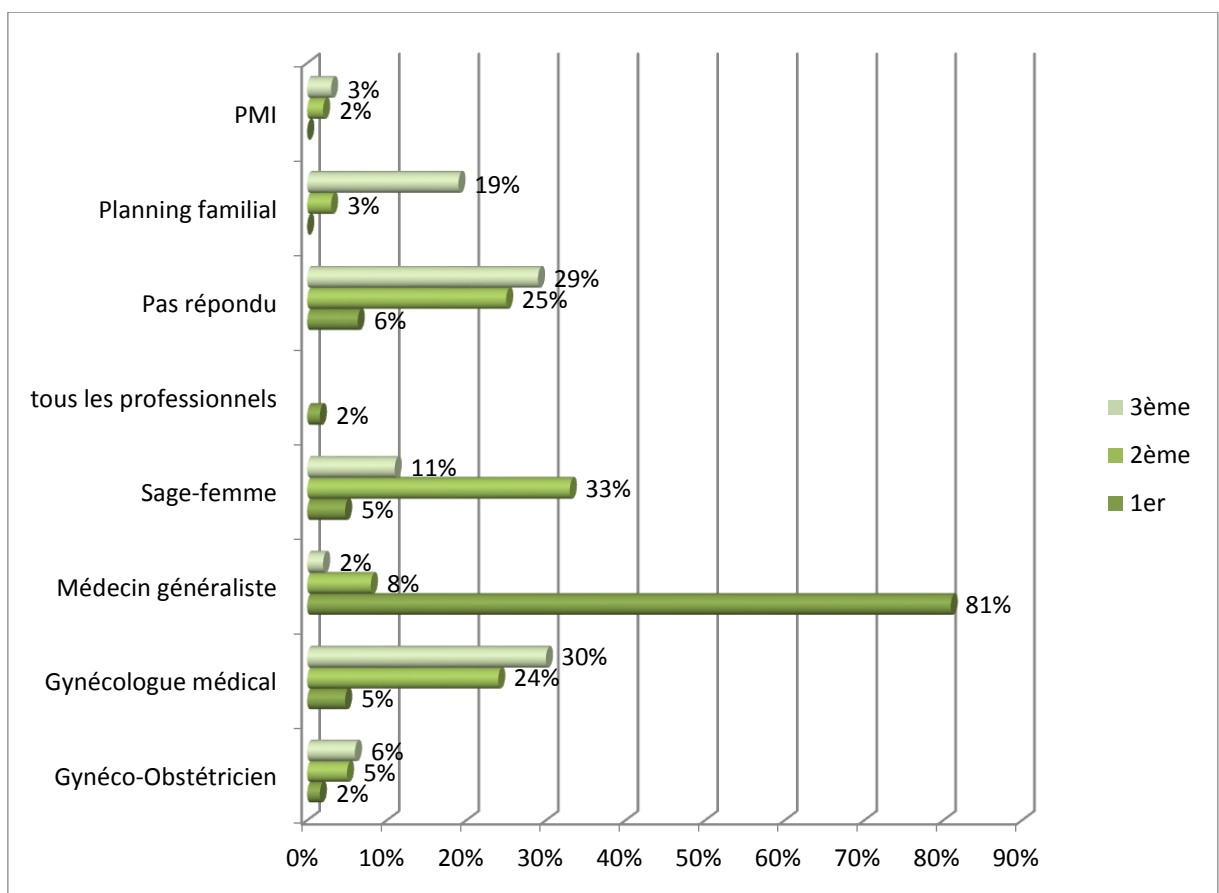


Figure 53 : Acteur primaire et secondaire de la consultation préconceptionnelle

Quel que soit l'âge, les médecins ont choisi le médecin généraliste en tant qu'acteur principal. 3 médecins âgés de 55 à 65 ans ont choisi la sage-femme et 2 médecins âgés de 55 à 65 ans ont choisi le gynécologue médical.

Quel que soit le genre, le médecin généraliste semble être le choix principal sauf pour 3 MG hommes qui ont choisi la sage-femme.

Ceux qui ont choisi la sage-femme ou gynécologue médical n'avaient pas de compétence en gynécologie.

3.7.2 L'étude a-t-elle sensibilisé les médecins ?

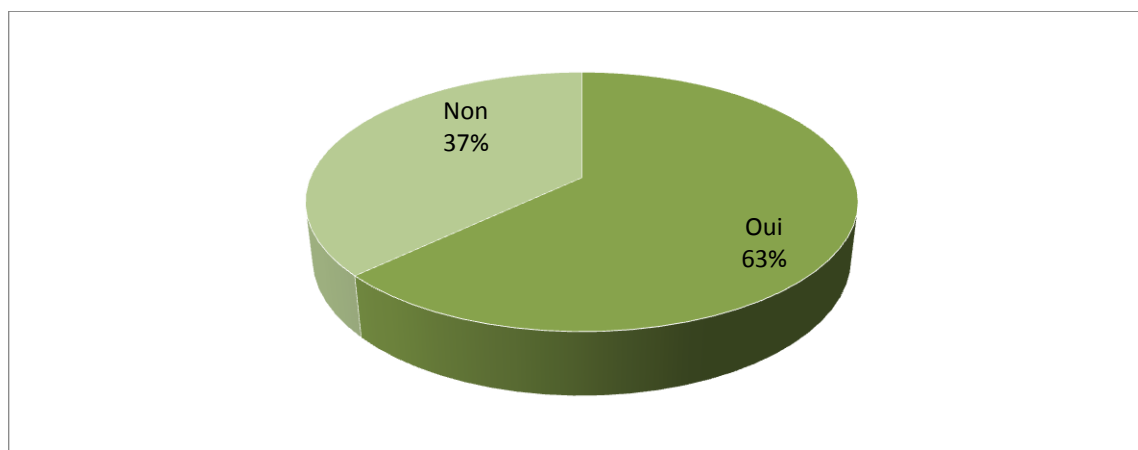


Figure 54 : Les médecins ont-ils été sensibilisés par l'étude ?

3.7.3 L'étude a-t-elle permis une meilleure anticipation de la consultation préconceptionnelle ?

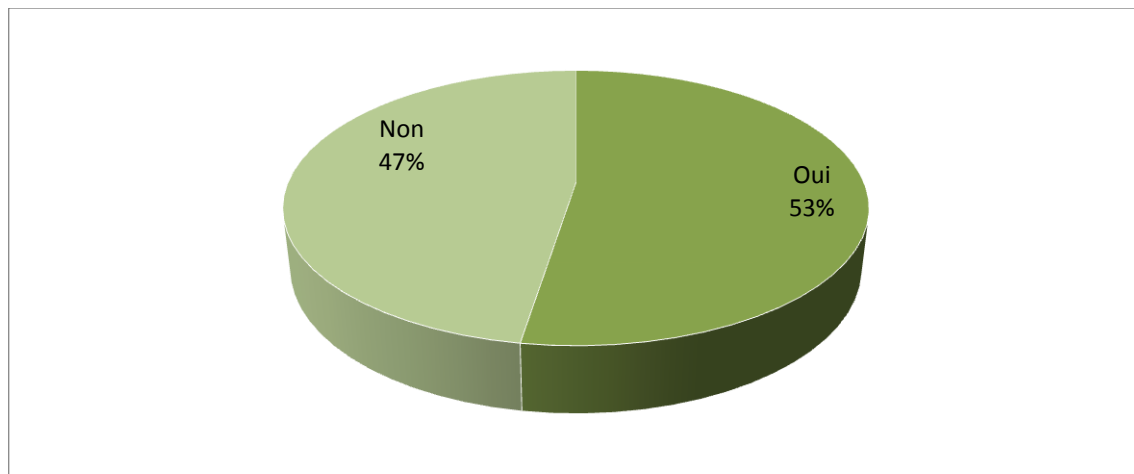


Figure 55 : L'étude a-t-elle permis une meilleure anticipation ?

3.7.4 La consultation préconceptionnelle est-elle indispensable ?

Les médecins (59%) quel que soit l'âge pensent que cette consultation est indispensable.

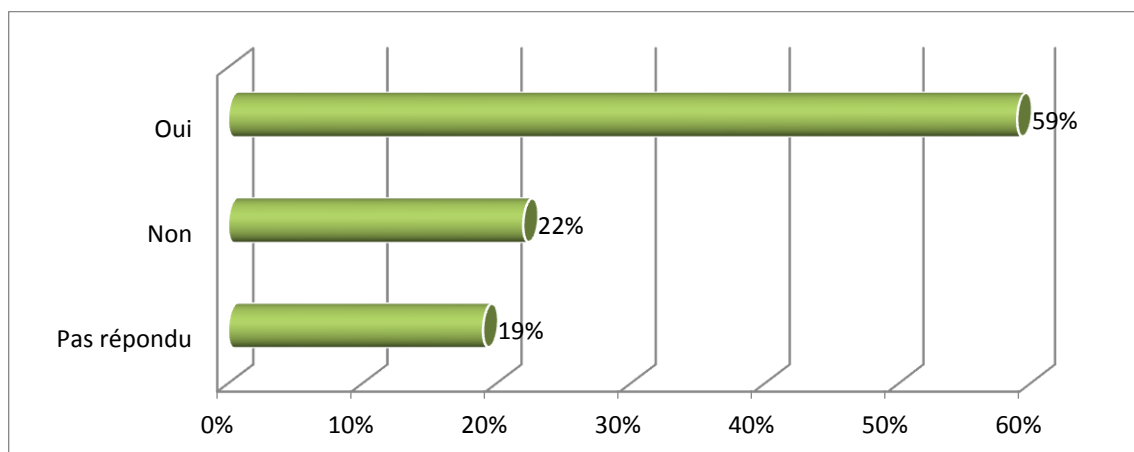


Figure 56 : Les médecins jugent-ils la consultation préconceptionnelle comme étant indispensable ?

85% des MG femmes pensent cette consultation indispensable mais seulement 60% chez les MG hommes (*Fisher 0.023*). (Cf. Figure 56)

4. Discussion

4.1 La preuve de sa nécessité et l'intervention des professionnels de santé

Dans le journal européen des praticiens généralistes, une revue publiée en 2016 rappelle que la consultation préconceptionnelle (CPC) a un impact positif pour la santé materno-fœtale en réduisant les risques encourus durant la grossesse, même chez les patientes n'ayant pas d'antécédents pathologiques. Cette consultation est nécessaire. [61]

Malgré son importance, la consultation reste peu réalisée par les généralistes haut-normands en 2017.

Depuis le plan périnatalité 2005-2007, un rôle préventif est laissé davantage aux sages-femmes dans le suivi des grossesses, avec la mise en place d'une visite du 4^{ème} mois pour accompagner le couple dans son projet parental au détriment de la CPC. Malheureusement, cette consultation au 4^{ème} mois ne permet pas d'anticiper la prise en charge des facteurs de risques auxquels peut être exposée la patiente. L'exercice de la gynécologie semble être partagé par plusieurs professionnels de santé : médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues médicaux. Depuis 2009, la pratique de la gynécologie préventive, telle que le renouvellement de contraception, le frottis mais aussi les interruptions volontaires de grossesse sont accordés aux sages-femmes. Effectivement, ces dispositifs sont mis en place pour pallier à une diminution de la démographie médicale chez les généralistes et les gynécologues.

En conséquence, les sages-femmes ont un rôle de plus en plus prépondérant dans la pratique gynécologique. Seulement, la consultation préconceptionnelle semble être plus souvent abordée par les généralistes lors de cette pratique. En effet, le retrait d'un dispositif intra-utérin, le renouvellement de pilule ou le frottis semblent être des moments plus opportuns pour aborder la programmation d'une grossesse.

Les généralistes jugent que ce sont à eux que reviennent l'exercice de cette fonction. Il connaît les antécédents de la patiente et la suit depuis son adolescence, voir même dès sa naissance. Le médecin a de multiples occasions de sensibiliser ses patientes dès le plus jeune âge, sur l'importance plus tard de planifier une grossesse.

Les patientes peuvent être informées lors des consultations courantes comme le renouvellement d'un traitement chronique (surtout s'il s'agit d'une pathologie pouvant avoir un retentissement sur la grossesse), un vaccin ou un certificat médical. Ce sont des moments qui dégagent plus de temps pour faire un point sur la santé globale.

Le médecin peut détenir des informations notamment sur les facteurs de risques, les antécédents, le contexte social et familial pouvant impacter sur la grossesse. La sage-femme n'aura pas forcément connaissance de ceux-ci.

D'après les médecins, la sage-femme doit avoir un rôle secondaire dans cette démarche. Le suivi de la grossesse par la suite pourra être conjoint.

4.2 Le profil du généraliste sur l'exercice préconceptionnel

Les médecins généralistes font beaucoup de gynécologie, davantage lorsqu'ils ont une forte activité. Les plus de 45 ans en pratiquent plus, soit parce que les patientes se sentent plus à l'aise face à des médecins ayant l'âge de leur parents, soit parce que l'évolution de la démographie médicale l'induit.

Suite à l'essor récent des sages-femmes dans le milieu libéral, les jeunes médecins voient leur expérience en gynécologie s'affaiblir.

Le suivi des femmes intéresse moins les hommes médecins qui se sentent probablement mal à l'aise et pas concernés, a contrario des femmes médecins.

La forte activité gynécologique des médecins en zone urbaine peut être le reflet d'une population plus jeune dans les villes. En effet, les jeunes couples sont implantés plus près de leur travail.

La pratique des suivis de grossesse, par ailleurs plus chronophage, n'est pas forcément corrélée à l'exercice gynécologique.

Les médecins plus âgés, masculins et installés en milieux ruraux font clairement moins de suivi de grossesse. Cela est bien dommage puisque les médecins plus âgés font beaucoup de gynécologie.

Les généralistes ne proposent pas suffisamment la consultation préconceptionnelle.

Malheureusement, la proposition d'une CPC n'est pas proportionnelle à l'activité gynécologique. Celle-ci semble être pourtant l'occasion d'en parler.

Parce que les médecins ne font pas de suivi de grossesse, ils n'en proposent pas à leur patiente. Les médecins âgés de 45 à 55 ans qui exercent pourtant beaucoup la gynécologie, sont ceux qui en proposent le moins.

Ceci semble aberrant, puisqu'ils doivent mettre en garde les femmes sur leur santé avant d'être enceinte, il est le premier interlocuteur.

Les hommes médecins proposent moins la CPC, que les femmes médecins. Les médecins dans les zones urbaines ont tendance à plus en proposer.

Qu'ils soient diplômés de gynécologie ne les incitent pas plus à proposer cette démarche.

Dans l'exercice de la CPC, les plus de 55 ans la pratiquent moins que les jeunes. En effet, ils font aussi moins de suivi de grossesse.

Les médecins masculins, ruraux et n'ayant pas eu le DU gynécologie pratiquent moins la consultation préconceptionnelle.

Le vécu ou le profil ne doivent pas impacter sur notre exercice professionnel.

Les recommandations ne sont pas assez connues des généralistes. Celles-ci semblent pourtant influencer leur pratique.

Les médecins hommes, plus de 55 ans sont moins au courant de ces lignes directrices. Cela peut s'expliquer par le fait que les médecins plus âgés qui pratiquaient la visite prénuptiale ont eu un déclin de leur intérêt lors de sa suppression en 2007. Il est donc nécessaire de former les généralistes pour promouvoir cette pratique.

Le faible taux de consultation préconceptionnelle semble être le résultat d'une minorité de femmes sensibles à leur santé et celle de leur futur enfant, elles

viennent voir leur généraliste avant d'être enceinte. Ce sont les patientes qui prennent l'initiative. Les patientes semblent être plus enclines à parler de leur désir d'enfant lors d'une consultation de gynécologie.

Les médecins qui proposent des consultations préconceptionnelles en pratiquent plus. Le message porté par les généralistes est indispensable pour promouvoir cette prévention en termes de santé publique.

4.3 Le ressenti du médecin

L'âge est un facteur qui détermine la fertilité d'une patiente et ainsi la CPC. La tranche d'âge qui permet de l'évoquer n'est pas bien définie. En effet, la jeune fille mineure est souvent accompagnée par ses parents. La discussion sur la sexualité de son enfant semble être délicate en présence des parents, de peur de paraître intrusif voir incitateur.

A contrario, les médecins voient moins l'intérêt d'une CPC chez les femmes plus âgées. En effet, la fertilité diminuant au fur et à mesure de l'âge fait que ce sujet semble être tabou.

Les femmes ayant déjà eu des grossesses semblent moins concernées par cette démarche qui vise à informer sur des risques à éviter. Elles ont déjà vécu une grossesse et le médecin juge que ces patientes sont déjà prêtes.

Malgré ces facteurs temporels qui sont les principales réticences par le généraliste à la mise en route de cette démarche, les professionnels doivent interpeler les jeunes. Les interruptions volontaires de grossesse semblent encore très présentes chez les adolescentes. Il faudrait davantage mettre l'accent sur les risques d'une grossesse en cas d'oubli de pilule lors du démarrage de la contraception.

De plus, le mode de vie change au cours du temps et apparaissent des pathologies ou des facteurs de risques qui doivent être réévalués en interrogeant la patiente régulièrement. C'est pourquoi, même si les femmes plus âgées peuvent être mises à l'écart de cette prévention, il faut néanmoins promouvoir celles-ci pour ne pas manquer l'occasion d'en parler. La réticence du généraliste concernant les âges extrêmes est paradoxal puisqu' ils font partie intégrante des facteurs de risques de compliquer sa grossesse.

Les femmes en situation de précarité ont moins accès aux soins par leur situation instable et les femmes chômeuses ne peuvent pas accueillir un enfant dans les meilleures conditions. Le médecin peut penser qu'une éventuelle grossesse n'est pas désirée par la patiente. Les conditions d'accueil ne sont pas réunies pour la venue d'un enfant, leurs préoccupations majeures sont la recherche d'un emploi, d'un logement adéquate.. Ces femmes étant souvent moins soucieuses de leur santé, c'est le rôle du médecin d'anticiper lorsqu'il les voit en consultation de médecine courante.

La venue d'une femme sans son conjoint ou seule, influence la pratique préconceptionnelle du généraliste. L'arrivée d'un enfant s'envisage en couple mais il existe de plus en plus de femmes célibataires avec un projet de grossesse, il faut aussi savoir entendre un désir d'enfant hors contexte conjugal.

Les femmes d'origine étrangère sont plus présentes dans certaines zones urbaines. Ces femmes (africaines par exemple) ont souvent plusieurs enfants et sont celles qui semblent être le plus dans le besoin. Malgré cela, elles connaissent une barrière linguistique (si elles ne savent pas parler français) et culturelle qui les empêchent de dialoguer avec leur médecin référent. Quant au professionnel de santé, il peut ne pas oser en parler de peur d'être irrespectueux de ces croyances ou cultures.

Un quart des médecins lors d'une consultation préconceptionnelle ont ressenti des difficultés à aborder certains sujets qu'ils connaissent ou non les recommandations. Les médecins ayant obtenu le DU gynécologie ont rencontré moins de difficultés.

Aborder le profil psychologique ou psychiatrique de la patiente est délicat d'après le médecin. En effet, il doit poser le regard sur la stabilité psychologique de la

patiente et connaître sa prise en charge thérapeutique et sociale. Cette situation peut être récurrente puisque la consommation de psychotropes semble être assez importante en France. De plus, les patientes peuvent être parfois dans le déni de la maladie et la relation médecin-patiente risque d'en pâtir.

Les addictions notamment occasionnelles sont encore présentes chez les femmes en âge de procréer. Il est difficile de maintenir « zéro alcool » et de sevrer ces femmes du tabac. Le médecin doit ne pas être culpabilisant concernant la santé fœtale, mais ne pas banaliser non plus l'addiction. Cette consultation peut être anxiogène. En effet, une étude réalisée au Canada en 2001 interrogeait les femmes enceintes pour connaître leur réticence à parler des addictions. [62] Vraisemblablement, elles avaient honte d'en parler et avaient une faible estime d'elle-même. Elles craignaient de perdre leur enfant en cas de traitement. La moitié disait manquer d'informations sur le traitement disponible. Certaines patientes avaient réussi leur sevrage grâce à l'appui de leur professionnel de santé et entourage personnel. Cela démontre bien que les conseils du professionnel de santé concernant le sevrage sont importants et qu'il doit être en mesure de répondre à cette attente le plus en amont possible de la grossesse.

Enfin, les femmes issues des milieux défavorisés sont souvent peu observantes des préconisations médicales tout au long de leur grossesse. Une démarche préconceptionnelle peut décourager à l'avance le médecin généraliste. Cette situation demande l'implication de divers professionnels tels que la protection maternelle infantile, les assistantes sociales... Tout cela doit être discuté avec la patiente : quels sont ces projets futurs, comment va-t-elle programmer sa grossesse, la situation sera-t-elle viable pour l'enfant à venir ? Il serait souhaitable que les médecins puissent contacter plus facilement les travailleurs sociaux.

Les médecins doivent prendre en compte l'existence d'éventuelles maladies héréditaires ou génétiques familiales (notamment les coagulopathies qui sont souvent fréquentes dans la population) et ainsi proposer le conseil génétique lorsqu'ils le jugent nécessaire. Ce moment doit rester agréable pour les futurs parents, par une évaluation sereine du médecin généraliste sur les risques de transmission.

Un quart des généralistes ont eu des freins personnels pour la mise en place de cette CPC. La majorité disent avoir manqué de temps. En effet, c'est un sujet long qui prend en compte la santé globale. Des informations claires et explicatives

doivent être fournies. Le médecin ne pourra pas traiter plusieurs motifs en un même moment, il ne faut pas hésiter à reprogrammer un rendez-vous. Quelques médecins se sont sentis mal à l'aise à aborder le désir d'enfant ou bien ne comprennent pas l'intérêt d'une consultation préconceptionnelle.

La majorité des médecins généralistes ne pense pas toujours à poser la question concernant le projet de couple. En effet, les femmes viennent pour la plupart pour des raisons autres que gynécologiques. Elles en parlent peu et le médecin ne s'occupe pas forcément de son suivi. Donc, on comprend bien que les patientes sont le point de départ de cette démarche.

4.4 Les patientes

Malheureusement, la majorité des femmes ne parle pas de leur projet de grossesse à leur généraliste. Les femmes ne prévoient pas leur grossesse ou n'osent pas en parler pour diverses raisons.

Le manque d'information auprès des femmes est un obstacle important. Les patientes ne sont pas au courant de cette pratique ou peut être en comprennent mal l'utilité puisqu'elles ne viennent pas les voir. [60]

Certaines patientes préfèrent refuser cette consultation pour ne pas connaître les risques encourus. D'un point de vue éthique, on ne peut pas diriger la patiente vis-à-vis de sa vie de couple mais on peut l'accompagner dans ses projets. L'importance est de ne surtout pas pratiquer d'eugénisme. En effet, la consultation génétique s'il existe des facteurs de risques familiaux a un devoir de neutralité. Le médecin doit informer mais s'abstenir de tout jugement ou recommandation et respecter les opinions des parents. La reproduction est une affaire privée et non de société. Certains parents ne veulent pas être en possession de cette information.

Pourtant, une minorité de femmes semblent sensibilisées et viennent de leur plein gré. Le médecin peut alors prendre le temps nécessaire pour expliquer les démarches à suivre en fonction du profil pathologique ou non de la patiente. A noter que les patientes qui sont venues pour la CPC avaient pour la plupart un généraliste qui proposait des CPC et qui connaissait les recommandations.

En conclusion, peu se sentent concernées par la CPC, il faudrait toucher l'ensemble des femmes. Pourtant en 2006, une étude montrait que la majorité des femmes préféraient se tourner vers leur généraliste pour les sources d'information car elles présentaient des lacunes sur les connaissances des facteurs de risques liés à la grossesse. [63] Dans une étude en 2009, une faible proportion de femmes prévoyant leur grossesse suivait les recommandations. Une plus grande publicité semblerait nécessaire, comme des grossesses ne sont pas planifiées, il était indispensable d'améliorer la nutrition et le mode de vie des femmes en âge de procréer. [64]

4.5 Les solutions

La moitié des généralistes semble être consciente du caractère indispensable de cette démarche, reste à convaincre l'autre moitié d'entre eux.

Le médecin généraliste est le pivot de notre système de soins primaires car il connaît les pathologies et facteurs de risques de la patiente anticipant ainsi les risques materno-fœtaux.

Ils sont principalement demandeurs d'une formation afin de mieux savoir prendre en charge les addictions, la précarité et la psychiatrie par exemple.

Une cotation spécifique dédiée à la prévention de la grossesse pourrait les inciter à plus y penser et à pallier au temps nécessaire, car c'est une consultation chronophage. Les médecins manquent de temps conséquence de contraintes budgétaires auxquelles sont confrontés les libéraux, par leur charge de travail.

Les coûts de santé publique s'orientent plutôt vers une médecine curative. Au départ, la suppression de l'examen prénuptial avait permis une diminution des dépenses de la sécurité sociale. Introduire une cotation spécifique à la consultation préconceptionnelle pour les généralistes est contrebalancée, entre

les coûts qu'elle engendre (cotation de la consultation, examens biologiques et thérapeutiques) et les hospitalisations des pathologies obstétricales qu'elle permettrait d'éviter.

La réalité montre que les professionnels de santé ne sont pas suffisamment sensibilisés sur la CPC mais également la population féminine. Une diffusion médiatique incitative permettrait de déculpabiliser les patientes à venir voir leur médecin traitant même si elles ne sont pas malades au sens strict du terme. Il existe des facteurs à corriger avant la grossesse comme le surpoids, les addictions par exemple. La mise en route de la spémiafoldine doit bien sûr être initiée un mois avant la conception. L'information des femmes en âge de procréer doit parvenir à l'ensemble et pas seulement aux femmes ayant des pathologies étiquetées à risque pour la grossesse.

Une thèse menée en 2011 avait abouti à un dossier informatisé dédié aux médecins généralistes pour rappeler les points à ne pas oublier lors de la CPC. [65] Cela semble être une solution intéressante mais elle nécessiterait une mise à jour continue des informations concernant sa « santé préconceptionnelle ».

Cela n'assure pas forcément une meilleure prise en charge puisqu'elle n'inciterait pas plus pour autant l'exercice de cette fonction, d'autant plus que les femmes ne viennent pas au moment voulu.

Les facteurs de risques évoluent avec le temps, il vaut mieux voir la patiente lorsqu'elle s'y prépare pour faire un point avec elle.

En 2011, l'URPS du pays de la Loire avait mené des recommandations dédiées aux professionnels de santé pour les grossesses à bas risque réalisant des fiches pratiques pour mieux appréhender la grossesse, notamment ciblées sur les addictions. [66]

En complément des informations déléguées par le généraliste et pour une optimisation du temps, un site internet pourrait être consacré à la préparation d'une grossesse pour les femmes en désir d'enfant. Il faut en effet favoriser la transparence des informations et l'échange médecin-patient afin de nouer une relation de confiance.

Un site internet par « Meilleur départ » en Ontario au Canada a été réalisé en 2005 et dédié aux patientes pour mieux les conseiller : « la santé avant la

grossesse : Prévoyez-vous d'avoir un bébé ? » et également une brochure « Mon plan de vie en matière de conception ». [67]

En France, en Novembre 2017, le ministère de la santé instaure une cotation spécifique pour la réalisation d'une consultation de première contraception et la prévention des maladies sexuellement transmissibles chez les jeunes femmes de 15 à 18 ans pour un tarif de 46 euros, est-ce un début d'incitation auprès des généralistes pour la mise en place d'une démarche préconceptionnelle?

Il serait intéressant d'interroger les médecins généralistes sur l'utilisation de cette cotation chez les jeunes filles et d'en connaître son contenu.

Comparer la pratique préconceptionnelle médecin généraliste versus sage-femme serait important étant donnée l'explosion des sages-femmes dans l'exercice gynécologique.

Construire un site internet référencé pour les patientes en âge de procréer afin de les guider sur la CPC et analyser son impact permettrait d'évaluer cette mesure.

4.6 Les limites de l'étude

Le comité d'éthique n'a pas été sollicité pour la validation de cette étude. Peu de médecins ont répondu au questionnaire. En effet le taux de participation était faible à 38% d'où un manque de puissance.

Une partie des courriels a été récupérée auprès de la formation médicale du Havre, ils pouvaient être plus sensibles aux recommandations réalisant ainsi un biais de recrutement.

Les médecins généralistes pouvaient éventuellement surestimer les informations qu'ils fournissaient notamment leur taux de consultation préconceptionnelle et sous-estimer leurs freins. On note là un biais de déclaration.

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

Elle donne un aperçu des connaissances du généraliste sur les recommandations de 2009 ainsi que de la pratique préconceptionnelle actuelle. Elle apporte une vue globale des freins rencontrés et met en évidence des opportunités pour engager une CPC.

5. Bibliographie

1. Article L153 du code de la santé publique modifié par la loi n°93-121 du 27 janvier 1993 - art. 48
2. Décret n°62-840 du 19 Juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile modifié par le Décret n° 78-396 du 17 Mars 1978
3. Article L. 2122-1 du code de la santé publique. Décret n°92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal
4. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Avril 2005
5. Haute Autorité de Santé .Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Novembre 2005
6. Dreux C; Crépin G. Rapport et recommandations de l'académie nationale de médecine sur la prévention des risques pour l'enfant à naître et la nécessité d'une information bien avant la grossesse. Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2006 ; 34: 665-669
7. Blondel C ; Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Unité de recherches épidémiologiques en Santé Périnatale et Santé des Femmes, Inserm. Mai 2011
8. Loi n° 2007-1787 du 20 décembre 2007 relative à la simplification du droit du code civil
9. Cerna C. et al. Consultation préconceptionnelle. La revue du praticien ; médecine générale. Novembre 2013. Tome 27 ; n°910 ;
10. Le plan périnatalité 2005-2007 a oublié la consultation préconceptionnelle ; Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2008 - Vol. 34 - N° 3-C1 - p. 207-209
11. Haute Autorité de Santé .Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mai 2007
12. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Pour une consultation avant la grossesse. Lansac J. Communiqué de presse. Octobre 2007
13. Clinical Knowledge Summaries. Preconception: advice and management. Newcastle: CKS; 2007

14. Haute Autorité de Santé. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. Document d'information pour les professionnels. Septembre 2009
15. Poujade O; Luton D. intérêts de la consultation préconceptionnelle. Réalités en Gynécologie Obstétrique ; 2008 ; n°133, 6p
16. Khoshnood B, Bouvier-Colle MH, Leridon H, Blondel B. Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Décembre 2008. Vol 37, N°8, 733-747.
17. Coulm B ; Bonnet C Blondel B ; Vanhaesebrouck A et al. Enquête nationale périnatale 2016 : La naissance et les établissements : Situation et évolution depuis 2010. Unité de recherches épidémiologiques en Santé Périnatale et Santé des Femmes, Inserm. Octobre 2017
18. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974. Insee Première 2017. N°1642
19. L. Genest, H. Decroix, D. Rotten et al; Maternités précoces: profils sociodémographiques de 220 mères adolescentes en Seine Saint-Denis ; Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2014 43, 351-360
20. Saucedo M ; Deneux-Tharaux C ; Bouvier-Colle M-H. Epidémiologie de la mortalité maternelle en France 2007-2009. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Volume 42, Issue 7, Novembre 2013, Pages 613-627
21. Lao TT; Ho LF; Chan BC, Leung WC. Maternal Age and Prevalence of Gestational Diabetes Mellitus. Diabètes cares. Avril 2006 29(4):948-9
22. Roman H, Robillard P-Y, Julien C, Kauffmann E, Laffitte A, Gabriele M, et al. Pregnancy beyond age 40 in 382 women: a retrospective study in Reunion Island. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. nov 2004;33(7):615-622.
23. Recommandations pour la pratique clinique : le diabète gestationnel, J. Gynecol Obstet Biol Reprod 2010; 39:S1-S342
24. Suzan Y; Donald J; William M; Evelyn P; Patricia M. et al. Association between Obesity during Pregnancy and Increased Use of Health Care .The new England journal of medicine. Avril 2008. 358;14
25. Galtier-Dereure F, Bringer J. Obésité et grossesse. Ann. Endocrinol., 2002; 63, 5, 470-75
26. C.Faure, N. Sermondade, Bennamar A. et al. Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie 2011 ; 13 (4) : 257-64

27. Donna R. ; Yvonne W. ; Terry C. ; George A. et al. Effect of maternal weight on postterm delivery; Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association, 2012.32(2):p85-90
28. Watanabe H, Inoue K, Doi M, Matsumoto M et al. Risk factor for term small for gestational age infants in women with low Prepregnancy body mass index. J Obstet Gynaecol Res. 2010 Jun; 36(3):506-12
29. Salihu HM; , Mbah AK, Alio AP, Clayton HB, Lynch O. Low pre pregnancy body mass index and risk of medically indicated versus spontaneous pre term singleton birth. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2009 Jun;144(2):119-23
30. Wahabi HA, Alzeidan RA, Bawazeer GA, et al. Preconception care for diabetic women for improving maternal and fetal outcomes: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2010.10:63.
31. Guerin A, Nisenbaum R, Ray JG. Use of Maternal GHb Concentration to Estimate the Risk of Congenital Anomalies in the Offspring of Women with Prepregnancy Diabetes; Diabetes Care. 2007 Jul;30(7):1920-5.
32. Ph. Caron, D. Glinoeur, P. Lecomte, J. Orgiazzi, J.-L. Wémeau. Apport iodé en France : prévention de la carence iodée au cours de la grossesse et l'allaitement. Ann. Endocrinol., 2006 ; 67, 4 : 281-286
33. Emile C. Thyroïde et grossesse. Option Bio mai 2016. n° 543-544
34. Collège national des gynécologues obstétriciens français. Hypertension artérielle et grossesse. Société Française d'hypertension artérielle. Décembre 2015
35. Esambert B. Épilepsie et grossesse Est-ce compatible? Quels sont les risques? Quelle conduite adopter avant et pendant la grossesse? Recherches et perspectives. Mai 2010- n°2
36. L. Foix-L'Hélias, P.-Y. Ancel, B. Blondel. Facteurs de risque de prématurité en France et comparaisons entre prématurité spontanée et prématurité induite. Résultats de l'enquête nationale périnatale de 1995 ; Inserm, J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000 ; 29 : 55-65
37. M. Beaufils. Pré-éclampsie et risque cardiovasculaire ultérieur. La Revue de médecine interne 32S (2011) S36–S40
38. Collège national des gynécologues obstétriciens français. Clouqueur E ; Subtil D ; Robin G ; Tsatsaris V. Que reste-t-il des indications de l'aspirine pendant la grossesse ? CNGOF. Décembre 2010
39. Lansac J. La consultation préconceptionnelle Collège national des gynécologues obstétriciens français. 2016
40. Agence de la biomédecine : Les clés de la génétique pour tous. www.genetique-medicale.fr

41. Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique-Art. 111
42. Centre de référence sur les agents tératogènes(CRAT).lecrat.fr
43. Haute Autorité de Santé. Conférence de consensus ; Grossesse et tabac ; octobre 2004
44. M-J Saurel-Cubizolles, C. Prunet, B. Blondel. Consommation d'alcool pendant la grossesse et santé périnatale en France en 2010 ; Inserm. 7 mai 2013.BEH 16-17-18
45. « Alcool, effets sur la santé ». Institut national de la santé et de la recherche médicale. 2001
46. « Alcool et grossesse, parlons-en » : guide à l'usage des professionnels. Ministère du travail de l'emploi et de la santé.2011
47. L. Karila, O. Cazas, T.Danel, M. Reynaud.Conséquences à court et long terme d'une exposition prénatale au cannabis ; J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006 ; 35 : 62-70
48. Prévention des risques fœtaux – Toxicomanie et grossesse; Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.2010-2011
49. Grossesse, maternité et travail. Synthèse établie par Jennifer Shettle, assistante juridique, Inrs. Octobre 2016. TJ14.
50. Le guide nutrition de la grossesse. Agence française de sécurité sanitaire des aliments. Mai 2016
51. Haute Autorité de Santé. Dépistage prénatal de l'hépatite B ; Pertinence des modalités actuelles de réalisation .Octobre 2009
52. M. Janier, N. Dupin, D. Vexiau, Robert, F. Pelletier, R. Viraben, N. Spenatto. Recommandation diagnostiques et thérapeutiques pour les maladies sexuellement transmissibles : MST et grossesse. Société Française de Dermatologie. Février 2016
53. Milunsky A, Jick H, Jick SS, Bruell CL, MacLaughlin DS, Rothman KJ, Willett W. Multivitamin/folic acid supplementation in early pregnancy reduces the prevalence of neural tube defects. JAMA ; 1989; 262(20):2847-52
54. D. Coulomb. Risque d'autisme : confirmation du rôle bénéfique de la supplémentation en vitamines pendant la grossesse. Le quotidien du médecin.2018
55. eujoz M, Gaudineau A, Sananes N, Fritz G, Langer B. Folates et grossesse.mt 2013 ; 19 (4) : 275-84

56. Vaccinations avant pendant et après la grossesse, Repère pour votre pratique vaccinale. Document destiné aux professionnels. Santé publique France. 2017
57. Le breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1^{er} Janvier 2015. Conseil national de l'ordre des médecins. 2015
58. Les sages-femmes : une profession en mutation. Observatoire national de la démographie des professions de santé. Mai 2016
59. C. Souteyrat, P. Vercherin, P. Seffert, J. Vallée. Santé préconceptionnelle Quelles sont les connaissances des femmes ? Quelles sont leurs attentes ? Service universitaire de Médecine Générale, Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Service de gynécologie obstétrique, Hôpital Nord, CHU Saint-Étienne ; Décembre 2012
60. Céline Puget Dupanloup. Obstacles à la consultation préconceptionnelle en médecine générale : enquête qualitative auprès de 20 femmes en âge de procréer. Thèse de médecine générale, Grenoble. 2012
61. N. Hussein, J. Kai, N. Qureshi. The effects of preconception interventions on improving reproductive health and pregnancy outcomes in primary care: A systematic review. Eur J Gen Pract. 2016; 22 (1):42-52.
62. N. Poole, B. Isaac. Barriers to Treatment for Substance-Using Mother. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health Vancouver, Canada 2001
63. Keith A. Frey, Julia A. Files. Preconception Healthcare: What Women Know and Believe. Matern Child Health J (2006) 10:S73–S77
64. Hazel M Inskip, Sarah R Crozier, Keith M Godfrey, Sharon E Borland, Cyrus Cooper, Sian M Robinson. Women's compliance with nutrition and lifestyle recommendations before pregnancy: general population cohort study. BMJ. 2009;338:b481
65. Stéphanie Blanc. Elaboration d'une procédure informatisée de soins de la « consultation préconceptionnelle ». Thèse de médecine générale, Grenoble. 2011
66. Guide pratique pour la surveillance des grossesses à bas risques : du projet de naissance à l'accouchement. Union régionale des professionnels de santé des pays de Loire. Mai 2011
67. Preconception. Meilleur départ, centre de ressources. www.beststart.org

6. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire distribué aux généralistes

Avez-vous connaissance de ces recommandations ?

Oui ☐ Non ☐

Si non, voici quelques liens qui peuvent vous intéresser :

-Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer
Septembre 2009 ; HAS

-La consultation préconceptionnelle ; CNOG

Proposez-vous des consultations préconceptionnelles à vos patientes ?

Oui ☐ Non ☐

1/ Votre profil :

Age :

25-35 ans ☐ 35-45 ans ☐ 45-55 ans ☐ 55-65 ans ☐ >65ans ☐

Sexe :

Homme ☐ Femme ☐

Lieu d'exercice :

Urbain ☐ Semi-rural ☐ Rural ☐

Mode d'exercice :

Groupe ☐ Seul ☐

Libéral ☐ Salarié ☐

Ancienneté d'exercice :

< 10 ans ☐ 10-20 ans ☐ > 20 ans ☐

Avez-vous fait une formation complémentaire en gynéco-obstétrique ?

Oui ☐ Non ☐

Pratique particulière :

Aucune ☐

PMI ☐

Médecin scolaire ☐

Réseau spécialisé ☐ (réseau périnatalité, FMC, par exemple) *précisez*

Foyer pour personne handicapé ☐

2/ Votre pratique

Combien de consultations de médecine générale faites-vous par semaine ?

/semaine

A quelle fréquence faites-vous des consultations de gynécologie par semaine ?

0 consultations /semaine ☐ < 5 consultations/semaine ☐

5 à 10 consultations/semaine ☐ > 10 consultations/semaine ☐

Faites-vous des suivis de grossesse ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel est le nombre de grossesse suivi durant cette dernière année:

/an

Parmi ce nombre de suivi de grossesse annuel,

A combien estimez-vous la réalisation de la consultation préconceptionnelle ?

0 ☐ < 25% ☐ 25-50% ☐ 50-75% ☐ >75% ☐

3/ Sur votre dernier suivi de grossesse sans consultation préconceptionnelle

Avez-vous vu la patiente durant le semestre précédent sa grossesse ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, à quelle occasion l'avez-vous vu ?

Consultation gynécologique ☐

Consultation non gynécologique ☐

Quel motif ?

Avez-vous pensé à aborder la consultation préconceptionnelle pour cette patiente ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous fait le suivi gynécologique régulier chez cette patiente ?

Oui ☐ Non ☐

Vous a-t-elle parlé de son projet de grossesse ?

Oui ☐ Non ☐

Avez-vous eu des freins liés au profil de la patiente pour parler de la consultation préconceptionnelle ?

Âge de la patiente : oui ☐ non ☐

Situation socioprofessionnelle : oui ☐ non ☐

Origine ou religion de la patiente : oui ☐ non ☐

Présente seule lors de la consultation : oui ☐ non ☐

Autres ☐

Avez-vous eu des raisons personnelles ?

Manque de temps : oui ☐ non ☐

Pas à l'aise sur cette pratique préconceptionnelle : oui ☐ non ☐

Bénéfices de la consultation mal perçus : oui ☐ non ☐

Autres ☐

Vous y avez pensé et en avez parlé :

A t elle refusé d'aborder le sujet préconceptionnel ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, pour quelle raison ?

4/ Parmi les suivis de grossesse ayant eu une consultation préconceptionnelle

A quelle occasion a été réalisée la dernière consultation préconceptionnelle ?

Consultation gynécologique ☐

Si oui laquelle ?

A la demande de la patiente pour un désir de grossesse ☐

Renouvellement pilule ☐

Retrait dispositif contraceptif ☐

Examen gynécologique (frottis, ..) ☐

Pathologie gynécologique ☐

Consultation post-partum ☐

OU Consultation non gynécologique ☐

Si oui laquelle ?

Renouvellement de traitement pour une maladie chronique ☐

Prescription contre indiquée pendant la grossesse ☐

Vaccination ☐

Demande de sérologies ☐

Certificat ☐

Autres ☐

Avez-vous eu des difficultés pour aborder certains sujets lors de cette consultation préconceptionnelle ? (Classer par ordre d'importance si plusieurs réponses)

Aucune difficulté ☐

Addiction ☐

Précarité ☐

Personnalité pathologique ☐

Antécédent familial de maladie héréditaire ☐

Antécédent de grossesse pathologique (fausse couche spontanée, ..) ☐

Antécédent d'interruption volontaire de grossesse ☐

Autres ☐

Précisez

5 / Comment peut-on favoriser sa pratique ?

Au sujet des professionnels de santé (classer par ordre de préférence si plusieurs réponses)

Cotation spécifique incitante ☐

Formation médicale sur le sujet ☐

Dossier médical informatisé à visée préventif ☐

Autres ☐

Précisez

Au sujet des patientes (classer par ordre de préférence si plusieurs réponses)

Lettre incitante envoyée aux patientes ☐

Diffusion dans les médias incitant à consulter lors du début de vie en couple ☐

Brochure d'information ☐

Affiche dans la salle d'attente du cabinet ☐

Sensibilisation dans les collèges et lycées ☐

Médecin du travail abordant la consultation dans les professions à risque tératogène ☐

Autres ☐

Précisez

6/ Qu'en pensez-vous ?

La consultation préconceptionnelle doit être réalisée par quel professionnel? Si plusieurs réponses, classer par ordre d'importance

Médecin généraliste ☐

Sage-femme ☐

Gynécologue médical ☐

Gynécologue obstétricien ☐

Médecin PMI ☐

Médecin planning familial ☐

Autres ☐

Justifiez

Ce questionnaire vous a-t-il sensibilisé sur l'importance de la consultation préconceptionnelle ?

Oui ☐ Non ☐

Ce questionnaire vous a-t-il permis de mieux anticiper la démarche préconceptionnelle ?

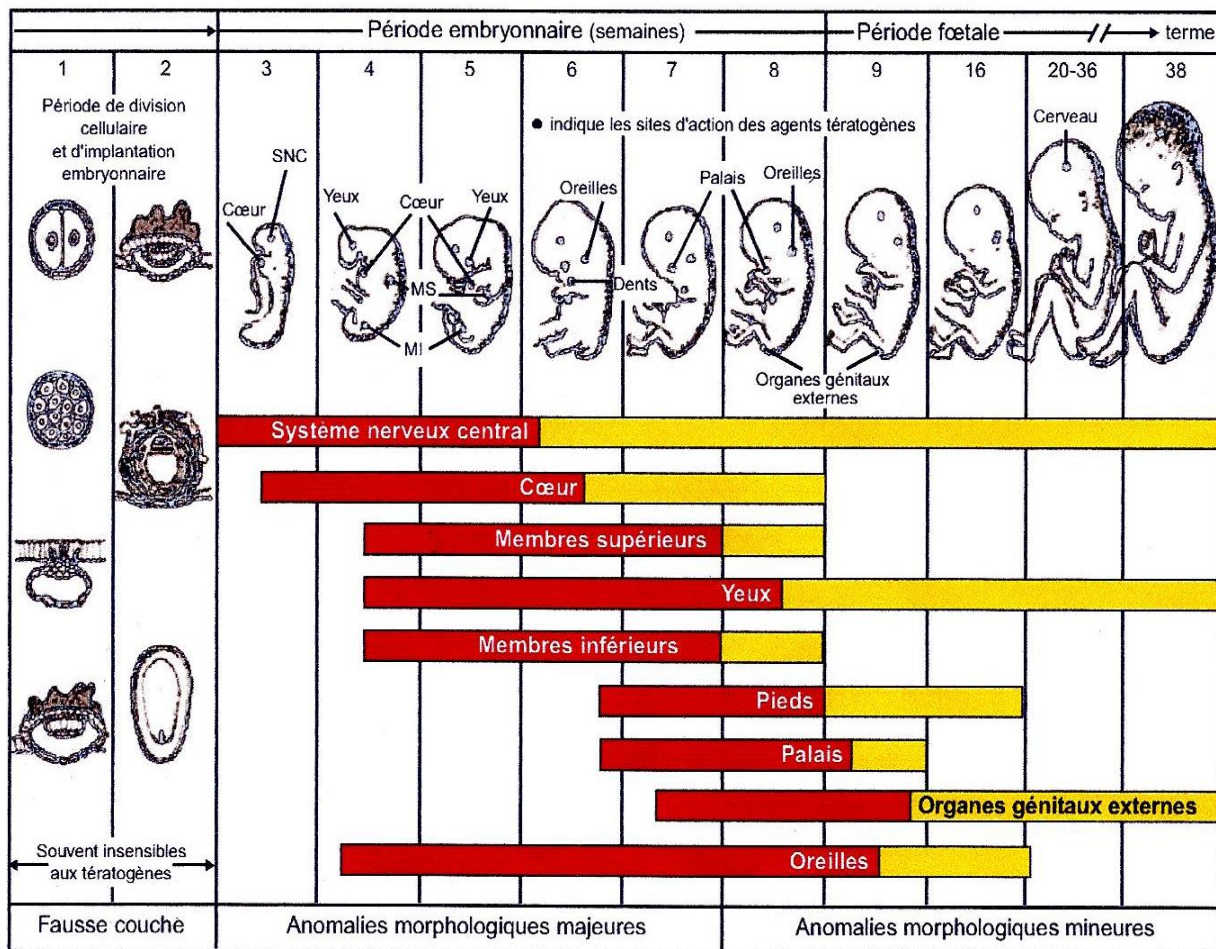
Oui ☐ Non ☐

La consultation préconceptionnelle est t-elle indispensable ?

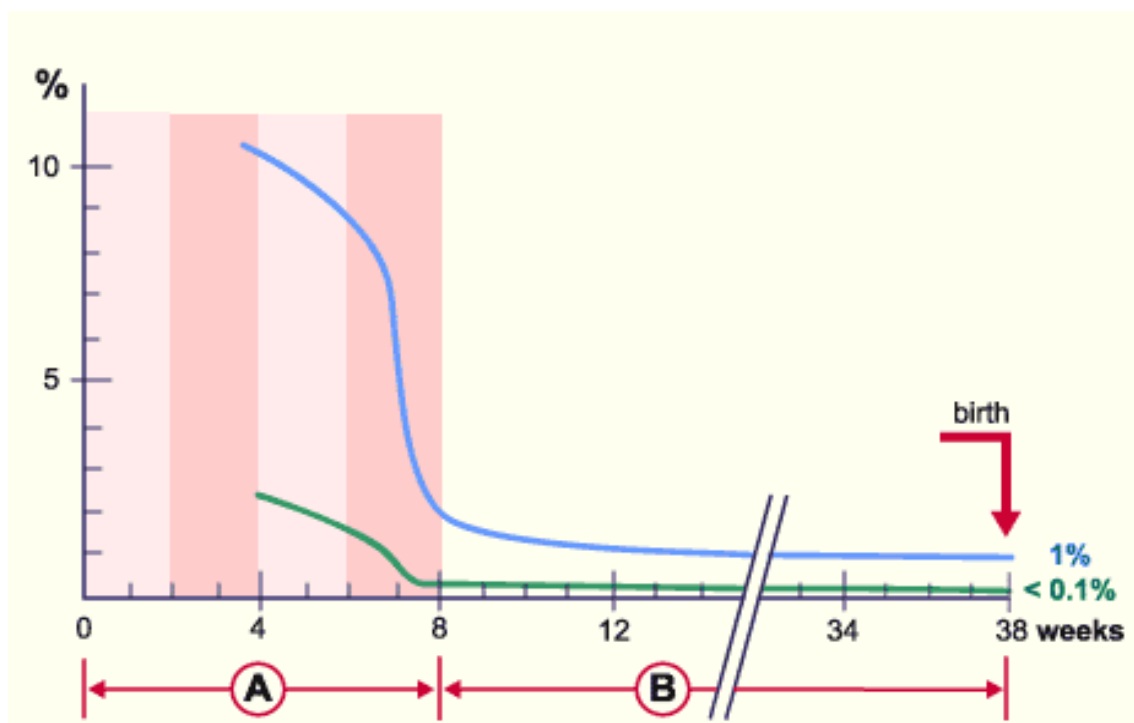
Oui ☐ Non ☐

Annexe 2 : Période critique du développement embryonnaire

Périodes critiques du développement (périodes les plus sensibles en rouge)



Annexe 3 : Taux de fausse couche et malformation du tube neural



Annexe 4 : Guide pratique pour les professionnels

➤ Facteurs de risques individuels

Age >35ans ou <18ans

Calcul IMC >25 ou <18,5

Origine : Afrique, Antilles et pourtour méditerranéen et celui du conjoint

Antécédents familiaux : maladies héréditaires ou génétiques, DNID chez apparentés 1^{er} degré

Pathologie chronique : diabète, épilepsie, HTA, coagulopathie, dysthyroïdie, pathologie psychiatrique, maladie rénale, cardiaque, hépatique, infectieuse, maladie auto-immune,..

Exposition à des facteurs tératogènes : profession, radiations, médicaments

Conduites Addictives : tabac, alcool, drogues, troubles comportements alimentaires

Situation de vulnérabilité

➤ Antécédents chirurgicaux ou gynécologiques

Salpingite, malformation utéro vaginale, conisation, chirurgie pelvienne, intervention bariatrique..

➤ Antécédents obstétricaux

Diabète gestationnel ou macrosomie >4kgs, hypertension gravidique, retard de croissance intra-utérin, fausses couches répétées, menace d'accouchement prématuré, mort fœtale, malformations congénitales, incompatibilité materno-foetale, césarienne, béance,

➤ Examen clinique

Tension artérielle

Examen gynécologique : frottis si >2-3 ans, toucher vaginal et examen à la recherche d'anomalie, examen des seins

Palpation thyroïdienne

➤ Examen biologique

Groupe rhésus RAI : si rhésus négatif, faire le rhésus chez le père

Glycémie à jeun si FDR suivants : >35ans, IMC>25, DT2 familial 1^e degré, Antécédent de diabète gestationnel ou macrosomie >4kgs

Sérologie toxoplasmose et rubéole si pas immunisation antérieure : vérifier le carnet

Sérologie varicelle si pas d'antécédent clinique ou douteuse

Sérologie VIH, hépatite B (AgHbS ou Ac anti-Hbs si femme vaccinée), hépatite C, syphilis, chlamydiae et gonocoque à proposer si FDR suivants : profession, drogue, entourage, transfusion, infection sexuellement transmissible

Dosage TSH si FDR ou pathologie thyroïdienne (cible < 2.5 pour l'hypothyroïdie)

Electrophorèse de l'hémoglobine et NFS selon l'origine

➤ **Traitement en cours:**

Déconseiller l'automédication et retirer les médicaments contre-indiqués
Modification thérapeutique pour les traitements suivants : Antiépileptique, Antidiabétique, Antihypertenseur, Anticoagulant, Psychotrope, Traitement substitutif thyroïdien,

➤ **Vitamine B9**

Prescrire Speciafoldine 0.4mg/jour sauf pour: Antécédents d'AFTN, Epilepsie traitée ou Diabète : Speciafoldine 5 mg/jour
Durée : 1 mois avant conception jusqu'à 12SA.

➤ **Mise à jour des vaccinations :**

dTPolio-coqueluche REPEVAX si pas vacciné dans les 10 dernières années
Rubéole PRIORIX si pas vacciné
Varicelle VARIVAX si pas d'antécédent clinique ou sérologie négative

➤ **Alimentation :**

Toxoplasmose et listériose
Conseils alimentaires

Outils

➤ **Questionnaire Alcool « CAGE-DETA »**

- « Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation de boissons alcoolisées ?
 - « Votre entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ? »
 - « Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ? »
 - « Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin ? »
- Une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif d'un problème de consommation d'alcool

➤ **Questionnaire Tabac :**

- « Fumez-vous actuellement du tabac ou autre chose ? Si oui, quoi ? »
 - « Combien de cigarettes/ jour ? »
 - « Est-ce que vous connaissez les conséquences pour vous et votre enfant ? »
 - « Est-ce que votre conjoint fume ? »
- Si tabagisme : évaluer la dépendance avec le test de fagerstrom et proposer un TSN

➤ **Questionnaire Droque:**

- « Consommez-vous de la cocaïne, de l'héroïne, de l'ectasy ou d'autres substances? »
- « Consommez-vous des médicaments pour dormir ou pour l'anxiété ? »
Si positif, l'orienter vers un centre d'addictologie

➤ **Questionnaire Situation de vulnérabilité :**

- « Avez-vous la CMU, la CMU complémentaire ou l'aide médicale d'Etat? »
- « Avez-vous une mutuelle ou une assurance complémentaire ? »
- « Vivez-vous seule ou en couple ? »
- « Avez-vous un emploi à l'heure actuelle ? et votre conjoint ? »
- « Avez-vous un logement stable ? Si non, comment vous logez-vous? »
- « Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de couple ? »
Si positif, proposer une aide sociale

Annuaire

➤ **Orienter vers Ecoute anonyme:**

Tabac Info Service : 0825 309 310

Ecoute Cannabis : 0811 912 020

Ecoute Alcool : 0811 913 030

Drogues Info Service : 0800 231 313

SOS Femmes : 0240 121 240

➤ **Annuaire Addictologie :**

Eure

CSAPA Bernay, 6 rue de la comédie : 02 32 62 89 25

CSAPA Gisors, route de Rouen: 02 32 27 76 51

CSAPA Les Andelys, 72 rue du Marechal Leclerc : 02 32 62 89 22

CSAPA Vernon, 15 rue André Bourdet : 02 32 62 89 23

CSAPA Evreux, 11 rue de la Harpe : 02 32 62 02 21

CSST Evreux, 42 Avenue Aristide Briand : 02 32 62 84 85

Seine-Maritime

CSAPA Barentin, 17 rue Pierre et Marie Curie : 02 35 92 82 58

CSAPA Fécamp, 3 rue Henri Dunant : 02 35 10 62 97

CSAPA Lillebonne, 19 Avenue du président René Coty : 02 35 39 10 40

CSAPA Dieppe, Avenue Pasteur : 02 32 14 74 90

CSAPA Bois Guillaume, 147 Avenue Marechal Juin : 02 32 88 90 22

CSAPA Elbeuf, 1 rue Jean Jaurès : 02 35 78 00 50

CSAPA Rouen, 30 rue Tour de beurre : 02 35 89 91 84

CSAPA Rouen, 169 boulevard de l'Europe : 02 35 73 50 02

➤ **Annuaire Services sociaux :**

Eure

Hôtel du département Evreux, Boulevard Gorges Chauvin : 02 32 31 50 50

http://www.eure-en-ligne.fr/cg27/accueil_eure_en_ligne

Seine-Maritime

Hôtel du département Rouen, Quai Jean Moulin : 02 35 03 55 55

➤ **Annuaire Conseil génétique :**

http://www.orpha.net/orphacom/cahiers/docs/FR/Liste_des_consultations_d_e_genetique.pdf

Liens utiles

- **Has:**
<https://www.has-sante.fr>
- **Lecrat :**
<https://lecrat.fr/medicament.php>
- **Ansm :**
<http://ansm.sante.fr/>
- **Anses :**
<https://www.anses.fr>
- **Alimentation :**
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1059.pdf>
- **Folate:**
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/professionnels-sante/pdf/folates-grossesses.pdf>
- **Périnatalité:**
<http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite>
- **Inrs :**
<http://www.inrs.fr/risques/reproduction/ce-qu-il-faut-retenir.html>
- **Vaccination:**
http://inpes.santepubliquefrance.fr/semaine-vaccination/pdf/RPVP_vaccin_grossesse.pdf
- **Génétique :**
<https://www.genetique-medicale.fr/>

7. Le serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

VALIN Marie-Sophie

Etat des lieux et freins de la consultation préconceptionnelle chez les médecins généralistes Haut-Normands en 2017

Rouen, le 15 Février 2018

RESUME

La prévention en France est un des points de notre système de santé où l'adhésion des patients est difficile à acquérir. L'évolution concernant la santé des femmes en âge de procréer causera davantage de grossesses à risque. Une consultation préconceptionnelle qui a montré son efficacité pourrait anticiper cette tendance.

L'objectif de ce travail est de connaître la pratique préconceptionnelle chez les médecins généralistes Hauts-Normands en 2017. Les objectifs secondaires sont de déterminer les freins qui contraignent sa réalisation et les solutions sélectionnées par les généralistes. Une étude quantitative a été réalisée auprès des médecins généralistes ayant effectué ou non la consultation préconceptionnelle avec leurs patientes devenues mères durant l'année. Des questionnaires ont été envoyés via la plateforme Google Form et via courrier postal. 63 médecins généralistes ont répondu à ce questionnaire.

La consultation préconceptionnelle est très peu réalisée en Haute-Normandie. Les femmes ne viennent pas consulter pour un projet parental. Les médecins généralistes manquent de temps et n'y pensent pas toujours. Le profil du généraliste et celui de la patiente influencent cette pratique.

Les patientes en âge de procréer ne sont pas encore assez sensibilisées sur le bénéfice d'une consultation préconceptionnelle.

Les médecins généralistes ont trop souvent une méconnaissance des recommandations HAS. Ils ont pour la plupart pris conscience de l'importance de celle-ci et sont décidés à mettre en place cette pratique. Ils souhaiteraient une diffusion médiatique en amont pour les accompagner dans cette action préventive.

MOTS CLES : Consultation préconceptionnelle - Prévention - Médecin généraliste - Grossesse

JURY

Président : Mme RIVES Nathalie, Professeur

Membres : Mme MAUVIARD Elisabeth, Docteur en Médecine

Mr HAZARD Emmanuel, Docteur en Médecine

Mme RAPP Sylvie, Docteur en Médecine

Université de Rouen – UFR de Médecine et Pharmacie