



HAL
open science

Intégration de la consultation pré-conceptionnelle dans la pratique courante des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine depuis la suppression du certificat pré-nuptial

Lucile Langlais

► To cite this version:

Lucile Langlais. Intégration de la consultation pré-conceptionnelle dans la pratique courante des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine depuis la suppression du certificat pré-nuptial. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02140292

HAL Id: dumas-02140292

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02140292>

Submitted on 27 May 2019

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.

THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Lucile LANGLAIS

Née le 17/09/1986 à Rennes

**Intégration de la
consultation pré-
conceptionnelle dans la
pratique courante des
médecins généralistes
d'Ille-et-Vilaine depuis
la suppression du
certificat pré-nuptial.**

**Thèse soutenue à Rennes
Thèse soutenue à Rennes
le 22 février 2018**

devant le jury composé de :

Pr Vincent LAVOUE

Professeur – CHU Rennes / Président

Pr Patrick PLADYS

Professeur – CHU Rennes Fonction / *juge*

Dr Sidonie CHHOR

Maitre de conférence associé – DMG Rennes / *juge*

Dr Nathalie THEBAULT

Gynécologue-obstétricienne – CH St Briec /
Directrice

Dr Barbara DAUBIAS

Médecin généraliste – St Erblon / *membre invité*

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Eric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités en surnombre	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BRISOT Pierre Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre + Consultanat	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénérologie
ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoît	Oto-rhino-laryngologie

GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités Emérite	Parasitologie et mycologie
GUILLÉ François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion
HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN Denis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre, RETRAITE	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick Professeur des Universités en surnombre + consultanat	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale

LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick Professeur des Universités Emérite	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MENER Eric (Professeur associé)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian Professeur des Universités en surnombre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent	Epistémologie clinique
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophthalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie
RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RICHARD de LATOUR Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie

ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	Physiologie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOULAT Louis	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé)	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Eric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Eric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ALLORY Emmanuel (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
ANSELMi Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénéréologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART Sidonie (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénéréologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELINe Julien	Cancérologie; radiothérapie
FIQUET Laure (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale

Nom Prénom	Sous-section CNU
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
NAUDET Florian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric (maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie

Nom Prénom**Sous-section CNU**

THEAUDIN Marie épouse SALIOU

Neurologie

TURLIN Bruno

Anatomie et cytologie pathologiques

VERDIER Marie-Clémence
(Lorne)

Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique;
addictologie

ZIELINSKI Agata

Table des matières

REMERCIEMENTS	12
RESUME - MOTS CLES	13
ABSTRACT - KEY WORDS	14
ABREVIATIONS	15
1- INTRODUCTION	16
2- MATERIEL ET METHODE	18
2.1 Type d'étude	18
2.2 Entretiens	18
2.2.1 Phase exploratoire.....	18
2.2.2 Guide d'entretien	18
2.2.3 Recrutement et échantillonnage	19
2.2.4 Réalisation des entretiens	19
2.3 Données	19
3- RESULTATS	20
3.1 Caractéristiques des entretiens	20
3.2 Analyse	21
3.2.1 Intégration de la consultation pré-conceptionnelle depuis la suppression du certificat pré-nuptial	21
3.2.2 Temps forts de la consultation pré-conceptionnelle	22
3.2.3 Représentation de la consultation pré-conceptionnelle	24
3.2.4 Avenir de la consultation pré-conceptionnelle	25
3.2.5 Place de la gynécologie en médecine générale.....	27

4- DISCUSSION	30
4.1 Principaux résultats	30
4.2 Forces et limites	30
4.3 Résultats et littérature	31
4.3.1 CPC : une forte intégration, inconsciente et fractionnée	31
4.3.2 CPC et ses doutes	32
4.3.3 L'acide folique	33
4.3.4 CPC : quels changements pour une meilleure intégration	34
4.3.5 La gynécologie en médecine générale	35
4.3.6 La préconception comparée à l'international	36
5- CONCLUSION	38
6-BIBLIOGRAPHIE	39
7-ANNEXES	41

Annexes :

Annexe 1 : Document d'informations pour les professionnels de santé - Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer (Septembre 2009)

Annexe 2 : Guide d'entretien

Annexe 3 : Formulaire de consentement

Annexe 4 : Grille de codages

Tableaux :

Tableau 1 : Caractéristiques de la population étudiée

Tableau 2 : Grille de codages

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Vincent LAVOUE, pour me faire l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères salutations et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Patrick PLADYS, pour avoir accepté de juger mon travail. Recevez ici l'expression de toute ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Sidonie CHHOR, pour avoir accepté de juger mon travail, merci de votre disponibilité en amont et de vos conseils avisés.

A Madame le Docteur Nathalie THEBAULT, pour avoir accepté de diriger cette thèse, merci pour ton investissement, ta disponibilité mais aussi pour tout ce que tu m'as enseigné lors de mon stage en gynécologie.

A Madame le Docteur Barbara DAUBIAS, merci pour ta participation à cette thèse mais surtout pour tout ce que tu m'as transmis lors des 6 mois passés à tes côtés.

A tous les médecins généralistes qui ont accepté de participer aux entretiens et qui ont rendu ce travail de recherche possible.

A mes différents maîtres de stage et aux différents services dans lesquels je suis passée.

A Annie, Charles et Jessica, pour l'opportunité que vous m'offrez de travailler à vos côtés.

A Nicolas, qui partage ma vie depuis déjà 9 ans. Merci pour tout le bonheur que tu m'apportes chaque jour mais surtout pour m'avoir offert le plus cadeau du monde, notre petit garçon Malo.

A Maman et Romain, mon frère chéri, pour tout l'amour et le soutien indéfectible que vous m'offrez. Sans vous, rien n'aurait été possible. Merci pour m'avoir porté et supporté pendant toutes ces années et pour ce lien fort qui nous unit.

A Mamie et Papi, merci pour tout votre amour et votre générosité à toute épreuve.

A Dorine et Jules, dont les sourires nous emplissent chaque jour de bonheur.

A toute ma famille, pour tous les bons moments partagés ensemble.

A ma belle-famille, pour votre présence.

A Lauranne, pour ton soutien, ta présence depuis tant d'années et pour m'avoir fait l'honneur d'être la marraine de ta petite Louisa.

A mes amis, Elodie, Fanny, Florence, Jean-Charles, Jeanne, Julien, Marine, Sandra, Sophie, Thibault, Thomas, Yann, et toute la bande de Nicolas qui sont devenus des amis au fil du temps Anaïs, Brendan, Damien, David, Elise, Erwan, Gaëlle, Julie, Kevin, Lise, Maëlys, Maryse, Thomas, et à tous ceux que j'aurais oubliés. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble et tout ceux à venir.

A toi Papa, qui, je le sais, serait si fier en ce jour.

RESUME

Introduction : Malgré la suppression de la visite prénuptiale en 2007, des messages d'information à l'intention de toutes les femmes et couples ayant un projet de grossesse restent préconisés sous forme d'une consultation pré-conceptionnelle (CPC). L'objectif de cette étude était d'analyser l'intégration de cette consultation dans la pratique courante des médecins généralistes.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés menés de janvier à mai 2017 auprès de médecins généralistes libéraux d'Ille-et-Vilaine.

Résultats : 13 entretiens ont été réalisés. La gynécologie apparaissait avoir une place importante en médecine générale. L'intégration de la CPC se révéla être forte, inconsciente et fractionnée, les occasions de délivrer des informations de prévention étant nombreuses en médecine générale et son intérêt plutôt femme-dépendant. L'acide folique en restait un pilier presque incontournable. Le projet de grossesse souvent organisé et le suivi gynécologique réalisé aujourd'hui plus fréquemment en médecine générale semblaient constituer une aide précieuse à son intégration alors que le manque d'information la concernant la desservait.

Conclusion : Une meilleure information auprès des professionnels autant que des couples permettrait d'optimiser l'impact, le contenu et l'organisation de la CPC en tant que consultation dédiée.

MOTS-CLES

Consultation pré-conceptionnelle

Médecin généraliste

Prévention

Pratique courante

Ille-et-Vilaine

ABSTRACT

Introduction : Despite the removal of the prenatal visit in 2007, information to women and couple with views of conceiving are still getting advocate in ways such as a preconception visit (PCV). The purpose of this study was to analyze the integration of such visit in the common practice of a general practitioner.

Method: Qualitative study in form of semi-directed interviews conducted from January to May 2017 with private practitioners in the *Ille-et-Vilaine* region.

Results: 13 interviews were conducted. Gynecology appeared to have a substantial role in private practice. PCV occurrence turned out to be significant as well as unconscious and fractionated, chances to deliver risk prevention information being important in general practice and women-dependent in term of interest. Folic acid remaining an almost inevitable grounding. Pregnancy projects being usually planned and gynecology follow-ups mostly done in general practice, that seemed to help PCV integration in contrast of the general lack of information about it.

Conclusion: A better access to information for doctors as well as couples would enhance the impact, the content and the planning of the PCV as a dedicated consultation.

KEY-WORDS

Preconception care

General practitioner

Prevention

Current practice

Ille-et-Vilaine

ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPC : Consultation Pré-Conceptionnelle

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DTP : Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite

FCV : Frottis Cervico-Vaginal

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

NHS : National Health Service

OMS : Organisation Mondial de la Santé

RAI : Recherche Agglutinines Irrégulières

USA : United States of America

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

1- INTRODUCTION

Dans la première moitié du XXème siècle, une mesure très populaire fut instituée, celle du certificat prénuptial. A l'origine, l'objectif principal était d'interdire, par l'intermédiaire du mariage, la procréation à toute personne porteuse d'une maladie contagieuse. Le premier pays à l'avoir instauré fut l'Arménie en 1904, puis suivirent les pays Scandinaves en 1909, l'Allemagne puis les USA. En France, malgré plusieurs propositions de loi depuis le règne de Louis-Philippe (1830-1848), la loi ne fut promulguée qu'en 1942, avec différentes législations selon les régions, passant d'une grande liberté où les futurs mariés ne subissaient aucune contrainte, à une forte coercition où il existait de réels contrôles.

Instituée en France en 1942 par le Régime de Vichy, le certificat prénuptial était un certificat médical obligatoire avant tout mariage civil, établi en l'application d'articles de loi. Il était remis en mains propres, à chacun des époux, à l'issue de deux consultations médicales. Ces consultations comportaient un examen clinique, des messages d'information (grossesse, contraception, IST, hygiène de vie) sous la forme d'un dialogue et d'une brochure d'éducation sanitaire, la proposition de dépistage du VIH, ainsi que la prescription d'examens biologiques pour la femme (Rubéole, toxoplasmose, Groupe sanguin, rhésus, RAI). Cette visite prénuptiale ne concernait que les couples qui se mariaient. Avec l'évolution de la société et le nombre de mariages en baisse constante depuis les années 1970, une grande partie de la population n'était donc plus concernée par tous ces messages de prévention et de dépistage.

En 2007, pour des raisons de simplification du droit des particuliers et d'économies de santé, les députés votent l'article 8 de la loi du 20 décembre 2007 supprimant le certificat prénuptial [1]. Dès le 1^{er} janvier 2008, celui-ci n'est plus obligatoire pour les futurs mariés. Malgré la suppression de la visite prénuptiale, des messages d'information et de prévention à l'intention de toutes les femmes et de tous les couples ayant un projet de grossesse restent préconisés sous forme d'une consultation pré-conceptionnelle par de nombreuses autorités de santé telles que l'HAS [2], l'Académie Nationale de Médecine et le CNGOF [3] dans le but d'améliorer les connaissances et les comportements des futurs parents.

Cette consultation pré-conceptionnelle peut être menée aussi bien par un médecin généraliste, qu'un gynécologue médical, un gynéco-obstétricien ou une sage-femme. Il s'agit d'actions de prévention et d'éducation pour la santé, afin d'identifier le plus précocement possible les comportements à risque ou les pathologies pouvant influencer le bon déroulement de la grossesse ; et de proposer une démarche de soin adaptée si nécessaire.

Le médecin généraliste, de par son rôle de « médecin de famille », est au premier plan dans le domaine de la prévention et souvent au cœur des projets de couple, notamment celui de la grossesse. Dans ce contexte, il nous semblait intéressant de réaliser un travail directement auprès des médecins généralistes.

L'objectif principal de cette étude était d'analyser l'intégration de la démarche pré-conceptionnelle à la pratique courante de la médecine générale depuis la suppression du certificat prénuptial.

2- MATERIEL ET METHODE

2.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés individuels auprès de médecins généralistes libéraux exerçant en Ille-et-Vilaine.

Le choix d'une méthode qualitative plutôt que quantitative s'est rapidement imposé à nous car notre souhait était d'observer la réalité de terrain mais surtout d'analyser le mode d'intégration de la consultation pré-conceptionnelle dans la pratique courante des médecins interrogés.

2.2 Entretiens

2.2.1 Phase exploratoire

Dans un premier temps, un guide d'entretien exploratoire a été testé auprès de trois médecins généralistes afin d'approcher le sujet. Une analyse rapide nous a permis de mieux cerner la problématique et d'élaborer dans un second temps le guide d'entretien définitif utilisé tout au long de l'étude, plus adapté à la question de recherche.

2.2.2 Guide d'entretien

Le guide d'entretien comportait plusieurs parties (Annexe 2).

Une première rappelait le contexte du sujet de recherche, la problématique et décrivait brièvement le type d'étude.

La deuxième consistait en un formulaire de consentement daté et signé par chacun des interviewés (Annexe 3).

La troisième était composée de l'entretien à proprement parler, avec ses 7 questions ouvertes.

La dernière était constituée par un recueil des caractéristiques de la population étudiée.

2.2.3 Recrutement et échantillonnage

Les critères d'inclusion étaient d'être médecin généraliste libéral et d'exercer en Ille-et-Vilaine. Le recrutement a été fait via des appels téléphoniques aux cabinets médicaux libéraux du département en expliquant qu'il s'agissait d'un entretien en vue d'une thèse portant sur un thème de gynécologie. Nous nous sommes particulièrement attachés à varier le sexe, l'âge et la localisation des lieux d'exercice (rural, semi-rural, urbain) afin d'apprécier au mieux toute la diversité des exercices.

Un échantillonnage a été réalisé suivant les critères d'inclusion.

2.2.4 Réalisation des entretiens

Les entretiens se sont déroulés de janvier à mai 2017. Le jour et l'heure de l'entrevue a été laissé aux choix des interviewés et les entretiens se déroulaient dans leurs cabinets respectifs. Ils étaient enregistrés, avec leur accord, via une application sur smartphone.

2.3 Données

Le nombre d'entretiens à réaliser n'a pas été fixé avant le début de l'étude. Le travail d'interview a été arrêté après saturation des données, ce qui fut obtenu après 13 entretiens.

Les réponses ont été retranscrites dans leur intégralité, manuellement, et anonymisées. S'en suivit une analyse thématique de l'ensemble des données et une hiérarchisation par codes.

Afin de potentialiser les résultats, ce premier encodage a été relu par deux autres intervenants dans ce travail de recherche. De manière à faciliter l'analyse de ces résultats, une grille de codage recensant les 46 codes obtenus a été réalisée (Annexe 4), ces codes ayant ensuite été regroupés en thèmes afin de dégager le plan ayant servi à la présentation des résultats.

3- RESULTATS

3.1 Caractéristiques des entretiens

13 médecins généralistes, 9 femmes et 4 hommes, âgés de 38 à 62 ans ont été inclus. Ils exerçaient tous en cabinet libéral exclusivement, dans le département de l'Ille-et-Vilaine.

Ceux-ci ont été interviewés entre janvier et mai 2017. La date, l'heure et le lieu de l'entrevue ont été laissés au choix des médecins. La durée moyenne des entretiens a été de 28,5 min.

Les caractéristiques des participants et de leur exercice sont précisées dans le tableau 1.

Tableau 1 – Caractéristiques de la population étudiée

	Sexe	Age (ans)	Exercice	Proximité SF/Gynécologue	Pratique gynéco Formation	Durée entretien
E1	F	44	- installée - 1F+1H - semi-rurale	-G : 7,5km à 15km -SF : 2,5 à 15km	- quotidienne - DU gynéco	28 min
E2	F	46	- installée - 1H - rural	-G : 14km à 46 km -SF : 14 à 21 km	- quotidienne	26 min
E3	F	58	-installée -seule -rural	-G : 27 à 40km - SF : 12 à 40km	- quotidienne - DU gynéco	25 min
E4	H	62	-installé -3H+4F -semi-rural	-SF : même ville -G : 25 km	- quotidienne	26 min
E5	F	49	-installée -1H -semi-rural	-SF/G : 12 km	- quotidienne	34 min
E6	F	38	-installée -4F+2H -semi-rural	-SF : même ville -G : 26 à 34 km	- quotidienne - DU gynéco	25 min
E7	H	55	-installé -1H+1F -semi-rural	-SF : 11-17km -G : 17km	- hebdomadaire	32 min
E8	F	46	-installée -2H+1F -urbain	-SF : même rue -G : même ville	- quotidienne	29 min
E9	F	46	-installée -2H+1F -urbain	-SF : même rue -G : même ville	- quotidienne	27 min
E10	F	47	-installée -3H+2F -urbain	- SF et G : même ville	- quotidienne	25 min
E11	F	42	-installée -1H+1F -semi-rural	- SF : même ville - G : quelques km	- hebdomadaire	42 min
E12	H	40	-installé -1F - rural	-G : 14km à 46 km -SF : 14 à 21 km	- hebdomadaire	25 min
E13	H	54	-installé - 1H - semi-rural	-G : quelques km -SF : même ville	- quotidienne	27 min

F : femme / H : homme / G : gynécologue / SF : sage-femme / DU : diplôme universitaire

3.2 Analyse des entretiens

3.2.1 Intégration de la consultation pré-conceptionnelle depuis la suppression du certificat pré-nuptial

Vision du certificat pré-nuptial :

Le certificat pré-nuptial suscita des commentaires divers mais une majorité approuvait sa suppression en précisant que l'évolution de la société expliquait la baisse de son intérêt :

« Ca ne fait pas beaucoup de gens parce qu'il n'y a plus besoin d'être marié pour avoir un enfant » (E2-F) ;

« J'ai intégré très facilement l'ablation du certificat pré-nuptial car il ne servait à rien du tout. Un certificat pré-nuptial quand les gens ont déjà 2 enfants et qui vivent ensemble depuis très longtemps je ne vois pas l'intérêt » (E4-H).

Cependant d'autres soulignaient par contre un bénéfice médical perdu suite au retrait de ce certificat :

« C'est vrai que quand ce certificat pré-nuptial existait, là c'était une bonne occasion (de faire de la prévention). Moi, là c'était systématique. » (E2-F).

Intégration de la consultation pré-conceptionnelle :

Presque tous les médecins interrogés ont intégré la consultation pré-conceptionnelle dans leur pratique quotidienne. La majorité l'a inclus de manière inconsciente :

« Moi je n'ai pas l'impression de faire une visite pré-conceptionnelle mais plus que c'est le suivi de mes consultations de gynéco. Après c'est vrai qu'on peut appeler ça une visite pré-conceptionnelle » (E3-F) ;

« Je ne la fais pas...je pense que je dois en faire sans vraiment m'en rendre compte » (E12-H).

et d'autres moins nombreux, de manière consciente :

« J'ai quand même pris l'habitude de dire aux dames qui renouvellent la pilule, est-ce qu'il y a un projet de grossesse ? et puis je pense que de temps en temps j'oublie, c'est pas non plus systématique » (E6-F).

Un seul médecin reconnaît n'avoir aucunement intégré cette consultation.

Occasions de délivrer des informations pré-conceptionnelles :

Que l'intégration de cette consultation soit consciente ou non, tous s'accordent sur la délivrance d'informations pré-conceptionnelles dans diverses occasions.

La première, qui a été retrouvée dans la grande majorité des entretiens, se trouva être la situation où la femme verbalise elle-même son projet de grossesse :

« Globalement elles en parlent assez facilement » (E1-F).

La deuxième était d'interroger ouvertement la patiente sur une potentielle grossesse à venir :

« Elles viennent pour renouveler leur pilule « est-ce que je vous la remet pour un an ? est-ce que vous avez un projet de grossesse ? » (E5-F).

Et enfin, la troisième situation mise en évidence est de proposer une consultation pré-conceptionnelle :

« ” Ce sera bien quand tu auras un projet bien identifié de venir m'en parler notamment par rapport à l'acide folique ”. C'est un discours que j'ai bien intégré et j'ai même une affiche dans ma salle d'attente » (E6-F).

3.2.2 Temps forts de la consultation pré-conceptionnelle

Dans le déroulement de cette consultation, de nombreux éléments ont été cités. Les principales composantes ont été classées en trois grands items.

Discussion :

La quasi totalité des intervenants ont vu comme volonté première d'évoquer la physiologie de la femme et de la conception dans le cadre de cette démarche pré-conceptionnelle :

« Les femmes ne connaissent pas si bien que ça leur cycle, les évolutions du cycle et notamment les périodes d'ovulation, de glaire cervicale, de quand est-ce qu'il faut avoir des rapports » (E9-F) ;

« Vous pourrez avoir des douleurs, des règles qui vont redevenir irrégulières pendant un petit temps. Il est possible que ça ne réussisse pas du premier coup » (E13-H).

La prévention des toxiques occupait également une place majeure chez beaucoup de médecins, particulièrement l'alcool et le tabac :

« Ca marche. 99% par rapport au tabac. Par rapport à l'alcool, je pense aussi mais elles étaient moins au fait donc cela les surprend plus mais elles adhèrent complètement » (E3-F).

Il ressortait également chez plus d'1/3 des interviewés que leur souhait principal était simplement de répondre aux questions des femmes.

Dépistage :

Ce pan de la consultation est apparu comme capital à l'unanimité, exception faite du seul médecin ne faisant aucune information pré-conceptionnelle. Quasiment la totalité d'entre eux prescrivaient des sérologies de dépistage : bilan IST, rubéole et toxoplasmose. Cependant aucun n'a cité la varicelle. La recherche des antécédents familiaux et plus spécifiquement de maladies génétiques transmissibles ressortait nettement des discours :

« Moi je reprends tous les antécédents familiaux. J'essaye de reprendre les antécédents de maladies génétiques transmissibles. Comme des gens qui sont venus me voir en me disant qu'il y avait des antécédents de mucovisidose dans la famille » (E6-F).

La moitié des interviewés s'attachait également à vérifier l'état des vaccinations, spécialement la coqueluche et un tiers du FCV :

« J'aime mieux moi, le faire avant le début de grossesse. Je sais qu'on peut les faire en début de grossesse mais souvent ça saignotte donc c'est aussi facteur de stress » (E3-F).

Acide folique :

Tous les médecins ont évoqué l'acide folique mais parfois dans des propos différents les uns des autres, allant, pour la très grande majorité, de la prescription systématique dès lors qu'un projet de grossesse était évoqué :

« Donc moi par contre quand elles me disent, dans une consult', que ce soit pour un retrait de stérilet, un retrait d'implant ou un renouvellement de contraception avec l'idée de l'arrêter, elles sortent toujours avec leur ordonnance d'acide folique, toujours » (E1-F) ;

au cas par cas pour les autres, peu nombreux :

« *L'acide folique, je supplémente facilement, dès qu'elles dépassent 3 à 6 mois de désir de grossesse mais pas systématiquement* » (E10-F) ;

« *Je n'irai pas mettre de la Specialfoldine sauf si elle m'en a parlé ou pour les femmes qui ont un problème, qui sont sous Dépakine* » (E12-H) ;

avec même l'élaboration d'une fiche de conseils alimentaires pour l'un d'eux :

« *Je leur remets une fiche sur l'alimentation riche en acide folique en leur disant " si vous ne prenez pas le médicament, sachez quand même qu'il y en a dans les aliments "* » (E5-F).

3.2.3 Représentation de cette consultation pré-conceptionnelle

Perception de la démarche pré-conceptionnelle :

L'intérêt de cette consultation émerge dans la plupart des discours mais restait principalement femme-dépendant :

« *Après pour les femmes qui ont des antécédents lourds, j'ai tendance à les envoyer aussi à l'Hôpital Sud pour ça. Pour voir comment on va faire, si ça peut être moi, dans quel délai* » (E1-F) ;

« *Je pense que oui, oui, sur certains terrains ou certains milieux sociaux* » (E8-F).

Elle apparaît également dans la moitié des entretiens comme un temps dédié à la femme, rarement au couple :

« *Je n'ai jamais le couple ou c'est extrêmement rare (...) Peut être tout faux, et peut être que ça me permettra de me remettre en question* » (E3-F).

Un certain féminisme ressortait aussi chez certains médecins femmes en en faisant même une volonté de leur part :

« *La gynéco, ça reste une histoire de femmes* » (E5-F) ;

« *D'un autre côté, je suis assez féministe et je trouve que si la femme elle a décidé d'avoir un bébé, c'est d'abord son histoire à elle* » (E3-F).

Inconvénients de son intégration systématique :

L'hyper-médicalisation de la grossesse posait question aux médecins. L'intégration systématique de la consultation pré-conceptionnelle semblait pour une partie d'entre eux encore renforcer ce sentiment de contrôle et de surmédicalisation d'un processus naturel :

« On a l'impression d'être dans le tout médical, dans la maîtrise de tout. Ne pas laisser de place aux choses quoi. On médicalise déjà beaucoup la grossesse, si en plus, il faut y réfléchir avant » (E2-F).

Cette information pouvait se transformer en un discours anxiogène pour les femmes voire même inquisiteur :

« Voir presque avec un jugement moral sur ce que l'on doit faire ou ne pas faire » (E7-H).

Très peu d'entre eux évoquaient aussi une tâche administrative supplémentaire engendrée par cette consultation même si celle-ci ne paraît pas être perçue comme un obstacle significatif :

« Après les jolies recommandations de pré-conception, c'est de la paperasse administrative de gens qui sont derrière les bureaux ou qui ne sont pas sur le terrain » (E4-H).

3.2.4 Avenir de la consultation pré-conceptionnelle

Aides actuelles à son intégration :

La grossesse, un projet souvent organisé au sein d'un couple, occupait une place déterminante pour faciliter l'intégration de la consultation. S'y ajoute, le suivi gynécologique classique fréquemment réalisé par le médecin traitant :

« Tout ça je le fais déjà un petit peu d'office avec les visites de contraception » (E5-F).

Les recommandations officielles sur l'acide folique semblaient également avoir marqué les esprits de certains médecins qui s'y raccrochent pour intégrer plus facilement la consultation :

« Je m'étais dit, plus de certificat, chacun se débrouille dans son coin et là où ça a commencé à remûrir dans ma tête, c'est quand il y a eu cette histoire d'acide folique » (E5-F) ;

« J'ai même une affiche dans ma salle d'attente donc de temps en temps, certaines viennent me dire " est-ce que vous pouvez me donner l'acide folique ? " » (E6-F).

Quelques uns notaient aussi que l'augmentation des DIU et implants servait son intégration, les femmes ne pouvant arrêter seules leur contraception.

Manques et freins à son intégration :

Presque tous s'accordaient à déplorer le manque d'information que cela soit celle des médecins :

« *Et bien moi, je ne savais pas qu'elle existait avant que tu viennes m'en parler* » (E1-F) ;

« *C'est comme la prescription d'acide folique. Il faut le faire ? Il ne faut pas le faire ? Il faut le faire tout le temps ? (...) Mais il faut le prendre longtemps en avance ?* » (E2-F) ;

ou celle des femmes :

« *Je n'ai jamais vu une femme venir en me disant " je viens parce que je veux une consultation pré-conceptionnelle ". Exceptionnellement ça arrive Mais j'ai pas l'impression que cette info (de l'existence des infos pré-conceptionnelles), elle soit passée* » (E2-F).

L'absence de preuves de son intérêt était également regretté par d'autres moins nombreux :

« *Qu'on nous démontre que ça a un intérêt clairement. S'il y a un intérêt de prévention vraiment important, qu'on ne fasse pas dans des consultations de médecine générale habituelles, oui pourquoi pas* » (E9-F).

Quelques autres mentionnaient la nécessité d'inclure la consultation pré-conceptionnelle dans ses automatismes médicaux :

« *Je reconnais que même moi, je n'y pense pas beaucoup. C'est un vrai tort* » (E8-F).

Propositions d'intégration :

Diverses propositions ont été avancées lors des entretiens. Nous les listons ici :

La principale a été celle d'une consultation dédiée, celle-ci devant être reconnue avec une rémunération conventionnée :

« *Une consultation de couple, en disant " voilà, vous avez l'opportunité de consulter un médecin, avec une prise en charge à 100%, une consultation dédiée de 30 min, qui soit rémunéré pour le médecin généraliste "* » (E10-F) ;

et réalisée en un temps donné de la vie de la femme :

« Je pense que ça pourrait être très intéressant d'entrer dans le cadre d'une information qu'on donne à la femme lors du premier frottis par exemple » (E4-H) ;

« Je me dis que l'information pré-conceptionnelle elle pourrait être faite bien avant la conception. Elle pourrait peut être faite à certains moments de la prise de pilule, dans certaines conditions, chez une femme d'un certain âge » (E4-H).

Un médecin proposait d'optimiser la période du post-accouchement :

« Il faudrait qu'après une grossesse, on anticipe quasiment la suivante, sur certaines choses comme les rubéoles négatives, sur les coqueluches, sur les frottis » (E1-F) ;

alors qu'un autre imaginait une formation à l'école :

« Avoir une diplôme, (...), une formation pour l'accueil d'un enfant » (E4-H).

3.2.5 Place de la gynécologie en médecine générale

Place importante de la gynécologie :

Pour la majorité des médecins généralistes interrogés, la gynécologie occupait une place importante dans leur pratique quotidienne ; que cela soit pour une consultation de suivi classique ou un problème gynécologique aigu :

« Après il y a aussi des dames qui viennent pour un motif x ou y et qui vont poser une question de gynéco sans pour autant faire leur suivi avec nous » (E6-F).

Contexte actuel :

La moitié des médecins soulignait la pénurie de gynécologues libéraux comme un fort déterminant à cette évolution de leur pratique ; tout comme l'apparition grandissante d'un nouvel accès à la gynécologie qu'est l'installation des sages-femmes en libérale, qui pour certains constituait une entrave :

« C'est une place importante mais peut être moins maintenant que les sages-femmes font aussi plus de choses qu'avant (...) Après ça ne me dérange pas parce qu'on a tellement de travail à côté (...) Mais c'est vrai qu'on est quand même détourné par les sages-femmes » (E2-F).

Alors que pour d'autres, il s'agissait plus d'une aide :

« Elle est vraiment très accessible, très gentille, on peut parler, moi je l'ai au téléphone assez facilement et je trouve que c'est bien » (E8-F).

La gynécologie ressortait comme une compétence supplémentaire des médecins qui la pratiquent, dans une spécialité déjà très polyvalente :

« Je travaille en binôme avec un collègue de la commune qui lui ne fait pas du tout de gynéco donc depuis que je suis là, il m'envoie aussi toute sa gynéco » (E5-F).

Motivations personnelles des médecins généralistes :

L'attrait pour cette spécialité était fréquemment souligné comme la principale motivation personnelle à sa pratique. D'autres moins nombreux arguaient que le suivi gynécologique rentrait dans le cadre de la prise en charge globale de toute femme :

« C'est de la médecine générale évidemment... mais on a la chance de les connaître plutôt bien en fait nos patientes » (E9-F)

Quelques-uns appréciaient particulièrement le lien fort existant entre la gynécologie et la pédiatrie :

« Bizarrement, cela leur donne aussi l'idée qu'on pourrait aussi faire de la pédiatrie. Donc je pense quand même que ça me permet d'entretenir mon cota de pédiatrie » (E1-F).

Le côté technique a été cité par 2 médecins comme un atout majeur de cette compétence alors que 2 autres le déploraient.

Motivations des patientes :

Plusieurs médecins soulignaient la relation privilégiée existant entre eux et leurs patientes :

« Je pense que les femmes osent beaucoup plus venir pour des frottis, comme je les vois pour d'autres choses » (E3-F).

Une relation de confiance et de réassurance apparaissait comme un déterminant primordial pour faciliter l'accès des femmes à la gynécologie ainsi que le fait d'être un médecin femme.

« Moi, je vieillis donc elle (la gynécologie) devient de moins en moins fréquente. D'autant plus que je suis dans un cabinet de 7 médecins où j'ai 3 femmes » (E4-H) ;

« Pour une femme généraliste, c'est important » (E10-F).

Problématiques rencontrées :

La consultation de gynécologie sur un temps dédié, passant par l'éducation de leur patientèle, était une nécessité pour quelques médecins :

« Examen gynéco, c'est que gynéco. Donc il y a eu un apprentissage, j'ai fait des affiches dans la salle d'attente. Et encore aujourd'hui, il faut leur faire comprendre, qu'il faut qu'elles aient la même démarche que si elles prenaient rdv chez leur gynéco » (E1-F).

La responsabilité supplémentaire engendrée par cette spécialité a été identifiée par d'autres :

« Le stérilet, je ne suis pas à l'aise (...) Pour l'implant, c'est plus accessible et moins risqué » (E8-F).

On retrouvait également chez un des médecins comme problématique la non-reconnaissance financière vis-à-vis des gynécologues :

« Moi je biaise un peu quand ce sont des patientes de mon associé, car je fais la cotation coordination du médecin généraliste donc je cote 3€ de plus » (E1-F).

4 - DISCUSSION

4.1 Principaux résultats

L'objectif principal de cette étude était d'analyser l'intégration de la consultation pré-conceptionnelle dans la pratique courante des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine depuis la suppression du certificat pré-nuptial.

L'étude a mis en évidence que les médecins généralistes rencontrés pratiquent et aiment la gynécologie. Ils ont globalement intégré la démarche pré-conceptionnelle. Cette intégration est inconsciente, non systématique mais surtout fractionnée au cours du suivi globale de la femme.

4.2 Forces et limites

Le choix de la méthode qualitative par entretiens semi-dirigés était bien adapté à l'objectif principal de notre étude. La phase exploratoire avec la réalisation d'un premier guide d'entretien testé auprès de plusieurs médecins nous a permis l'élaboration secondaire d'un guide définitif concernant mieux la problématique. Nous avons particulièrement porté notre attention à ce que l'échantillonnage obtenu soit composé d'intervenants hétérogènes tant au niveau de l'âge, du sexe, de la formation que du lieu d'exercice afin de renforcer la pertinence de nos résultats.

Le recueil des données s'est arrêté après saturation, le nombre d'entretiens n'ayant pas été fixé avant le début de l'étude.

Enfin, un triple-encodage a été réalisé afin de potentialiser l'analyse des résultats et diminuer la part de subjectivité analytique.

Néanmoins la sélection aléatoire des cabinets appelés à participer à l'étude et l'effectif des médecins ayant ensuite répondu positivement à notre demande d'entretien nous font nous interroger sur la réelle représentativité de la population des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine. Il existe donc probablement un biais de représentativité étant donné que les médecins ayant accepté de participer à notre recherche sont probablement les plus intéressés et donc les plus renseignés sur le sujet.

4.3 Résultats et littérature

L'analyse de la littérature nous a fourni peu d'études sur la consultation pré-conceptionnelle en population générale. La plupart des recherches portent essentiellement sur des populations ayant une maladie chronique.

4.3.1 CPC : une forte intégration, inconsciente et fractionnée

Avec la suppression du certificat pré-nuptial en 2007, l'information pré-conceptionnelle - délivrée auparavant lors de cette consultation - semblait avoir disparu à la lecture des premiers résultats. L'évolution de la société avec la baisse de ses mariages, et donc le nombre croissant de naissances hors mariage, a rendu ce certificat obligatoire obsolète. Or notre étude a montré que, malgré l'adhésion des professionnels à l'abrogation de cette loi, la consultation pré-conceptionnelle a en réalité été incluse dans la pratique courante des médecins généralistes mais ceci de manière inconsciente et fractionnée sur différentes consultations. Ce temps pré-conceptionnel s'inscrit donc plus dans la démarche globale de prévention que leur position leur confère, que comme une consultation dédiée à proprement parler.

Le médecin généraliste, de par son rôle de « médecin de famille », est souvent au cœur des projets de couple, notamment celui de la grossesse. Il ressort de notre travail, comme de la littérature, qu'au-delà de son action ponctuelle, le généraliste est l'interlocuteur médical qui a la vision la plus complète du patient. Il connaît ses patients et leur environnement. La prévention constitue d'ailleurs l'un de ses axes prioritaires, ce qui est confirmé par l'importante place occupée par le dépistage lors cette information pré-conceptionnelle, avec

le recueil des antécédents du couple, la prescription des sérologies et le contrôle des vaccinations [4]. C'est cette spécificité de la spécialité de médecine générale qui explique ce mode particulier d'intégration sur le long cours de la consultation pré-conceptionnelle.

Notre étude a également révélé que l'intégration de cette information semblait facilitée par le suivi gynécologique aujourd'hui plus fréquemment pratiqué par les médecins généralistes rencontrés. Le lien privilégié de confiance et d'intimité existant entre les patientes et leur médecin leur permettait de discuter aisément d'un potentiel projet de grossesse, que cela soit à l'initiative de la femme qui parle de son désir d'enfant ou bien de son médecin qui lui pose la question ; et donc d'intégrer plus facilement l'information pré-conceptionnelle qu'avec un gynécologue ou une sage-femme qu'elles verraient une fois par an.

4.3.2 CPC et ses doutes

Nos résultats rapportaient néanmoins que malgré l'attention portée à cette démarche, les médecins estimaient que la consultation pré-conceptionnelle avait un intérêt femme-dépendant. Sa généralisation à toutes les femmes ou tous les couples ne leur paraissait pas indispensable dès lors que les messages essentiels de prévention étaient délivrés tout au long du suivi gynécologique classique et que les patientes à risque de grossesses pathologiques étaient repérées et adressées aux spécialistes [5]. L'attention particulière portée aux antécédents familiaux du couple en était le reflet.

De plus, contrairement à ceux à quoi nous nous attendions et malgré l'évolution de la société mise en avant par les médecins, il apparaissait que cette consultation était perçue comme un temps dédié plus spécifiquement à la femme qu'au couple. La grossesse restait avant tout une histoire de femme, même chez les praticiens connaissant aussi les futurs pères.

La question posée restait donc celle des bénéfices supplémentaires apportés par cette consultation, qui plus est en couple, et qui ne seraient pas déjà relayés dans des consultations de médecine générale habituelle. Deux profils de médecins se dégageaient : ceux ayant intégré l'information pré-conceptionnelle dans leur consultation de suivi ; et ceux

estimant qu'une consultation pré-conceptionnelle chez les femmes sans facteur de risque particuliers n'était pas nécessairement indispensable.

Ce doute soulevé par les généralistes a été confirmé par l'absence de la notion de consultation pré-conceptionnelle dans le dernier plan périnatalité 2005-2007 [6] [7]. La baisse de mortalités périnatale et maternelle espérée par l'application de ce plan ne peut s'envisager sans une prévention avant le début de la grossesse. Or il n'est fait référence dans le rapport de mission que de l'entretien du 4ème mois ou encore *Entretien Prénatal Précoce* [8]. Se pose donc la question de l'intérêt de cette double consultation de prévention même si celles-ci n'interviennent pas au même moment de la conception.

Il se dégage de notre étude que l'ensemble des consultations et examens obligatoires composant le suivi de grossesse français était perçu comme une surmédicalisation d'un événement naturel de la vie d'une femme. Pour autant, l'analyse des suivis de grossesse des autres pays d'Europe ne révèle pas de différences significatives dans l'intensité de la prise en charge des femmes enceintes par rapport à celui de la France [9]. L'irruption dans la vie intime du couple engendrée par cette consultation pré-conceptionnelle ainsi que l'anxiété pouvant en découler représentaient même parfois des freins à son intégration systématique ; celles-ci pouvant provoquer un retard à la conception voire même un risque d'infertilité induite.

4.3.3 L'acide folique

Notre étude établit que l'acide folique restait l'élément primordial de la consultation pré-conceptionnelle, avant même la prévention des toxiques (tabac et alcool) qui, elle, constitue une préoccupation quotidienne en médecine générale et pas seulement en période pré-conceptionnelle. Les recommandations actuelles constituaient même parfois une aide à son intégration. Son intérêt semblait unanime dès lors qu'un projet de grossesse était évoqué. La problématique qui subsiste est celle du taux de patientes venant consulter en pré-conceptionnelle car même si notre travail souligne qu'une grossesse semblait souvent programmée, il révèle également que peu de femmes étaient informées de l'existence de la consultation pré-conceptionnelle. Cette méconnaissance explique probablement en partie le faible nombre de patientes sous acide folique comme le montre une étude de l'unité de pharmaco-épidémiologie du CHU de Toulouse publiée en 2016 [10] où 36% des femmes

interrogées n'avaient jamais entendu parler de l'acide folique et où plus de 30% de celles-ci n'avaient pas pris ou ne se souvenaient pas avoir pris d'acide folique lors de grossesses antérieures. Les recommandations actuelles restent difficilement applicables au vu du nombre de Françaises arrêtant seule leur contraception sans consulter de médecins en amont.

De nombreuses études ont montré l'efficacité de la supplémentation en acide folique dans la prévention des anomalies de fermeture du tube neural un mois avant la conception et pendant les deux premiers mois de grossesse. Ces anomalies sont les plus fréquentes malformations congénitales avec les malformations cardiaques et génito-urinaires. Certains pays ont même montré une réduction de 30 à 60% des anomalies de fermeture du tube neural grâce à une meilleure utilisation de cette vitamine. D'ailleurs plusieurs études menées au Canada suggèrent que si toutes les femmes consommaient 0,4mg/jour d'acide folique dans la période entourant la conception, 70% des anomalies de fermeture du tube neural pourraient être évitées. Or ce niveau optimal ne peut être atteint que par l'absorption d'une supplémentation vitaminique ou bien d'aliments fortifiés. C'est pour cette raison que depuis 1998, le Canada tout comme les Etats-Unis ont rendu obligatoire l'enrichissement de leurs farines en acide folique [11] [12]. Cependant d'autres travaux plus récents remettent actuellement en cause l'innocuité de cette pratique en mettant en évidence un risque accru de cancer colo-rectal et mammaire. Si certaines études contestent cette innocuité, il n'y a aujourd'hui pas assez de données pour soutenir un effet causal significatif de l'acide folique sur sa malignité. De plus amples recherches dans ce domaine seraient attendues dans l'avenir [13].

4.3.4 CPC : quels changements pour une meilleure intégration

L'analyse du contenu de cette consultation révèle que les recommandations sont globalement suivies chez les médecins pratiquant la gynécologie même si des manques sont à noter, comme la vérification du statut immunitaire contre la varicelle qui n'a jamais été cité [14] [15]. Or si on se réfère aux recommandations de l'HAS et du CNGOF concernant la pré-conception, cette consultation a un cadre bien délimité [16] [17]. Les principaux objectifs identifiés par ces autorités médicales sont résumés dans un document d'informations destiné aux professionnels de santé publié par l'HAS en 2009 [2]. Pour autant la diffusion ne semblait pas avoir été efficace puisque notre travail révèle que peu de médecins en connaissaient l'existence. L'étude de l'unité de pharmaco-épidémiologie du CHU de

Toulouse citée précédemment [11], montrait le manque d'informations des femmes sur l'acide folique. Afin d'améliorer l'intégration de la consultation pré-conceptionnelle, il serait intéressant de réaliser une large campagne de prévention auprès des professionnels de santé ainsi que des femmes. D'ailleurs une étude menée en 2009 dans l'Ohio aux Etats-Unis [18] évaluant l'impact d'un programme pilote de promotion de la santé sur les connaissances des étudiantes concernant l'acide folique et la prévention des anomalies du tube neural s'est révélé être une réussite.

Il ressort de notre travail plusieurs temps forts dans cette consultation. Hormis l'acide folique et la partie « dépistage/prévention », que nous avons évoqué précédemment, un temps dédié à un dialogue ouvert apparaissait comme capital pour répondre aux questions des patientes et évoquer avec elles la physiologie de la femme et de la conception. Or ce moment déterminant pour les médecins généralistes consacré à la discussion, n'y est malheureusement pas cité.

Une consultation dédiée apparaissait comme une proposition des médecins généralistes pour faciliter l'intégration de la consultation pré-conceptionnelle. Il semblait important que cette consultation soit programmée sur un temps spécifique et pourquoi pas à un moment de la vie de la femme bien défini, avec une rémunération adaptée. Une consultation de couple paraissait aussi un élément de questionnement, la consultation pré-nuptial ayant disparu.

Par contre, contrairement à ce à quoi nous nous attendions, l'augmentation du recours à la contraception par DIU n'apparaissait pas comme un facteur favorisant l'intégration de la consultation pré-conceptionnelle. Pourtant l'enquête Baromètre santé 2016 de l'INPES [19] montrait que depuis la crise de la pilule en 2013, l'évolution des méthodes contraceptives se poursuivait principalement avec cette augmentation progressive du taux de DIU. La principale raison pouvant être évoquée est que les gynécologues restent les premiers prescripteurs de DIU et que les femmes n'ont pas connaissance que les généralistes peuvent eux aussi pratiquer ce geste gynécologique.

4.3.5 La gynécologie en médecine générale

La gynécologie apparaissait comme ayant une place importante dans la pratique courante des médecins généralistes de notre étude. Ils expliquaient cette place par la démographie de l'offre de santé sur le territoire avec sa baisse de gynécologues libéraux et son augmentation de sages-femmes, ainsi que par l'intérêt personnel particulier porté à cette spécialité. Même

si notre étude ne posait pas spécifiquement la question des difficultés posées par la pratique de la gynécologie en médecine générale, peu d'obstacles ont été soulevés par notre travail. Ont été avancés l'importance de l'éducation des patientes à une consultation dédiée à la gynécologie évitant la multiplicité des motifs de consultation, le manque de reconnaissance financière et la responsabilité supplémentaire induite par cette pratique.

Pourtant une étude menée en 2002 sur l'activité gynécologique des médecins en Bretagne [20] soulignait une activité de gynécologie très modeste de ses répondants. Tout comme dans notre travail, elle établissait que la gestion simultanée de plusieurs motifs de consultations était signalée comme la principale problématique. La thèse d'une interne en médecine générale réalisée en Indre-et-Loire, en 2013 [21], concernant les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique gynéco-obstétricale, observait également que peu de généralistes réalisaient le suivi gynéco-obstétrical de leurs patientes. Cependant, de manière semblable à nos résultats, elle relevait aussi que l'un des principaux freins était le rapport rémunération / durée de la consultation défavorable.

4.3.6 La préconception comparée à l'international

En France, le concept de soins pré-conceptionnels prévoit que « dès lors qu'ils expriment un projet de grossesse, toutes les femmes et tous les couples devraient bénéficier d'une consultation dite pré-conceptionnelle » [2]. Il s'agit d'un ensemble d'informations, de messages de prévention et d'examens à proposer dans le but d'améliorer la santé des femmes en âge de procréer et d'influencer les comportements à risque afin d'éviter d'éventuelles complications obstétricales. Cette consultation peut être réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue médical, un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme. Elle se décompose en plusieurs items :

- recueil des facteurs de risque individuels et antécédents personnels
- examen clinique général et gynécologique avec FCV si > 2-3ans
- proposer des examens biologiques (groupe sanguin, sérologies toxoplasmose, rubéole, VIH et autres IST)
- informations sur les traitements médicamenteux : ajuster un traitement chronique si besoin et prescription d'acide folique
- proposer des vaccinations : DTP, coqueluche, rubéole, varicelle si non-immunisée

-prévention sur les risques liés au mode de vie et à l'environnement

A l'international, plusieurs pays ont eux aussi élaboré des recommandations concernant la période pré-conceptionnelle. Notre attention s'est plus particulièrement portée sur deux pays.

Au Royaume-Uni, le NHS publia en 2007 les conduites à tenir par les praticiens en période pré-conceptionnelle intitulé « *Clinical Knowledge Summaries. Pre-conception : advice and management* » [22]. Aux Etats-Unis l'*Institute for Clinical Systems Improvement* publia en 2007 des recommandations sous la forme du « *Routine prenatal care* » [23] et les recommandations américaines des *Centers for Disease Control and prevention* en 2006 « *Recommandations to improve preconception health and health care* » qui font partie d'un plus large programme s'attachant aux soins de santé durant cette période de la vie dont l'objectif est d'améliorer la santé des femmes et des couples [24]. L'analyse de ces travaux retrouve des recommandations superposables à celles que nous connaissons aujourd'hui en France.

L'OMS s'est également intéressée aux soins pré-conceptionnels. Un document d'information pour la promotion de la santé maternelle et infantile a été élaboré en 2013 [25]. Il s'appuyait sur un nouveau rapport de l'OMS montrant que les soins avant la conception avaient un impact positif sur les résultats en matière de santé maternelle et infantile. Dans le même temps, elle publiait « un projet de plan de lutte contre les maladies non-transmissibles (2013-2020) » [26] qui fut examiné lors de la 66ème Assemblée mondiale de la Santé en mai 2013. Celui-ci appelait les gouvernements à réduire les facteurs de risque modifiables des maladies non transmissibles et des déterminants sociaux sous-jacents, en mettant en avant que les soins pré-conceptionnels, dans le cadre de la politique nationale, étaient reconnus comme un facteur primordial de prévention et de contrôle de ces maladies non transmissibles.

5- CONCLUSION

La prévention constitue l'un des axes primordiaux de la spécialité de médecine générale. La consultation pré-conceptionnelle en fait partie à part entière. Les généralistes de notre étude l'ont démontré en ayant intégré cette démarche, même inconsciemment, dans leur pratique quotidienne.

L'attitude des médecins vis-à-vis de cette consultation pré-conceptionnelle semble suivre globalement les recommandations de l'HAS mais de manière fractionnée. L'information concernant son contenu ne paraît pas être correctement passée, tant auprès des professionnels de santé devant les délivrer qu'auprès des couples. Une meilleure communication de celles-ci de la part de l'HAS mais aussi des collègues spécialistes permettrait donc d'optimiser sa diffusion et son impact. Pour ce faire, les généralistes sont en demande de preuves de l'intérêt de cette consultation sur le plan médical mais également financier, le certificat pré-nuptial ayant été supprimé devant une volonté de simplification de droit et d'économie de santé.

Il nous apparaît intéressant qu'une réflexion se fasse sur une possible campagne d'information expliquant les tenants et aboutissants de cette démarche pré-conceptionnelle. Les questions sont ensuite posées : toute consultation de renouvellement de contraception ne pourrait-elle pas être une consultation pré-conceptionnelle ; ou bien pourquoi pas une consultation dédiée en couple sur le projet de grossesse? Le débat reste ouvert.

6- BIBLIOGRAPHIE

- [1] Code civil. Article 63§2 modifié par la loi n°2007-1787 du 20/12/07-art 8 [consulté le 04/02/17]. Disponible à partir de : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- [2] Haute Autorité de Santé (HAS). Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. Paris :HAS. 2009 Sep.
- [3] Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. Pour une consultation avant la grossesse. Communiqué de presse. 2007 Oct.
- [4] WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille ; 2002
- [5] V. Le Guern et al. Elsevier Masson SAS.La Revue de médecine interne 36 (2015) 151–153
- [6] Enquête nationale périnatale 2010, <http://www.sante.gouv.fr/perinatalite.html>
- [7] Puech F. L'organisation autour de la grossesse et de la naissance. Actualité et dossier en santé publique, 2007, n° 61-62
- [8] Boog G. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005 ; 34 (cahier 1) : 207-209.
- [9] Marie-Jeanne J. Une grossesse physiologique... ...des suivis européens. Etude comparative des suivis de grossesse physiologique dans différents pays d'Europe (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, Suède). Mémoire Sage-femme ;Metz.2005-2009
- [10] Salgues M, Damase-Michel C, Montastruc JL, Lacroix I. Connaissance des femmes en âge de procréer sur l'acide folique : des progrès à faire ! Elsevier Masson SAS. Therapie. 2017 Juin; 72(3) :339-343
- [11] Reisch HS, Flynn MA.T., Folic Acid and the Prevention of Neural Tube Defects (NTDs) Challenges and Recommendations for Public Health. Revue canadienne de santé publique. 2002 Juil-Aout ;93(4) :254-258
- [12] O'Connor DL, Four Years After Enhanced Folic Acid Fortification of the Canadian Food Supply – How Are We Doing? Revue Canadienne de Santé publique. 2002 Juil-Aout;93(4) : 245-246
- [13] Vidailhet M, Bocquet A, Bresson JL, Briend A, Chouraqui JP, Dupont C, Darmaun D, Frelut ML, Ghisolfi J, Girardet JP, Goulet O, Putet G, Rieu D, Rigo J, Turck D. Elsevier Masson SAS. Archives de Pédiatrie 2008;15:1223-1231
- [14] P. Raynal. La consultation préconceptionnelle. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 38 (2010) 481–485
- [15] C. Dreux, G. Crépin. 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 & Fertilité 34 (2006) 665–669
- [16] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Item 15 : Examen préconceptionnel. Paris : Université Médicale Virtuelle Francophone

- [17] O. Poujade, D. Luton. Réalités en Gynécologie-Obstétrique. 2008 Oct ;133 :1-6
- [18] Bethany L. Murphy, Nathalie A. Dipietro, Karen L. Kier, Knowledge and use of folic acid among college women: a pilot health promotion program led by pharmacy students and faculty. *Pharm Pract (Granada)*. 2010 Oct-Dec; 8(4): 220–225.
- [19] Rahib D, Le Guen M, Lydié N. Baromètre santé 2016. Contraception. Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 8
- [20] G. Levasseur, C. Bagot, C. Honnorat, L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *S.F.S.P.* 2005 ;17 :109-119
- [21] Brosset M, Les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire dans leur pratique gynéco-obstétricale. Etude quantitative. Thèse Méd ; Tours.2013
- [22] Clinical Knowledge Summaries. Pre-conception : advice and management. Newcastle: CKS; 2007.
- [23] Institute for Clinical Systems Improvement. Health care guideline: Routine prenatal care 7th ed. Bloomington: ICSI; 2007.
- [24] Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, *et al.* Recommendations to improve preconception health and health care. A report of the CDC/ATSDR preconception care work group and the select panel on preconception care. *MMWR* 2006;55(RR06):1-23.
- [25] World Health Organization. (page consultée le 27/11/17). Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child health. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preconception_care_policy_brief.pdf
- [26] Organisation Mondiale de la Santé. Projet de plan d'action pour la lutte contre les maladies non transmissibles (2013-2020) : Rapport du Secrétariat ; 11 jan 2013

7- ANNEXES

Annexe 1 : Document d'informations pour les professionnels de santé - Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer (Septembre 2009)

Définition et objectifs

Dès lors qu'ils expriment un projet de grossesse, toutes les femmes et tous les couples devraient bénéficier en période préconceptionnelle d'informations et de messages de prévention, et se voir proposer des interventions adaptées si besoin.

Cet ensemble d'actions peut favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé de toute femme en âge de procréer et permet d'éviter d'éventuelles complications obstétricales.

Ce document d'information vise à répondre à la demande des professionnels de santé qui souhaitent être guidés dans une démarche de consultation dite *préconceptionnelle* dans le contexte de suppression depuis 2007 de la *visite prénuptiale*. Ce type de consultation ne relève pas d'une prise en charge financière particulière.

Ce document d'information n'aborde ni les conduites pratiques spécifiques aux maladies chroniques ou aux traitements médicamenteux au long cours ou aux maladies génétiques familiales éventuellement existants, ni le suivi du début de la grossesse, ni l'exploration d'une infertilité éventuelle.

Qui fait la consultation?

La consultation peut être menée par un médecin généraliste, un gynécologue médical, un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme, que ce professionnel suive ou non la grossesse par la suite.

À quelles occasions ?

Les informations, les messages de prévention et l'examen clinique devraient être adaptés en fonction de la situation. Ils peuvent être proposés et délivrés :

- en réponse aux questions posées par une femme ou un couple qui a un projet de grossesse clairement exprimé : arrêt envisagé d'une contraception, problème de fertilité, questions sur le déroulement d'une grossesse ;
- dans le cadre d'un suivi gynécologique régulier en l'absence d'expression d'un projet de grossesse, et en particulier lors du renouvellement d'une contraception ;
- si le professionnel a connaissance d'un projet de mariage ou de vie en couple. La fréquence de renouvellement des informations et des messages de prévention ainsi que les éventuels examens clinique et biologiques proposés dépendent de l'expression ou non d'un souhait de grossesse, la survenue plus ou moins rapide de la grossesse et des évolutions du mode de vie de la femme ou du couple.

Quelles informations recueillir ?

- **Facteurs de risque individuels** : l'âge et son impact sur la fertilité et la survenue de complications obstétricales ; un surpoids ; des antécédents familiaux tels qu'une maladie ou un problème de santé chronique ; des maladies génétiques; des anomalies liées à la prise de Distilbène par la mère.

- **Antécédents chirurgicaux ou gynécologiques**

- **Antécédents obstétricaux** en rapport avec une grossesse précédente ou un accouchement, ou chez le nouveau-né (en particulier les défauts de fermeture du tube neural)

- **Facteurs de risque médicaux en rapport avec une grossesse précédente** : par exemple un diabète gestationnel, une hypertension artérielle gravidique, des troubles de l'hémostase

Quel examen clinique réaliser ?

- **Mesure de la pression artérielle, du poids, de la taille et calcul de l'indice de masse corporelle**

- **Examen gynécologique** : en particulier examen clinique des seins, frottis cervical de dépistage (s'il date de plus de 2 à 3 ans), recherche de mutilations de l'appareil génital, etc.

Quels examens proposés ?

- **Détermination du groupe sanguin** (A, B O, phénotypes rhésus complet et Kell) si la femme ne possède pas de carte de groupe sanguin complète (2 déterminations sont nécessaires) ; en cas de rhésus négatif, il est proposé d'informer la femme de l'intérêt de la détermination du groupe sanguin du futur père.

- **Examens sérologiques de la toxoplasmose** (en l'absence de preuve écrite de l'immunité) **et de la rubéole** (sauf si deux vaccinations documentées ont été antérieurement réalisées, quel que soit le résultat de la sérologie).

- **Sérologie VIH 1 et 2 à proposer à la femme ou au couple.**

- **Autres dépistages à proposer à la femme ou au couple** (selon facteurs de risque professionnels, addictions, antécédents transfusionnel) **après information sur les risques de contamination verticale** :

- taux d'anticorps anti-Hbs chez une femme vaccinée, sinon antigène Hbs
- sérologie VHC
- sérologie de la syphilis

À quels traitements médicamenteux être attentifs ?

- **Dans tous les cas, le rapport bénéfice/risque de toute prescription médicamenteuse** doit être attentivement évalué chez une femme qui exprime un désir de grossesse.

- **En cas de maladie chronique ou de traitement au long cours**, anticiper les éventuels ajustements thérapeutiques à effectuer, si besoin avec le spécialiste de la maladie concernée (par exemple: antiépileptiques, antidiabétiques, antihypertenseurs, anticoagulants, psychotropes, etc.).

- **Prévention des anomalies de fermeture du tube neural par un apport de folates**: à partir du moment où la femme a un souhait de grossesse, prescrire des folates lors de la consultation préconceptionnelle et prolonger la prise jusqu'à la 12 semaine d'aménorrhée à la dose de 400 microgrammes par jour.

Quelles vaccinations proposer ?

- **Dans tous les cas, vérifier le carnet de vaccination de la femme** et envisager avec elle les rappels ou vaccinations indispensables, en particulier tétanos-diphthérie-poliomyélite-coqueluche.

- **Coqueluche** : proposer un rattrapage ou vacciner les adultes susceptibles de devenir parents dans les mois ou années à venir.

- **Rubéole** : vacciner les femmes dont la sérologie est négative (pour les femmes nées après 1980 : vaccin trivalent - rougeole, rubéole, oreillons - au lieu d'un vaccin rubéoleux seul). Il n'y a pas lieu de vacciner des femmes ayant reçu deux vaccinations préalables, quel que soit le résultat de la sérologie si elle a été pratiquée. En raison du risque tératogène, il est nécessaire de s'assurer de l'absence d'une grossesse débutante et d'éviter toute grossesse dans les 2 mois qui suivent la vaccination.

- **Varicelle** : vacciner les femmes en âge de procréer, notamment celles qui ont un projet de grossesse et pas d'antécédent clinique de varicelle (en cas de doute, un contrôle sérologique préalable peut être pratiqué). La vaccination est possible si le test de grossesse est négatif, et selon les données de l'AMM, une contraception efficace de 3 mois est recommandée après chaque dose de vaccin.

Quelle prévention proposer pour les risques liés au mode vie et à l'environnement ?

- **Alimentation et activité physique** : proposer une alimentation variée et équilibrée associée à une activité physique régulière

- Des conseils visant à prévenir la listériose et, le cas échéant, la toxoplasmose doivent être donnés en cas de projet de grossesse à court terme.
- En cas de surpoids, augmenter le niveau d'activité physique associé au suivi de conseils diététiques.
- En cas d'obésité, de grande maigreur, voire d'anorexie, compléter le recueil d'informations et l'examen clinique et proposer une prise en charge adaptée.

- **Automédication** : souligner les risques de l'automédication et expliquer à la femme que la prise de médicaments sans prescription est déconseillée dès qu'un projet de grossesse existe. S'informer des médicaments dangereux auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé sur <http://afssaps.fr> ou du centre de renseignements sur les agents tératogènes <http://www.lecrat.org>.

- **Alcool** : en cas de consommation régulière compléter le recueil d'informations et proposer des modalités de sevrage si besoin. En cas de consommation arrêter la prise d'alcool dès le début de la grossesse.
- **Tabac** (consommation active et passive) : proposer une aide au sevrage tabagique si besoin. Souligner les effets du tabac sur le développement de l'enfant durant la grossesse et expliquer à la femme et au couple l'intérêt de cesser de fumer avant la grossesse.
- **Cannabis et autres substances psycho-actives** : identifier l'ensemble des consommations (produits, doses, etc.), compléter le recueil d'informations et l'examen clinique et proposer une aide au sevrage si besoin.
- **Pénibilité du travail, risques professionnels** : connaître le métier et le poste de travail de la femme, la distance entre le domicile et le travail. Déterminer l'exposition éventuelle à des produits tératogènes en prenant contact avec le médecin de la santé au travail si besoin.
- **Recherche des situations de précarité** : identifier des difficultés d'accès aux soins, un isolement social, un emploi précaire, un risque d'exposition au plomb, etc. Compléter le recueil d'informations et proposer à la femme ou au couple de les orienter vers des dispositifs visant à améliorer l'accès aux soins et l'accompagnement psychosocial.
- **Recherche des situations de maltraitance, de violence domestique ou d'autres facteurs de vulnérabilité pouvant être source de difficultés ultérieures** : mettre la femme en confiance afin qu'elle puisse s'exprimer en toute liberté lors d'un entretien singulier si possible.

Annexe 2 : guide d'entretien

En novembre 2007, pour des raisons de simplification du droit et d'économies de santé, les députés votent un article de loi supprimant le certificat prénuptial. Dès le 1^{er} janvier 2008, celui-ci n'est plus obligatoire pour les futurs mariés.

Malgré la suppression de la visite prénuptiale, des messages d'information à l'intention de toutes les femmes et de tous les couples ayant un projet de grossesse restent recommandés par l'Académie Nationale de Médecine le CNGOF ainsi que l'HAS.

Dans ce contexte, est publié en septembre 2009 par l'HAS, un document d'information afin de répondre à la demande des professionnels de santé qui « souhaitent être guidés dans une démarche de consultation dite préconceptionnelle ».

Mon travail est une étude qualitative par entretiens semi-dirigés, individuels, des médecins généralistes exerçant en Ille-et-Vilaine.

Aujourd'hui, de plus en plus de femmes consultent leur généraliste pour des consultations de gynécologie.

1/ Pouvez-vous me raconter la dernière consultation de gynécologie que vous avez menée ?

2/ Pouvez-vous me parler de la place qu'occupe pour vous la gynécologie en médecine générale ?

3/ En 2007, le certificat prénuptial est supprimé. Malgré cette suppression, des messages d'information et de prévention à l'intention des femmes et des couples ayant un projet de grossesse restent préconisés sous forme d'une consultation préconceptionnelle.

Pouvez-vous me dire comment vous intégrez cette nouvelle consultation dans votre pratique ?

4/ Pouvez-vous me raconter comment elle se déroule ?

5/ Que pensez-vous personnellement de cette consultation préconceptionnelle (avantages et freins à son application)?

6/ Selon-vous, que manque-t-il aux médecins généralistes pour faciliter l'intégration de cette consultation dans leur quotidien ?

7/ Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Caractéristiques de la population :

- sexe
- âge
- nombre d'années d'installation
- installé/remplaçant; groupe/seul ; rural/urbain
- distance des SG/gynéco les plus proches
- pratique de la gynéco

Annexe 3 : formulaire de consentement

Titre : Intégration de la consultation pré-conceptionnelle en médecine générale depuis la suppression du certificat pré-nuptial.

Investigateur :

Lucile LANGLAIS

lucilelanglais35@gmail.com

06 09 39 28 73

Description et objectif de la recherche :

L'objectif de cette étude est d'analyser l'intégration de la démarche pré-conceptionnelle dans la pratique courante des médecins généralistes depuis la suppression du certificat pré-nuptial en s'appuyant sur des entretiens semi-dirigés de médecins généralistes libéraux installés en Ille-et-Vilaine.

Effets indésirables et bénéfices potentiels :

L'entretien ne présente aucun risque ni désagrément pour vous. Vous pouvez choisir le moment qui vous convient le mieux pour participer à l'entretien.

Votre implication peut contribuer à enrichir la compréhension de l'intégration ou non-intégration de la consultation pré-conceptionnelle dans la pratique quotidienne des médecins et la connaissance de ses déterminants.

Confidentialité :

La confidentialité et l'anonymat des participants sont garantis. Après l'étude, tous les enregistrements seront détruits.

Préalable à la participation :

A tout moment, vous pouvez me contacter (cf. coordonnées ci-dessus) pour poser des questions relatives à votre participation à l'étude.

Droit de sortie de l'étude :

Vous avez compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je peux la retirer à tout moment sans conséquence.

Consentement :

Vous avez bien lu tout ce qui est écrit ci-dessus et vous acceptez de participer à l'étude.

Participant

Lucile Langlais

Annexe 4 : grille de codages

CODES	E	N	T	R	E	T	I	E	N	S	E11	E12	E13
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10			
Place importante	X	X	X	X	X	X		X	X	X			X
Pénurie de gynécologues libéraux			X	X	X			X	X				X
Les sages-femmes libérales		X	X					X	X		X		
La gynécologie, compétence supplémentaire du MG	X		X	X	X		X	X					
Attrait pour la spécialité	X	X	X		X			X	X	X			
Lien fort gynécologie-pédiatrie	X								X	X			
Côté technique		X			X		-				-		
PEC globale de la femme						X	X		X				X
Relation privilégiée patient-médecin traitant	X		X	X				X	X				
Préférence femme médecin pour la gynéco				X			X	X		X			
Education des patientes : temps dédié	X		X										
Non-reconnaissance financière	X												
Responsabilité supplémentaire			X				X	X					
Evolution société : baisse intérêt CPN		X		X	X		X			X	X	X	
Bénéfice médical perdu		X			X			X			X		
Intégration consciente					X	X				X	X		
Intégration inconsciente	X	X	X	X				X	X			X	X
Non intégration							X						
Verbalisation du souhait de grossesse	X	X				X		X	X		X	X	X
Proposition d'une CPC			X		X	X				X			
Interroger ouvertement la patiente sur la grossesse				X	X	X				X	X		X
Répondre aux questions des femmes	X			X	X			X					X
Physiologie de la femme et de la conception	X	X	X	X	X	X		X	X				X
Prévention des toxiques			X		X	X				X	X	X	
Sérologies	X	X	X	X	X	X	X		X		X		X
FCV	X	X	X		X					X			
Vaccinations à jour	X	X		X	X	X			X		X		
ATCD (particuliers ou de maladies transmissibles)	X	X		X	X	X	X			X			X
Acide folique	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		X
Intérêt mais femme-dépendant	X	X		X		X	X	X	X				
Féminisme			X		X	X				X			
Consultation de la femme seule, jamais en couple			X	X	X	X		X		X	X		
Surmédicalisation de la grossesse	X	X			X			X				X	
Anxiogène			X		X		X						
Inquisiteur/intrusif		X	X				X		X				
Tâche administrative supplémentaire				X									X
La grossesse, un projet préparé	X	X				X		X	X		X	X	X
Augmentation des DIU/implant	X					X							
Suivi gynéco par médecin traitant	X		X	X	X	X			X	X			
Recommandations officielles sur acide folique			X		X	X							
Absence de preuves de son intérêt	X								X			X	
Manque d'informations des femmes et MG	X	X		X	X	X		X		X	X		X
Inclusion de CPC dans automatismes médicaux		X				X		X					
Optimiser période du post-accouchement	X												
Formation à l'école							X						
Consultation dédiée	X			X				X		X	X		

Imprimé n° 4


UNIVERSITÉ DE RENNES 1
 Faculté de médecine
 2 avenue Professeur Léon Bernard
 35043 RENNES Cedex


FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : Lucile LANGLAIS

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE

(Ce document sera à insérer dans les thèses définitives)

Intégration de la consultation pré-conceptionnelle dans la pratique courante des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine depuis la suppression du certificat pré-nuptial.

Rennes, le 02/01/2018
 D. THEBAULT 
 Le Directeur de thèse

Rennes, le 02/01/2018
 Dr Vincent LARUE
 Chef de service de Gynécologie
 CHU RENNES - Hôpital Sud
 N° RPPS 10004005550
 Le Président de jury

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

18 JAN. 2018

Le Président de l'Université
de Rennes 1


 UNIVERSITÉ DE
RENNES 1


 D. ALIS

LANGLAIS Lucile

Intégration de la consultation pré-conceptionnelle dans la pratique courante des médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine.

(49 pages) 50 feuilles, 2 tableaux, 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2018 ; N° .

Introduction : Malgré la suppression de la visite prénuptiale en 2007, des messages d'information à l'intention de toutes les femmes et couples ayant un projet de grossesse restent préconisés sous forme d'une consultation pré-conceptionnelle (CPC). L'objectif de cette étude était d'analyser l'intégration de cette consultation dans la pratique courante des médecins généralistes.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés menés de janvier à mai 2017 auprès de médecins généralistes libéraux d'Ille-et-Vilaine.

Résultats : 13 entretiens ont été réalisés. La gynécologie apparaissait avoir une place importante en médecine générale. L'intégration de la CPC se révéla être forte, inconsciente et fractionnée, les occasions de délivrer des informations de prévention étant nombreuses en médecine générale et son intérêt plutôt femme-dépendant. L'acide folique en restait un pilier presque incontournable. Le projet de grossesse souvent organisé et le suivi gynécologique réalisé aujourd'hui plus fréquemment en médecine générale semblaient constituer une aide précieuse à son intégration alors que le manque d'information la concernait.

Conclusion : Une meilleure information auprès des professionnels autant que des couples permettrait d'optimiser l'impact, le contenu et l'organisation de la CPC en tant que consultation dédiée.

Integration of the preconception visit in the common practice of general practitioners in Ille-et-Vilaine since the removal of the prenuptial visit.

Introduction : Despite the removal of the prenuptial visit in 2007, information to women and couple with views of conceiving are still getting advocate in ways such as a preconception visit (PCV). The purpose of this study was to analyze the integration of such visit in the common practice of a general practitioner. **Method:** Qualitative study in form of semi-directed interviews conducted from January to May 2017 with private practitioners in the *Ille-et-Vilaine* region. **Results:** 13 interviews were conducted. Gynecology appeared to have a substantial role in private practice. PCV occurrence turned out to be significant as well as unconscious and incomplete, chances to deliver risk prevention information being important in general practice and women-dependent in term of interest. Folic acid remaining an almost inevitable grounding. Pregnancy projects being usually planned and gynecology follow-ups mostly done in general practice, that seemed to help PCV integration in contrast of the general lack of information about it. **Conclusion:** A better access to information for doctors as well as couples would enhance the impact, the content and the planning of the PCV as a dedicated consultation.

Rubrique de classement : Etude qualitative de médecine générale

Mots-clés : Consultation pré-conceptionnelle ; Médecin généraliste ; Prévention ; Pratique courante ; Ille-et-Vilaine

Mots-clés anglais MeSH : Preconception care ; General practitioner ; Prevention ; Current practice ; Ille-et-Vilaine

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Vincent LAVOUE

Asseseurs : Madame le Docteur Nathalie THEBAULT [directrice de thèse]
Monsieur le Professeur Patrick PLADYS
Madame le Docteur Sidonie CHHOR
Madame le Docteur Barbara DAUBIAS