



**HAL**  
open science

## Du désir d'enfant au projet conceptionnel : exploration des préoccupations et besoins en santé de couples par une étude qualitative

Virginie Broussoux, Luc Rossary

### ► To cite this version:

Virginie Broussoux, Luc Rossary. Du désir d'enfant au projet conceptionnel : exploration des préoccupations et besoins en santé de couples par une étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02302147

**HAL Id: dumas-02302147**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02302147>**

Submitted on 9 Oct 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.



## AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SID de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4  
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

Année : 2019

**DU DÉSIR D'ENFANT AU PROJET CONCEPTIONNEL : EXPLORATION DES  
PRÉOCCUPATIONS ET BESOINS EN SANTE DE COUPLES PAR UNE ÉTUDE  
QUALITATIVE**

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
GÉNÉRALE

DIPLÔME D'ÉTAT

Virginie BROUSSOUX

Luc ROSSARY

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE  
GRENOBLE

Le : 24 / 09 / 2019

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Luc BOSSON

Membres :

Madame le Professeur Pascale HOFFMANN

Madame le Docteur Sophie BROUILLET

Madame le Docteur Sabrina PARADIS (Directrice de thèse)

*L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans  
les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2018-2019

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

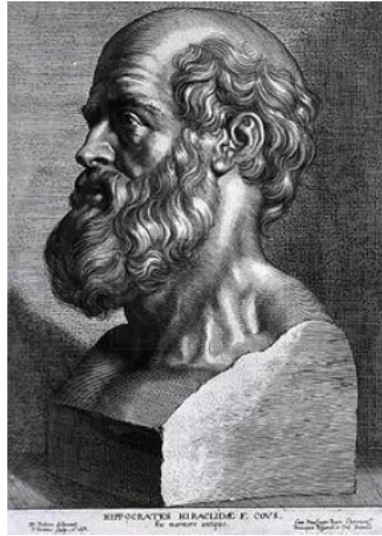
CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie réanimation
PU-PH	APTEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie générale
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Agents infectieux
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
PU-PH	BOUZAT Pierre	Réanimation
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et de Pathologie Cytologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique, médecine d'urgence
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CANALI-SCHWEBEL Carole	Réanimation médicale
PU-PH	CARPENTIER Françoise	Thérapeutique, médecine d'urgence
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
PU-PH	CHARLES Julie	Dermatologie
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie générale
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Oncologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique et procréation
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie générale
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie, transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Endocrinologie, diabétologie, nutrition, éducation thérapeutique
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie, biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Génétique et procréation
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie obstétrique
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	JUVIN Robert	Rhumatologie
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie ; Eco. de la Santé
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie - virologie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénérologie
PU-PH	LEROUX Dominique	Génétique
PU-PH	LEROY Vincent	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie digestive et viscérale
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie, transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie - virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Cytologie et histologie
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie - virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hémato - transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie réanimation
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	PONS Jean-Claude	Gynécologie obstétrique
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et Biologie Moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale, pharmaco clinique, addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie, toxicologie et pharmacologie
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie Cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses, maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUÏ Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastro-entérologie, hépatologie, addictologie

PU-PH : Professeur des Universités et Praticiens Hospitaliers  
 MCU-PH : Maître de Conférences des Universités et Praticiens Hospitaliers  
 PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale  
 MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*



## SOMMAIRE :

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>13</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS</b>	<b>17</b>
<b>RESUME</b>	<b>18</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>19</b>
<b>I) INTRODUCTION</b>	<b>20</b>
<b>II) MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE</b>	<b>23</b>
1. Choix de la méthode qualitative	23
2. Élaboration du guide d'entretien	23
3. Recrutement et échantillonnage	24
4. Recueil des données	25
5. Analyse des données	26
6. Législation	27
<b>III) RÉSULTATS</b>	<b>28</b>
1. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens	28
2. Analyse	30
1) Préoccupation autour du projet de conception en lui-même : la planification familiale	30
a) L'importance de l'environnement	31
b) Une nouvelle priorité et une responsabilité	32
c) Réorganiser sa vie	32
d) Concrétisation du projet : la pression du temps qui passe	34
2) Besoin d'autonomie	35
a) Une volonté de « démedicalisation »	36
b) Une volonté d'auto-information	37
c) Le paradoxe des sources d'information	39
3) Besoin de réassurance	40
a) Des craintes en lien avec la santé	40
b) Le rôle du professionnel de santé	42
4) Besoin d'informations et de conseils :	43
a) État des lieux sur les connaissances des couples au sujet de la prévention en santé préconceptionnelle	43
b) Besoin de supports d'informations fiables	49
c) Besoin de référent	49
5) L'implication du père	52
6) Des propositions à explorer pour promouvoir la prévention en santé préconceptionnelle	56

<b>IV) DISCUSSION</b>	<b>61</b>
<b>1. Forces et limites de l'étude</b>	<b>61</b>
1) Forces	61
2) Limites	62
<b>2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature</b>	<b>63</b>
<b>V) CONCLUSION</b>	<b>69</b>
<b>VI) BIBLIOGRAPHIE :</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXE 1 : GRILLE COREQ</b>	<b>74</b>
<b>ANNEXE 2 : GUIDES D'ENTRETIENS</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXE 3 : FICHE D'INFORMATION</b>	<b>80</b>
<b>ANNEXE 4 : AFFICHE PREVENTION</b>	<b>81</b>
<b>ANNEXE 5 : ENTRETIENS</b>	<b>82</b>

## **Remerciements communs**

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Jean-Luc BOSSON,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Nous vous remercions pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Veuillez trouver, cher Professeur, l'expression de nos sincères remerciements et de notre plus grand respect.

Madame le Professeur Pascale HOFFMANN,

Vous nous faites l'honneur de siéger dans notre jury. Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre profonde estime.

Madame le Docteur Sophie BROUILLET,

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Madame le Docteur Sabrina PARADIS,

Nous te remercions pour de nous avoir proposé ce travail. Merci d'avoir su nous guider et nous soutenir tout au long de ce projet.

## Remerciements Virginie

**Luc**, pour ton entrain dans la réalisation de cette thèse, pour ton perpétuel optimisme (on est laaarges). Merci pour les p'tits déj motivationnels, les bonnes victuailles du midi, les disgressions indispensables (tié la famille et autres courses de bobsleigh), et merci aussi pour l'Emeindras ! A quoi vont ressembler mes jours offs maintenant?! « pas si simple »... Merci à ta moitié, merci Lili pour le soutien et le relectures.

**Papa, Maman** pour m'avoir encouragée depuis le début de ces longues études en commençant par m'offrir cette année blanche, puis d'avoir respecté mon choix de fac me faisant partir à 18 ans du cocon familial, et enfin d'avoir soutenu mon choix de région qui nous éloigne. Merci de m'avoir transmis le goût de l'effort, du travail, mais aussi de la montagne ! Voici la soutenance de thèse tant réclamée, j'espère être à la hauteur.

**Mes chers grands parents** que j'ai tous eu la chance de connaître, et que j'ai eu le sentiment de rendre fiers à travers ces études, qui ont su me soutenir chacun à leur façon. Merci pour les valeurs que vous m'avez transmises.

**Mon Djodjo**, ma grande sœur, un de mes piliers dans la vie ! Merci pour ta générosité et ta disponibilité, merci pour les coups de boost dans les moments difficiles, tu as le don de trouver les mots justes pour me redonner confiance et espoir. Merci aussi Guigui pour ta présence et ton soutien à travers ces années ! À mon Martinchat, mon filleul d'amour. Merci à vous deux de m'avoir fait l'honneur d'être sa marraine.

**Mon Vinc'**, mon petit frère, qui m'a toujours soutenu malgré la distance, et qui s'évertue à me faire voir la vie autrement que par le travail. Mon phobique des hôpitaux, je suis toujours contente que tu me contactes pour un « petit conseil médical » !

Ma belle-famille : **Martine** pour les encouragements, mais aussi pour les moments passés ensemble à penser à autre chose ! Merci aussi **Nanache, Marie-Cé et les M4** pour vos attentions et aussi pour les colis surprise !

Mes maitres de stage d'UPL, qui sont devenus bien plus que ça.

**Muriel**, un médecin exceptionnel mais aussi une femme exceptionnelle ! Merci pour ta bonne humeur et ta franchise. Tu as le don de faire apprendre sans pression (à ce qui paraît ça marche pas mal !), tu transmets ton savoir avec passion. Merci pour tes conseils précieux. Je suis heureuse de continuer à travailler à tes côtés.

**Bruno**, merci pour ton compagnonnage, on dit « maître de stage un jour, maître de stage toujours »... Merci pour les débriefs, pour ton énergie débordante, et pour la confiance que tu m'accordes. Content de faire maintenant partie de l'aventure de la MSP que j'ai vu sur plans il y a quelques années.

Mes maîtres de stage de SASPAS **Claire, Pierre et Éric** qui m'ont accompagnée dans mes derniers mois d'internat, me mettant le pied à l'étrier avant le début des remplacements. J'ai énormément appris à vos côtés aussi bien en médecine que dans les rapports humains.

Mes plus vieux amis :

**Ma Svet**, mon amie d'enfance, pour nos souvenirs impérissables, toujours aussi chère à mon cœur malgré la distance.

**Ma Dédé**, mon meilleur souvenir de l'externat, pour nos coaching mutuels et les appels de décompression.

**Ma Bou'**, qui m'a accompagnée jusqu'à la 1<sup>ère</sup> année de médecine et m'a soutenue jusqu'à la fin de ce cursus, rien n'a changé sauf peut-être notre style vestimentaire.

**Stanley**, mon bon vieux baroudeur, de la rencontre nancéenne à maintenant, en passant par la case témoin de mariage, ton grain de folie et ta bonté sont intacts. Ne change rien, ou si : viens nous voir plus souvent !

Aux équipes qui ont marqué l'internat :

A **la team des urg' d'Annecy** : les plus belles rencontres de l'internat avec un 1<sup>er</sup> semestre de folie, et des liens et souvenirs créés pour longtemps: la Nono, la Virg, la Lara, la Chapel (et Miguel), mon bon vieux Luc (je te remets ici t'es trop une re-sta). On est les derniers à y passer, va falloir s'organiser un p'tit WE pour festoyer comme au bon vieux temps !

Un merci aux chirtouzeurs qui ont également accompagné mes années d'internat depuis ce 1<sup>er</sup> semestre: **Stan, Charlotte et Camille**.

La Pédiatrie Polyvalente du CHU : **Mout-mout, Delphine et Elise**, pour les fous rires malgré les 6 mois intenses à courir dans tous les sens auprès des petits patients.

L'HAD, qui a marqué ma reprise du travail dans une ambiance au top grâce à **Sarah et Cédric**, vive les ravitos (pas franchement Herbalife) dans le bureau de la Villard !

A mon ancienne équipe de St Egrève, **Milly, Elodie** et mes binômes de choc des mercredis et vendredis **Gaëlle et Camille** qui vont me manquer.

A mes nouveaux collègues géniaux de Moirans : **Sarah, Marina, Julian, Nicolas**. Je pourrai enfin parler d'autre chose que mes dead-lines de mémoire et thèse !

Aux meilleures secrétaires, mais bien plus encore: **Aurore, Karine et Véro**.

Et enfin...

A **ma Léonie**, ma petite chouquette, arrivée peu de temps avant le début de ce travail, ma parenthèse enchantée dans ces longues études, qui m'a fait découvrir le plus beau des rôles et qui m'a appris à relativiser. Il n'a pas toujours été facile de jongler avec cette double vie de maman et d'étudiante, mais tu as été ma force et ma motivation.

A **Jamila**, que je remercie avec une vive émotion. Notre repère dans cette nouvelle vie, qui veille avec bienveillance et affection sur ma puce, qui a su me (nous) libérer le temps nécessaire pour avancer nos travaux de thèse respectifs, sans compter les heures.

A **JB**, mon Amour, le plus grand des mercis te revient. La médecine nous a donné la chance de nous rencontrer, elle a aussi su insidieusement nous éloigner de par son exigence, mais on aura notre revanche ! On s'approche du 1<sup>er</sup> jour du reste de notre vie ! Merci pour ton optimisme débordant, et tes projets par milliers, hâte d'en réaliser quelques-uns...

## Remerciements Luc

A ma Lili, pour ton soutien infaillible et ton amour. Merci de m'avoir accompagné et encouragé tout au long de ce parcours.

Merci d'éclairer ma vie tous les jours. Je t'aime.

A mes parents, pour votre amour et votre soutien sans faille durant toutes ces années, pour avoir toujours cru en moi et m'avoir permis de faire ce que je voulais et d'être qui je suis aujourd'hui, je vous aime.

A mes sœurs, Caroline et Anne, merci d'avoir fait de moi le petit dernier, merci pour les week-end lyonnais et de m'avoir botté les fesses tout au long de mes études. Merci d'avoir toujours été là pour moi et de m'avoir permis d'être tonton.

A mes beaufs, merci de vous occuper de mes sœurs (ce qui est du boulot), et d'avoir su guider mes choix musicaux dès le plus jeune âge (ça s'est pour Xav désolé Max mais Cloclo c'est non !).

Max, merci de m'avoir appris l'humilité lorsque tu me mettais des raclées au ping-pong...

A mes neveux et nièces, Titi, Juju, Naïs, Yannou et Milan, merci d'être là avec votre gaieté et insouciance ainsi que pour me rappeler que l'avenir appartient à ceux qui se lèvent tôt quand vous êtes en vacances chez les grands-parents et de me laisser être le tonton qui vous apprend les bêtises sans en subir les conséquences.

A mes grands-parents maternels, Mamie Berthe et Papi Jean, j'aurais aimé vous avoir à mes côtés pour fêter la fin de ces longues années d'études. Je suis fier d'être revenu m'installer aux sources et de vivre dans cette Chartreuse qui vous tenait tant à cœur.

A mes grands-parents paternels, Mémé Germaine et Pépé Gilou, merci de m'avoir accueilli certains midis de première année de médecine pour me requinquer et me redonner le moral avec vos bons petits plats.

A tous mes oncles, tantes, cousins, cousines pour votre soutien, c'est toujours un plaisir de se revoir chaque année pendant nos retrouvailles.

A ma belle-famille pour leur accueil chaleureux au sein des leur.

A Roselyne, ma tatie de cœur.

A Brigitte et Alain, ma famille adoptive, merci de m'avoir accueilli un nombre incalculable de fois chez vous je sais que votre porte sera toujours ouverte pour moi. Merci pour ces semaines passées ensemble à Crest-Voland et pour votre soutien tout au long de ces années.

A la famille Chambon et en partie à Ju et Mag pour m'avoir remotivé tout au long de la première année pendant nos retours lyonnais.

A Nabil ainsi qu'à la famille Arkouche.

A Tom, le plus ancien, celui qui est là depuis le début, trop de souvenirs passés ensemble qu'il faudrait des heures pour les énumérer. Bien que tu me précédais d'une année, je t'ai laissé l'honneur de terminer en premier ! Merci d'être tout le temps présent ainsi que la confiance que tu m'accordes. Bisous frerot !

A Ben alias Benichou, le cotarin d'adoption, merci de m'avoir soutenu durant tout le parcours. Je suis heureux que tu reviennes parmi nous afin de profiter un peu plus de ta bouille !

Aux Cotarins : A Chloé, mon « caillot », Popo, et Alex même si nos chemins se sont un peu éloignés c'est toujours un plaisir de vous retrouver et de partager nos vieux souvenirs musicaux ensemble qui ont façonné notre amitié.

A Nico C. (alias Latepie, le teuton), merci pour tous ces moments passés ensemble, de nos parties de QPUC en passant par les cours de skating. Merci de m'avoir fait découvrir la montagne et de m'avoir embarqué dans tes traquenards où j'ai pu tester mon mental dans l'effort !

A Elo et Gus,



A Nico G. et Polo la légende, les copains de voyages, les baroudeurs de l'extrême, tellement de merveilleux souvenirs avec vous qu'il serait trop long de les citer ici ! J'espère que l'on continuera à vivre ces moments magiques ensemble aux 4 coins du monde ! If it's good for you, it's good for me !

A Sarah et Nono, mes colloques préférées, merci d'avoir partagé ces bons moments ensemble depuis de nombreuses années avec tous les délires qui vont avec. On se suit depuis l'externat, Vous êtes toujours présentes quand il faut, j'espère vivre encore un bon paquet d'aventures avec vous.

A Pierre alias le Dr Love, toujours un plaisir de partager ces instants avec toi, que ce soit une partie de pêche, une cueillette de champignons ou une sortie de ski de rando à l'assaut du Cervin de Chartreuse.

A Michel R. alias Michou, Mitch, Michmich, Michman merci pour ces moments passés ensemble, pour ce road trip en van à Coober Pedy et pour m'apprendre 2-3 techniques de rénovation à coup de masse !

A Juju et Amo qui ont compris que le Sappey c'était « the place to be » et à notre futur atelier de menuiserie (hein Amo ?).

A Seb pour avoir été un co-témoin en or et à Rico (Benjam?) à nous les pistes cet hiver ?

A Jean-Benj, merci pour ton soutien et tes conseils. Tu as suivi ce projet aux premières loges. Tu as une femme en or, prends en soin !

Aux Chablaisiens : Elo, Mini-Dip, Cindy, Pauline, Jérem et Sim pour m'avoir permis d'entrer dans la confrérie du Chablais libre et pour tous les moments passés et à venir ensemble (OUUIIIIIIIII).

A tous les copains de l'externat et en partie Jean-Jean, Dysmas pour nos parties de tennis de haut niveau.

A Anne et Mikkell, pour votre bonne humeur, profitez bien de votre tour du monde avant votre arrivée en Chartreuse.

Aux internes du premier semestre des urgences d'Annecy, best co-internes ever.

Merci pour avoir rendu l'appréhension des débuts d'internat facile et tous ces moments dingues au foyer ou sur un matelas gonflable lancé sur une piste enneigée !

A tous les amis de l'internat :

Merci Virginie S. pour ces souvenirs impérissables du premier semestre, ta bonne humeur et pour avoir remis au goût du jour l'association tenue blanche-Timberland, Aldric alias Saint Aldricus, Greg (mon Fido), Lara.

Aux internes de pédiatrie d'Annecy pour ce semestre haut en couleurs (et en ping-pong): Juju, Véro, Marion alias petit buisson, Arthur alias Mr J1 (merci pour ces parties de Jokari), Adri et Thib.

A tous les amis rencontrés en Nouvelle-Calédonie et tous les souvenirs partagés ensemble !  
Kanaky style !

A Eric G, mon mentor, pour m'avoir conforté dans mon choix de la médecine générale, pour ces 6 mois géniaux passés en ta compagnie à Thônes. Merci de m'avoir appris à soigner, à écouter ainsi qu'à perfectionner ma technique de coinche avec Denise et Michel.

A tous mes maîtres de stage, en passant des urgences d'Annecy à la cardio de la mut', Pierre Chaon sans oublier ceux du SASPAS : Jean-Benoit, Serge, Eric et Olivier pour m'avoir accueilli et transmis votre savoir.

A Fanny et Agathe pour votre accueil en Chartreuse, c'est un réel plaisir de travailler avec vous et j'espère que ça continuera longtemps comme ça (mais oui Agathe tu vas rester) !

A « ma gueule », ma co-thésarde de choc, Virginie, merci de m'avoir embarqué dans cette aventure avec toi et de m'avoir fait confiance !

Merci pour ces moments passés ensemble, et pour ces journées-thèses où les pains au chocolat arrivaient avec ta bonne humeur.

Merci de m'avoir réappris à écrire, merci pour les délires et moments de distraction qui nous permettaient de nous échapper pendant quelques minutes.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

COREQ: COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CPC : Consultation Pré-Conceptionnelle

CSP : Catégorie Socio-Professionnelle

ENP : Enquête Nationale Périnatale

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PACS : Pacte Civile de Solidarité

PMA : Procréation Médicalement Assistée

SA : Semaines d'Aménorrhées

## **RESUME**

Introduction : La santé préconceptionnelle est le pilier de la prévention primaire pour l'enfant à naître ainsi que pour ses parents. Les soins préconceptionnels sont efficaces et recommandés mais ne sont pas réalisés de manière optimale en France. Ce travail s'intéresse aux préoccupations et besoins des futurs parents à ce sujet.

L'objectif principal est de faire émerger de nouvelles pistes d'action à promouvoir en soins préconceptionnels élaborées à partir du vécu de couples ayant un désir d'enfant.

Méthode : Une étude qualitative a été menée auprès de 8 couples en désir de parentalité par entretien semi-dirigés au sein de la région Rhône-Alpes de novembre 2018 à juillet 2019.

Résultats : Si les futurs parents prônent leur besoin d'autonomie dans la conduite de leur projet, ils expriment un besoin d'être rassurés et informés par des professionnels compétents.

Cette étude confirme que la consultation préconceptionnelle n'est pas assez connue. Les couples, plutôt favorables à sa réalisation, pourraient se sentir plus concernés si elle s'adaptait à leurs problématiques. Des pistes sont à explorer selon leurs propositions en tant qu'usager du soin. Une majoration des moyens de communication d'ordre publique et la possibilité d'avoir accès à des sources d'informations fiables et certifiées pourraient faciliter sa réalisation. Il apparaît crucial également de valoriser la place et la santé du futur père en période préconceptionnelle.

Mots clés : Consultation préconceptionnelle, Grossesse, Prévention materno-foetale et obstétricale, Santé publique.

## **ABSTRACT**

Introduction: Preconception health is fundamental for both baby and parents. Preconception care is effective and recommended but is not carried out optimally in France. This work focuses on the concerns and needs of prospective parents.

The main goal is to develop new methodologies in preconception care based on the experiences of couples who intend to have a baby.

Methods: Qualitative research was carried out on 8 couples intending to have a baby. Semi structured interviews were conducted in the Rhone-Alpes area from November 2018 to July 2019.

Results: Even though the couples expressed a desire to conceive autonomously, they also expressed their need to be informed and reassured by healthcare professionals. This study confirms that preconception health is not well enough understood. The couples were in favour of the idea in principle, but would more inclined to take it up if it matched their needs more closely. Certain suggestions which they made as service users are also worth exploring. An increase in the budget for public awareness and education, as well as facilitating access to authoritative and reliable information would also likely improve take-up rate. There emerge a clear need to highlight the role of the father's and health in preconception care.

Key words: preconception visit, pregnancy, maternal and foetal prevention, public health

## **I) INTRODUCTION**

Depuis 2014, le taux de fécondité en France diminue sensiblement mais reste le plus élevé d'Europe (1). Parallèlement le taux de natalité est en baisse constante depuis plusieurs années (2). En revanche, on constate une stagnation des taux de mortalité infantile et maternelle (3). On sait que ce dernier est un reflet de la qualité globale du fonctionnement du système de soins d'un pays, et il reste malheureusement élevé en France malgré les progrès médicaux, en soins prénatals et en soins obstétricaux (4).

Les causes de décès fœtaux et néonataux sont d'abord les malformations congénitales, puis viennent ensuite les infections et les complications obstétricales. Les causes de mortalité maternelle sont principalement les hémorragies, l'embolie amniotique, et les complications hypertensives et thromboemboliques. Un certain nombre de ces complications pourrait être évité grâce à une prise en charge adaptée en période préconceptionnelle. (5-6).

De plus, nous savons aujourd'hui d'après le rapport de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) de 2016, que les grossesses menées en France se déroulent à des âges maternels plus élevés, que la proportion de femmes obèses ne cesse de croître, que le contexte social se dégrade, que la prise d'acide folique reste très limitée et enfin que la consommation de tabac n'a pas diminué par rapport à 2010 (7). Il faut donc renforcer nos actions de prévention, d'information et d'éducation autour de la grossesse et de la périnatalité pour améliorer ces indicateurs.

La santé préconceptionnelle est le pilier de la prévention primaire pour l'enfant à naître ainsi que pour ses parents. Cette période préconceptionnelle commence avec l'expression du désir d'enfant et se termine 8 semaines après la conception (10 semaines d'aménorrhées (SA)). Cette période cruciale est le moment où se déroule l'organogenèse (8).

Tout événement défavorable durant cette phase peut alors retentir sur la vie et le développement de l'embryon (9). Face à cette réalité physiologique et suite à la suppression de la consultation prénuptiale en 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations en septembre 2009, incitant les professionnels de santé à réaliser une consultation préconceptionnelle auprès des couples en âge de procréer. Ces recommandations stipulent que « 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 » (10). Le but de cette consultation est de maintenir ou améliorer la santé des couples, et d'éviter des complications obstétricales, permettant ainsi améliorer la santé materno-infantile.

Ces soins préconceptionnels ont démontré un impact positif sur la morbidité de la femme et de l'enfant à naître (11-13). Cela permet également de dispenser des informations de prévention afin de mettre en place des comportements de santé protecteurs pour le couple et l'enfant à venir. Des conseils d'aide à la parentalité peuvent également être dispensés à ce moment.

Cependant il existe aujourd'hui une inadéquation entre les recommandations de bonnes pratiques de la HAS entourant les soins préconceptionnels et la réalisation réelle de celle-ci dans le parcours de soins des futurs parents. Dans de précédents travaux, des chercheurs se sont intéressés à la fréquence d'utilisation des soins préconceptionnels en France. En 2015, une enquête épidémiologique sur un échantillon de femmes à bas risques dans le réseau périnatal Alpes-Isère a été réalisée. Parmi les 392 patientes incluses dans l'étude, seulement 62 patientes (15,8 % [12,0 – 20,0]) avaient réalisé cette consultation (14). En 2016, l'ENP a

montré que sur 11684 femmes, 4126 soit 35,3 % rapportaient avoir consulté un médecin ou une sage-femme en prévision de leur grossesse (7).

Pour résumer, les soins préconceptionnels sont efficaces et recommandés mais ne sont pas réalisés de manière optimale en France. Les chercheurs sont partis de l'hypothèse que l'optimisation du parcours de soins préconceptionnels ne pouvait être efficiente uniquement si les usagers étaient mis au centre des préoccupations de recherche, via une approche « centrée patient ». De plus, il apparaît qu'il n'existe pas encore de travaux ayant donné la parole aux hommes en période préconceptionnelle, ce qui peut pourtant sembler pertinent lorsque l'on connaît le rôle de la santé paternelle chez l'enfant à naître (15-16).

La démarche de recherche proposée ici repose sur une démarche empirique avec une méthode qualitative à partir d'enquêtes de terrain, permettant une immersion dans la vie des couples porteurs d'un projet de vie familiale. La question de recherche était la suivante : comment améliorer la prise en charge préconceptionnelle en s'axant sur les préoccupations et besoins des couples porteurs de projet de parentalité ?

L'objectif global de ce travail était de faire émerger de nouvelles pistes d'action à promouvoir en soins préconceptionnels élaborées à partir du vécu de ces couples.



## **II) MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

### **1. Choix de la méthode qualitative**

Une étude qualitative a été menée de novembre 2018 à juillet 2019 auprès de 8 couples ayant un projet de parentalité.

La méthode qualitative paraissait être la plus adaptée et la plus pertinente compte tenu de la question de recherche. En effet, le but de ce travail était d'évaluer les préoccupations et besoins de ces couples en leur laissant la parole, ce qui a conduit à l'obtention d'éléments subjectifs, non mesurables.

L'utilisation de la grille COREQ (17) nous a permis la vérification des bonnes pratiques pour la réalisation de ce travail. 30 items ont été remplis, sur les 32.

Les chercheurs, novices en recherche qualitative, se sont appuyés sur le manuel d'analyse qualitative de Christophe Lejeune (18).

### **2. Élaboration du guide d'entretien**

Le guide d'entretien a été élaboré par les deux chercheurs à partir de leurs recherches bibliographiques.

Ce guide était composé de questions majoritairement ouvertes, axées sur le ressenti et les opinions personnelles des participants.

Il a été modifié à quatre reprises au long de l'étude :

- au décours de discussions avec la directrice de thèse,
- au décours d'un séminaire d'initiation à la recherche qualitative encadré par deux enseignantes chercheuses,
- au décours de la validation de la fiche de projet de thèse par le département de médecine générale,

- et enfin après deux entretiens tests pour approfondir certains thèmes jusqu'à obtention du guide final.

### **3. Recrutement et échantillonnage**

L'enquête a été réalisée au sein de la région Rhône-Alpes auprès de 8 couples.

Ont été inclus des couples hétérosexuels ou homosexuels, majeurs, en âge de procréer, ayant un projet de grossesse clairement exprimé ou non (consultation pour suivi gynéco, arrêt de contraception, mise à jour des vaccins, projet de vie de couple...)

Étaient exclus les couples mineurs ou majeurs sous protection juridique.

Le recrutement des participants s'est fait sur la base du volontariat, avec échantillonnage raisonné et diversifié, en recherche de variation maximale.

Le mode de recrutement était mixte, direct et indirect. Les participants ont été recrutés soit directement lors d'une consultation auprès d'un professionnel de santé, soit par la voie d'affiches d'informations déposées dans les salles d'attente de différentes structures de soins via des informateurs-relais faisant partie du réseau des chercheurs. Les zones géographiques choisies s'étendaient de la vallée du Grésivaudan au Voironnais, dans des cabinets médicaux en zones urbaine et rurale, et dans des Centres de Planification Familiale et au sein d'un centre de santé communautaire.

La prise de contact a été établie via les adresses mails universitaires ou les téléphones personnels des deux investigateurs, pour organiser les modalités pratiques des entretiens.

#### 4. Recueil des données

Les couples volontaires pour participer à l'étude ont reçu une information orale et une fiche d'information écrite.

Le lieu des entretiens a été défini après accord des deux parties, soit au domicile des participants, soit dans un cabinet médical, soit au domicile des chercheurs. Un entretien a été réalisé par visioconférence d'un commun accord pour une question de praticité liée à l'éloignement géographique entre les chercheurs et les participants.

Les entretiens individuels semi-dirigés ont été menés à l'aide du guide d'entretien rédigé par les chercheurs, de Novembre 2018 à Juillet 2019.

Le couple ayant accepté de participer à l'étude était reçu en entretien de manière individuelle au même moment. Chaque chercheur menant un entretien de manière isolée et cloisonnée avec un des membres du couple. Il a été décidé de rencontrer chaque membre du couple séparément et non de manière commune afin de laisser libre le champ de parole à chacun, dans l'hypothèse que les investigateurs recueilleraient moins d'informations en les interrogeant ensemble si l'un d'eux prenait le dessus sur la conversation.

Il a été réalisé des permutations de genre au niveau des chercheurs au fil des entretiens pour limiter les biais méthodologiques liés au genre.

Une présentation de l'étude et du profil des chercheurs était effectuée avant chaque entretien avec une consigne standardisée. Le consentement écrit et signé a été recueilli après cette présentation.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone.

Les données ont été retranscrites immédiatement après l'entretien sous format texte « Word » et stockées sur les ordinateurs des deux chercheurs. Celles-ci ont été anonymisées de la façon suivante : sexe-numéro chronologique d'entretien (par exemple, pour le 1<sup>er</sup> entretien : H1 pour Homme, F1 pour Femme).

## **5. Analyse des données**

Chaque entretien a été retranscrit en intégralité par l'enquêteur ayant réalisé ce dernier, et rendu anonyme.

Il a été réalisé une analyse thématique du discours, en commençant par une lecture flottante du corpus via un travail exploratoire, c'est-à-dire sans hypothèse préalable.

Les deux enquêteurs ont analysé les données recueillies de façon indépendante, puis une triangulation des données a été réalisée, en confrontant ces analyses afin de trouver un consensus. En cas de désaccord, l'avis du directeur de thèse pouvait être sollicité.

Puis un encodage mot à mot, et ligne par ligne a été réalisé. Les codes ainsi obtenus ont été regroupés pour parvenir à une grille de codage, élaborée en commun, en utilisant comme support le logiciel d'aide à l'analyse en étude qualitative N'Vivo.

Les codes ont ainsi été regroupés en catégories conceptuelles via une analyse transversale, permettant ainsi l'émergence de grands thèmes qui répondaient à la question de recherche.

Les entretiens ont été conduits jusqu'à suffisance des données, c'est-à-dire lorsqu'il y avait peu de nouvelles idées qui ressortaient au cours d'entretiens successifs.

## **6. Législation**

Les patients ont été informés de façon complète et loyale, en des termes compréhensibles, des objectifs de l'étude et de la nature des informations recueillies, et de leur droit de s'opposer à tout moment à l'exploitation des données recueillies.

Le consentement libre, éclairé et écrit du patient a été recueilli par les deux investigateurs.

Une déclaration simplifiée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été effectuée auprès du représentant CNIL de l'Université Grenoble Alpes, celle-ci n'a pas émis d'objection à la poursuite de l'étude.

### III) RÉSULTATS

#### 1. Caractéristiques de l'échantillon et des entretiens

Dix couples soit vingt personnes ont répondu favorablement à la participation à l'étude.

- Deux couples ont été recrutés via les affiches déposées en salle d'attente de structures de soins.
- Un couple a été recruté via un informateur relai au cours d'une consultation.
- Cinq couples ont été recrutés directement par les enquêteurs à l'occasion de consultation.
- Deux couples n'ont finalement pas donné suite malgré relances, sans justification.

Et, l'emploi du temps de l'homme d'un couple ne rendait pas possible des appels téléphoniques à des heures ouvrables, et sa mobilité professionnelle non plus. Voulant tout de même participer, il a proposé de répondre par mail aux questions du guide d'entretien. Sa proposition a été acceptée, mais il a été décidé de ne pas l'utiliser dans l'analyse finale.

Au total, quinze entretiens ont été conduits, d'une durée de 12 à 45 min, soit une moyenne de 23 minutes.

L'âge des participants s'étendait de 28 à 39 ans, et celui des participantes s'étendait de 27 ans à 36 ans. Sur ces 9 femmes, 6 étaient nullipares (dont 2 primigestes en tout début de grossesse), et 3 étaient primipares.

Deux couples avaient eu recours à la Procréation Médicale Assistée pour leur premier enfant.

Deux femmes avaient des facteurs de risque de grossesses pathologiques : hypothyroïdie et diabète gestationnel.

Tous les participants avaient un médecin traitant, qu'ils déclaraient voir en moyenne 1 à 2 fois par an.

Tous avaient fait des études supérieures, dont 4 participants dans le domaine de la santé.

L'ensemble des caractéristiques sont regroupées dans le tableau n°1.

**Tableau 1 : caractéristiques des participants et des entretiens**

<b>Informateur</b>	<b>Enquêteur</b>	<b>Âge</b>	<b>Catégorie socio-professionnelle</b>	<b>Lieu de vie</b>	<b>Parité</b>	<b>Durée d'entretien</b>
<b>H1</b>	Luc	32 ans	Graphiste	Urbain	0	20 min
<b>F1</b>	Virginie	36 ans	Professeur des écoles	Urbain	0	25 min
<b>H2</b>	Virginie	28 ans	Chargé d'études	Urbain	0	12 min
<b>F2</b>	Luc	29 ans	Professeur des écoles	urbain	0	15 min
<b>H3</b>	Virginie	33 ans	Paramédical	Urbain	0	18 min
<b>F3</b>	Luc	30 ans	Paramédical	Urbain	1	21 min
<b>F4</b>	Virginie	32 ans	Immobilier	Urbain	0	24 min
<b>F4 Bis</b>	Luc	29 ans	Autoentrepreneur	Urbain	0	20 min
<b>H5</b>	Virginie	36 ans	Ingénieur	urbain	1	38 min
<b>F5</b>	Luc	32 ans	Ressources humaines	urbain	1	31 min
<b>H6</b>	Virginie	39 ans	Chef d'entreprise	Semi-rural	0	45 min
<b>F6</b>	Luc	31 ans	Docteur en chirurgie	Semi-rural	0	20 min
<b>H7</b>	Luc	31 ans	Agent d'assurance	Rural	0	14 min
<b>F7</b>	Virginie	27 ans	Pharmacienne	Rural	0	19 min
<b>H8</b>	Par mail	37 ans	Sans diplôme/BTP	Urbain	1	-
<b>F8</b>	Virginie	36 ans	Niveau de formation BTS	Urbain	1	20 min

## 2. Analyse

Les entretiens ayant permis de tester la grille d'entretien ont été retenus pour l'analyse finale. L'analyse des 15 verbatims a permis d'extraire 190 codes, classés ensuite en 6 grands thèmes. Les résultats sont présentés en 6 thèmes, eux-mêmes répartis en sous-thèmes. Ils sont illustrés par les verbatims des informateurs, qui sont écrits en italiques encadrés par des guillemets.

### 1) **Préoccupation autour du projet de conception en lui-même : la planification familiale**

Bien que des questionnements d'ordre médicaux ou scientifiques ont émergé de ces couples, il apparaissait que les préoccupations des couples en projet de parentalité étaient avant tout d'ordre personnel.

*“Les préoccupations des couples qui cherchent à concevoir je ne sais pas si elles sont d'ordre médical dans l'immédiat, je pense qu'elles sont plus d'ordre personnel.” H3*

Les couples informateurs rencontrés avaient une vie de couple évoluant depuis plus de 2 ans. Une réflexion commune a souvent été menée bien en amont de la conception, sur le cadre sécurisant qu'ils souhaitaient avant la concrétisation du projet. Il y avait une anticipation du changement de vie de leur part.

*“C'est un sujet qui devenait de plus en plus récurrent, d'un côté comme de l'autre”  
H3*

*“C'est un projet qu'on a mis longtemps, enfin longtemps pour moi on va dire, à concrétiser [...] ça faisait bien 3 ans qu'on y pensait” F5*



### a) *L'importance de l'environnement*

Les couples tendaient tous à un cadre sécurisant et une certaine stabilité de vie en amont.

*“Nous on attendait aussi d’avoir un cocon un peu propice à pouvoir accueillir un enfant, [...] une situation stable, c’est plus rassurant. » F6*

#### La stabilité professionnelle et financière

Les participants avaient tous une situation professionnelle et géographique stable, sauf une femme. Celle-ci a avoué qu’elle aurait préféré avoir une stabilité professionnelle avant la concrétisation du projet :

*“Dans l’idée j’aurais bien aimé avoir un emploi stable, ce qui n’est pas encore le cas (rires)[...] on a quand même mon conjoint qui a un boulot stable et un salaire qui nous permet de vivre décentement etc... donc la stabilité financière est quand même importante” F5*

Une sécurité financière était nécessaire à l’initiation du projet pour un participant.

*“J’avais envie qu’on soit à l’aise financièrement, qu’on puisse profiter à la fois de la vie, à la fois du bébé, enfin du bébé de l’enfant à venir sans avoir à se poser de questions par rapport à l’argent.” H3*

#### Le soutien familial

Il a semblé important à deux informateurs d’avoir une certaine proximité géographique avec leur entourage et de pouvoir compter sur un soutien familial pour mieux aborder ce projet.

*“C’est aussi important pour moi d’avoir ma famille à côté. [...]Le cocon familial est très important, ça nous permet à nous en tant que couple de nous retrouver. “ H6*

*“Ça m’embête un peu que ma famille soit loin pour ma grossesse et la naissance. Ma*

*famille est en Normandie [...]C'est pas une source d'angoisse mais c'est vrai que ça me rassurerait d'être soutenue, on n'a pas beaucoup d'entourage ici.” F7*

### **b) Une nouvelle priorité et une responsabilité**

L'enfant à naître était perçu comme une nouvelle priorité à prendre en compte dans l'organisation de leur vie.

*“Dès que l'enfant va arriver, il y aura une priorité“ H6*

La majorité des couples interrogés mesuraient l'ampleur de la responsabilité qui découlerait de ce projet conceptionnel.

*“Un mariage c'est un contrat qu'on signe qu'on peut défaire, mais là c'est une responsabilité à vie [...]Donc je veux dire que c'est pas anodin » F2*

*« Pour moi il était inconcevable de mettre en danger le bébé [...]. Si j'ai une fringale et que je mange quelque chose de super sucré, ça va me faire plaisir à moi, mais ça va mettre en danger le fœtus. », F8*

S'ils semblaient impatients une fois le projet mûri en couple, plusieurs ne se sentaient pas forcément prêts à accueillir ce changement, et avaient une part d'appréhension.

*« On n'est jamais sûr et je pense qu'on n'est jamais prêt mais ça crée un peu des crispations quand même hein parce que c'est un cap, je veux dire ...” F2*

*“ Tout le monde s'improvise parent, personne n'est prêt à ça” H1*

### **c) Réorganiser sa vie**

Pour plusieurs couples, l'arrivée d'un enfant entraînait un bouleversement de vie nécessitant une réelle réflexion en amont, qui s'articulait autour de plusieurs axes.

*« On sait que ça fait un chamboulement dans la vie » H1*

*« Il faut bien y réfléchir, parce que forcément, ça bouleverse une vie. » F4*

### S'engager à deux

Pour un couple, un prérequis à la conception et à la fondation d'une famille était l'engagement civil via le mariage, de par un héritage culturel.

*“[...]cette histoire de mariage. Voilà. On a des étapes. C'est des étapes qu'on s'est pas fixées, c'est des étapes qu'on a hérité de par nos cultures, de par les enseignements de nos parents. “ H6*

La notion de temps semblait être au premier plan.

*« J'imaginai pas avoir assez de temps à consacrer à un enfant » F2*

Les couples imaginaient comment ils pourraient aménager leur temps, pour trouver un certain équilibre, en prenant en compte cette nouvelle priorité.

### Temps de travail

La question de l'adaptation du temps de travail émergeait chez plusieurs couples.

Cette nouvelle organisation semblait être une problématique importante pour deux participants qui cherchaient à atteindre un équilibre professionnel, familial et financier.

*« Je dirais moi me dégager du temps, me dégager du temps professionnellement déjà pour être présent” H3*

*« J'aimerais surtout réorganiser ma vie. Parce que aujourd'hui je travaille beaucoup. Je ne fais que ça parce que je n'ai pas d'enfants.[...]Ce qui m'interroge beaucoup, c'est comment m'organiser pour travailler ET (insiste) gérer mes enfants. Comment je peux faire, qui va m'aider ?» H7*

Au 2ème plan, ressortait l'organisation pratique suite à l'arrivée d'un nouveau-né au sein du foyer.

*“Plus que des questions médicales ou voire même psychologiques [...] c'est plus des questions d'organisation” H2*

Ils évoquaient par exemple déjà le mode de garde, et les principes d'éducation :

*“[...]il y a toute la logistique à mettre en place. Les modes de garde, qui sont très compliqués.” F3*

*“E : Il n'y avait pas d'autres préoccupations [...] ? I : Euh pas au départ, non. Plutôt sur des questions de parentalité, on a eu des discussions plutôt sur l'éducation.” F1*

#### **d) Concrétisation du projet : la pression du temps qui passe**

Les préoccupations précédemment mises en évidence, se confrontaient à une certaine pression du temps.

*« Mais je me suis toujours dit, à un moment ou un autre on pourra toujours se mettre des barrières en se disant que ça sera jamais le bon moment, mais un moment ou l'autre il faut se lancer » H6*

#### Un âge charnière

L'âge était un sujet de préoccupation essentiel autour de ce projet.

L'approche des 30 ans semblait constituer un repère aux couples, en termes d'objectif temporel.

*“On a 28-29 ans donc c'est bientôt le moment.” H2*

Ce chiffre de 30 ans, semble choisi de manière arbitraire en prenant en compte 2 composantes :

- La perception d'une certaine "pression sociale"

*"Quand on approche la trentaine et qu'on a pas d'enfant le monde entier vous le fait savoir que tic-tac..... c'est le moment." F5*

*"Être un peu la queue du peloton, d'être les derniers de notre génération à avoir des gamins, ça met un peu la pression" H5*

- L'âge comme facteur limitant les chances de réussite du projet, avec la notion sous-jacente de baisse de fertilité liée à l'âge

*« Mais bon on arrive à un âge où l'on se dit qu'il faut pas trop qu'on attende parce qu'après ça va être compliqué" F5*

*"J'aimerais bien avant 30 ans. Parce que la peur que ça marche pas et plus on attend ..." F7*

La notion d'horloge biologique ressortait :

*"Ça devenait presque obsessionnel à un certain moment, l'horloge biologique elle s'est déclenchée plus pour moi que pour mon conjoint" F5*

*« C'est plus une question d'âge pour nous, on n'est pas non plus tout jeune et donc on n'a pas envie d'attendre deux ans trois ans, des fois ça peut être long pour certaines personnes » H1*

## **2) Besoin d'autonomie**

Ces entretiens ont mis en évidence un besoin de liberté et d'indépendance dans la réalisation du projet conceptionnel. Selon certains participants, il en était de leur responsabilité de futurs parents de s'autonomiser dans la quête d'informations.

*« Est ce qu'il faut pas laisser les personnes se prendre en charge dans la démarche de s'instruire ? ». H3*

*« Il faut intéresser les gens, mais aussi une part de volontariat de la part des personnes. [...] Si on anticipe pas les choses, si on ne s'informe pas, pour moi on est fautifs. » H7*

*« Il faut que ça émane d'eux déjà. Il faut se dire quand même qu'accueillir un bébé c'est pas rien. Il ne faut pas aller à l'aveuglette, c'est tellement important ! » F8*

#### **a) Une volonté de « démedicalisation »**

Certains couples avaient la volonté de démedicaliser le suivi du projet :

*« Le médical « pur », ça peut avoir un effet un peu répulsif. Se dire « oulala, ça a l'air d'être costaud [...] L'aspect médical fait peur. On nous dit « une grossesse n'est pas une maladie ». Je le vois pas comme une maladie » F8*

*« Et c'est plus doux d'ailleurs comme rapport, c'est moins médicalisé [...] Ça me gêne de médicaliser une grossesse » F1*

Le professionnel de santé était vu comme un frein à la spontanéité du projet :

*« C'est aussi une bonne chose de laisser la spontanéité du projet se faire tout seul, uniquement entre les 2 futurs parents [...] je ne vois pas la nécessité d'un premier rendez-vous avec un professionnel de santé. » F3*

Une femme relatait la crainte de ne pas être actrice de son propre projet et appréhendait que la relation médecin malade soit à sens unique :

*« Est-ce que ce sera vraiment un temps où il n'y a que le professionnel qui va parler et moi je vais écouter ? ». F8*

Cette même femme appréhendait la consultation avec le professionnel en craignant un

manque de temps et d'écoute à lui consacrer et émettait l'hypothèse que cela pouvait freiner les personnes à consulter :

*« Peut-être que si vous mettiez une dimension psychologique et d'accompagnement, il y aura plus de monde. » F8*

### **b) Une volonté d'auto-information**

Certains couples avaient la volonté de s'informer par leurs propres moyens et avaient déjà débuté leurs propres recherches, en particulier via internet.

*« On a cette curiosité de se renseigner si les choses ne vont pas ou même en général, j'ai une curiosité scientifique donc quand il me manque une info, je sais où la chercher » H5*

*“Je prends au tout venant, si à un moment donné j'ai une question sur [...] je sais que je peux trouver ça quelque part et je n'ai pas spécialement de question qui reste latente.” H3*

L'utilisation de forums sur internet été citée à plusieurs reprises sur des sites tels que « Magic Maman », « Doctissimo », et semblait être source d'information richement fournie. Elles étaient prêtes à faire confiance à des personnes inconnues simplement sur le fait qu'elles avaient eu le même parcours.

*« Et faut pas oublier qu'internet au niveau des forums c'est quand même bien enrichi maintenant. Moi j'ai plus de réponses sincèrement sur internet que chez mon gynéco, clairement ! » F4-2*

*« J'étais inscrite sur l'application « Baby Center ». Il y a des communautés de mamans. Et par rapport à des symptômes, ça me rassurait d'avoir les mêmes que d'autres futures mamans ou mamans, ça me permettait de me dire « en fait c'est pas grave, ne paniquons pas ». F8*

Une participante a été jusqu'à parcourir un cours dispensé en faculté de médecine et disponible en ligne pour répondre à ses questions :

*« E : Ah oui ? Sur quels types de site.*

*I : « Magic Maman » notamment, qui est super connu. Après il y avait des sites plus scientifiques, voire même j'ai été jusqu'à lire un cours de médecine que j'avais trouvé sur internet. »*

Un couple avait recours à une application smartphone pour y voir plus clair dans le fonctionnement des cycles et des fenêtres de fertilité :

*« M se sert d'une application, je ne sais pas si elle est plus ou moins fiable, sur les cycles etc. donc ça je trouve que c'est une bonne chose. Si elle est fiable, je trouve que c'est vraiment une bonne chose. », H7*

Certains couples s'inspiraient de l'expérience de leur entourage (famille et amis) pour construire la leur et les guider dans les questionnements autour du projet conceptionnel.

*« Et du coup je me suis renseignée moi toute seule, j'ai eu plus d'infos via mes amis [...] Ben naturellement d'abord sa mère, voilà je lui pose d'abord la question à elle. » F4-2*

*« De mon côté j'ai la chance d'être entourée de couple homosexuels femmes et qui ont des enfants. Et du coup, ça nous permet de mieux comprendre, de mieux appréhender certaines choses, déjà comment réaliser ce projet et ensuite et ben voilà être confrontées plus tard à des questions ». F4-2*



c) *Le paradoxe des sources d'information*

Paradoxalement, la plupart des couples affirmant ne pas ressentir le besoin de réaliser une consultation en amont de la conception, ont fait part de questions qu'ils souhaiteraient poser à un professionnel de santé, pour approfondir certaines problématiques.

*« Et j'ai l'impression, mais bon l'impression, de savoir à peu près les risques potentiels ce qui peut être, les points positifs et négatifs*

*E : Ça amène à ma question d'après, est-ce que pour vous, vous connaissez les choses qu'il vaut mieux éviter pour la mère et pour l'enfant pendant la grossesse ?*

*I : Euh oui, après je pense que j'aimerais en parler assez vite à mon médecin et puis j'aimerais bien avoir quelques choses de concret mois par mois, ou je ne sais quoi exactement, pour être sûre de penser à tout.» F2*

Une participante a fait part des limites de l'information par les proches :

*« Ma belle-sœur qui a des enfants me disait qu'elle ne faisait pas spécialement gaffe. Les collègues de travail avaient toutes leurs manières de voir, y en a qui disait clairement que la toxo elles s'en foutaient elles bouffaient des sushis comme ça et que elles ont jamais été malades jusque-là, elles ont jamais chopé la toxo en bouffant des sushis tous les jours alors elles voyaient pas pourquoi pendant la grossesse ce serait différent, chacun sa sensibilité sur le sujet. » F5*

Le caractère tabou du début de grossesse dans la société génère cependant des difficultés d'accès aux informations par les proches :

*« J'ai demandé aussi à mon entourage mais pas les copines directs parce que j'avais pas forcément envie de leur parler de mon projet de grossesse. » F5*

Un autre paradoxe concerne la volonté d'auto-information. Si la plupart des couples évoquent internet comme première source d'information par son caractère accessible et rapide d'utilisation, tous s'accordent pour remettre en cause la fiabilité des informations qui y figurent.

*« Après il y a aussi internet. Mais sur internet, il y a à boire et à manger. J'arrive pas toujours à distinguer ce qui peut m'aider réellement et ce qui relève d'une rumeur » H7*

*« Internet beaucoup comme je le disais internet je voyais pleins de choses contradictoires et c'est là que ça m'a un peu déstabilisée et c'est là que j'avais besoin de réponses concrètes [...] voilà j'avais vraiment besoin d'infos sûres et pas de « on dit » » F5*

### **3) Besoin de réassurance**

Comme on a pu le voir précédemment, les couples porteurs de projets de parentalité sont envahis de problématiques d'ordre personnel, intimes et variées. Il y a des interrogations pour lesquelles ils se sentent capables de modifier certains paramètres de leur vie par eux-mêmes. Cependant, il apparaît que des craintes plus spécifiques à la santé sont récurrentes, et qu'ils accepteraient un soutien de la part de la communauté scientifique.

#### **a) Des craintes en lien avec la santé**

##### La crainte d'infertilité :

La crainte d'infertilité est un sujet récurrent, chez les femmes comme chez les hommes.

Les couples rencontrés étaient à l'étape de tentative de procréation, sauf deux femmes qui attendaient déjà leur 2ème enfant lors de l'entretien. Elle estimait d'ailleurs "être chanceuse" :

*"Pour les 2, je suis tombée enceinte, on n'a pas eu de soucis. [...] On fait peut-être*

*parti des chanceux sûrement, parce que je vois d'autres couples qui ont beaucoup de mal.” F3*

Deux femmes remettaient en question leur fertilité :

*“Après peut être au niveau santé, je sais pas si je suis méga fertile.” F7*

*“Ça se trouve j'ai un problème” F1, illustré également par son conjoint “ça se trouve on a un petit souci de fertilité, bon j'en sais rien” H1*

Des hommes s'étaient renseignés sur les taux de fertilité actuels en France.

*” Et pareil sur l'infertilité. C'est un grand mal parait-il, ça va de pire en pire, et globalement même si c'est pas des infertilités totales, [...]. La fertilité est pas à son beau fixe » H5*

Et l'un d'eux se posait la question d'être concerné par un trouble de fertilité, et pensait déjà aux démarches à faire si tel était le cas.

*« Alors je regarde le taux de fertilité, on dit que ça baisse alors tu te dis : est-ce que toi t'es concerné ? Voilà c'est des trucs comme ça, des appréhensions de se dire déjà est ce qu'on peut en avoir ? [...]Qu'est-ce qu'il faut faire pour y arriver quoi ? “ H1*

### Crainte de transmettre des pathologies au fœtus

Un homme était avant tout inquiet de la bonne santé de son futur enfant :

*“Ma plus grosse inquiétude c'est plutôt le côté bonne santé de l'enfant.” H6*

Il était également préoccupé par le risque de transmission de pathologies pendant la grossesse, et de sa possible responsabilité dans cette transmission.

*« En fait, l'appréhension c'est surtout je me suis toujours posé des questions par rapport aux maladies pendant la grossesse. J'espère que l'enfant n'aura pas de problème. »*

*H7*

## **b) Le rôle du professionnel de santé**

Malgré leur besoin d'autonomie dans ce projet, le professionnel de santé pouvait être un allié dans sa réalisation, en apaisant leurs angoisses en rapport avec la santé.

Les professionnels de santé pouvaient alors avoir un rôle d'accompagnement et de réassurance dès lors que les couples rencontraient des interrogations ou des difficultés dans le bon déroulement de leur projet.

Celui-ci pouvait les rassurer sur le fait qu'ils connaissaient les informations nécessaires et suffisantes, et qu'ils ne faisaient pas d'erreurs pouvant nuire à la concrétisation de leur projet.

*« Ben me rassurer sur le fait que je suis à peu près consciente de tout ce qu'il y a à savoir » F2*

*« C'est rassurant, savoir aussi qu'on fait les bonnes choses peut être. » H3*

Deux couples de participants avaient eu un premier enfant par Procréation Médicalement Assistée. Un des deux couples percevait le professionnel de santé comme un intervenant qui permettait d'aborder des sujets sensibles, plus difficiles à aborder en société ou en famille (fausses couches, infertilité, PMA).

*Au sujet de la PMA : "c'est bien qu'ils sachent que c'est pas non plus ultra compliqué, que ça touche tant de personnes, et qu'il faut pas en avoir honte [...] Ce genre de choses t'en entends pas parler dans ton entourage [...] c'est des choses un peu médicales, c'est des complications, c'est un peu tabou." H5*

Le professionnel de santé pourrait ainsi les désacraliser en partageant son expérience et son savoir scientifique, qui permettrait une certaine déculpabilisation et un apaisement chez les

couples se trouvant dans cette situation.

Au sujet des fausses-couches : *“Rien que pour désacraliser tout ça, savoir que ça arrive. [...]tu te dis bon ben je suis pas un cas super rare, je suis pas pestiféré.” H5*

Pour un homme, le fait d’être informé et rassuré par le corps médical permettrait d’aborder plus sereinement ce projet de vie.

*“Après d’avoir ce côté où les inquiétudes sur le plan médical sont mises de côté par le fait d’être bien informés à l’avance, ça peut aussi faciliter le processus et certaines angoisses et puis peut être à ces personnes de se concentrer un peu plus sur les questions personnelles.”H3*

#### **4) Besoin d’informations et de conseils :**

##### ***a) État des lieux sur les connaissances des couples au sujet de la prévention en santé préconceptionnelle***

##### La consultation préconceptionnelle méconnue

L’existence de la consultation préconceptionnelle était la plupart du temps méconnue des couples.

*« Je ne savais pas du tout que ça se faisait » F3*

*« E : Et que penseriez-vous de consulter un professionnel de santé en amont de tout projet de grossesse ?*

*I : Oui, ça ça m’aiderait bien, je pense que c’est vraiment ce qui manque. » F8*

Le seul couple ayant la notion de son existence en avait entendu parler très récemment. La femme avait eu l’information par le bouche à oreille sur son lieu de travail. Il est intéressant de noter que cette femme était enceinte de son 2ème enfant au moment de l’entretien, et que

chaque membre du couple travaillait dans le domaine de la santé (Paramédical).

*« C'est elle qui m'a donné connaissance de ce genre de RDV. » F3*

*« Je trouve ça intéressant après on en a entendu parler il y a pas très longtemps, on en n'avait pas connaissance. » H3*

A ce sujet, il a été constaté que deux autres des participants travaillant dans le domaine de la santé, respectivement chirurgienne et pharmacienne, méconnaissaient la possibilité de la CPC.

*« Je sais pas si vous auriez le temps de faire des consultations de ce type » F6*

Une de ces deux participantes s'est pourtant vue prescrire de l'acide folique à l'occasion d'une consultation chez son médecin généraliste. Celui-ci lui aurait prescrit lorsqu'elle lui avait fait part de son arrêt de pilule, donc bien selon les recommandations. On imagine donc une consultation préconceptionnelle « à minima ».

*“E : C'était vers lui que vous vous étiez tournée en premier lieu pour aborder ce sujet ?*

*I : Oui, j'y étais pas allé pour ça mais dans la discussion et en lui faisant part de mon arrêt de pilule, elle m'avait proposé.” F7*

### La perception de la consultation préconceptionnelle

La perception par les couples de la CPC était variable :

Une femme déplorait la disparition du bilan pré-nuptial obligatoire, qui au-delà de l'aspect médical de prévention, permettait de discuter de projets de couples :

*« Déjà tout ce qui est bilan pré-nuptial je trouvais ça bien parce que ça permet de mettre les choses au clair, déjà est ce que c'est un souhait du couple [...] discuter de*

*problèmes médicaux, de prévention avant la grossesse, alcool, alimentation, tabac[...]  
remettre les vaccins à jour, c'est bien d'agir en prévention avant que ça arrive. Puis peut-être  
des conseils, il y a pleins de femme qui se posent des questions », F6*

Malgré la méconnaissance de son existence, un homme proposait sans en avoir conscience le concept de la consultation préconceptionnelle :

*« Typiquement, s'il existait le type d'entretien que vous proposez, ça pourrait être quelque chose qui devrait être rappelé en amont et au moment du projet. », H5*

Cependant, certains semblaient détenir les informations indispensables, et ne voyaient pas l'intérêt d'une telle consultation.

*« Je dirais qu'on est entre guillemets au courant comme n'importe quel parent qui attend un enfant qu'il faut éviter évidemment le lait cru, la charcuterie, ce genre de choses quoi. » H3*

Le concept pouvait toutefois leur sembler intéressant pour les personnes en ayant la nécessité. Mais plusieurs couples rencontrés ne se considéraient pas comme des cibles privilégiées de ce programme de prévention, de par leur impression de maîtrise :

*« Si les parents sont dans le questionnement, avec envie de comprendre c'est une bonne chose. » F3*

*« Euh ouais ce serait une bonne idée, nous on a des connaissances mais je pense que pour certains couples ça pourrait aider à poser des questions. » F6*

Pour une femme, qui a été confrontée à des difficultés de procréation, la consultation préconceptionnelle pouvait être perçue comme une pression supplémentaire dans l'élaboration de son projet

*« Voilà je pense qu'il faut laisser comprendre que tout ceci est possible sans rajouter une pression supplémentaire, difficile à trouver comme équilibre. » F5*

Plusieurs participants ont émis des réserves face à une éventuelle obligation à la réalisation de cette CPC :

*« Proposer c'est bien. Fortement suggérer voire obligatoire serait moins bien. », H5*

*« Après le caractère obligatoire [...] on se méfie toujours du côté obligatoire parce qu'il y a la liberté des personnes », F1*

#### Intérêt de multiplier les propositions de CPC à différents moments de la vie :

La réceptivité aux informations délivrées en période préconceptionnelle semble s'accroître jusqu'au moment de la procréation, face à l'émergence de nouvelles interrogations pour les futurs parents. Il semblait donc important de proposer la CPC à différents moments au cours de la vie/période de fertilité pour un échange plus pertinent, et mieux répondre aux besoins des couples :

*« Poser les questions que j'aurais peut-être sur le moment parce qu'entre le fait de l'envisager et le fait de vraiment lancer la démarche je pense qu'il y a d'autres choses qui vont émerger. », F2*

La CPC semblait également rester pertinente pour une femme primipare, car son état de santé avait évolué par rapport à sa première grossesse, et certaines nouvelles problématiques en santé étaient apparues :

*« Après c'est compliqué quand c'est pour le 2ème par rapport au le 1er. Je me pose pas mal de questions parce que suite à l'IVG j'ai fait pas mal de kystes ovariens, chose que j'avais jamais faite, j'avais les cycles qui s'allongeaient. Et du coup, c'est vrai que mon*



*ystème gynéco il était un peu en dents de scie. En plus on m'a détecté le chlamydia, donc on a du traiter, chose que j'avais pas avant. Enfin y a plein de choses qui sont apparues. », F3*

### Certaines notions de prévention bien assimilées

Les items de prévention liés au mode de vie et à l'environnement faisant partie des informations à délivrer par les professionnels de santé lors de la CPC (HAS 2009) ont quasiment tous été cités par les couples, avec des disparités en termes de nombre d'items cités et de précision des connaissances.

Tous les couples ont rapporté l'importance de ne pas consommer d'alcool ni de tabac pendant la grossesse. Ces notions avaient la plupart du temps été acquises grâce aux messages de prévention en santé publique, via les publicités.

*« Pas d'alcool, ça paraît évident aujourd'hui » H5*

Malgré la restitution de ces items, la plupart des participants étaient demandeurs d'informations plus complètes.

Un couple, suivi en PMA, reproche d'avoir pris connaissance tardivement de la recommandation vaccinale anti-coqueluche.

*“Oui ça doit être la coqueluche.[...]il n'y a aucune personne dans le médical qui nous en a parlé, alors qu'on a quand même fait un an de PMA et on en a vu défiler des médecins et des spécialistes !” H5*

Une patiente était atteinte de pathologie chronique auto-immune (Hashimoto) constituant un facteur de risque de grossesse pathologique, se questionnait sur l'adaptation de son traitement.

*“j’ai aussi une maladie d’Hashimoto donc problème à la thyroïde [...]ça peut être plus compliqué pour avoir une grossesse quand on a une thyroïde qui fonctionne mal [...]Je sais pas trop exactement quel est le bon dosage de Levothyrox que je dois avoir” F5*

Cependant, si la plupart des informateurs connaissaient les grandes lignes des conseils alimentaires à respecter, il a été relevé plusieurs éléments intéressants. Deux participantes se sont tournées ou envisageaient de se tourner vers des professionnels n’étant pas de premier recours pour répondre à leurs questions. Par exemple, une participante s’est dirigée vers une diététicienne pour avoir des informations précises sur les règles hygiéno-diététiques à respecter pendant la grossesse :

*“ma première grossesse s’est soldée par une fausse couche à trois mois de grossesse et je me suis déjà posée la question de savoir si c’était l’alimentation qui avait pu jouer ou quelque chose et j’ai consulté finalement une diététicienne pour avoir réponse à mes questions” F5*

Elle jugeait ne pas avoir eu assez de temps consacré pour répondre à ses interrogations par les professionnels de santé.

Une participante, médecin chirurgien, rapportait que malgré sa formation, elle ne maîtrisait pas forcément les détails des aliments à éviter lors d’une grossesse :

*“je sais même pas quel aliment tu peux manger ou ne pas manger ? Je me suis pas renseignée, j’ai vu ça dans les cours mais vu que je ne le vis pas c’est pas encore concret pour moi.” F6*

Cette même participante s’interrogeait sur le caractère dangereux et raisonnable de poursuivre

un certain champ de son activité professionnelle et envisageait de se tourner vers son médecin du travail.

*“savoir si c’est vraiment bien de continuer à travailler avec les rayons X avec le tablier de plomb ou est-ce que c’est vraiment déraisonnable” F6.*

### **b)      *Besoin de supports d’informations fiables***

Comme vu précédemment certains éléments de prévention étaient maîtrisés mais la majorité des couples exprimait la nécessité d’une source d’information fiable et authentifiée.

*« Je pense un petit guide en fait [...] Je pense que ça peut être difficile de s’y retrouver. Quand c’est le premier, on est forcément paniqué. Donc juste avoir voilà, pas non plus un guide de survie (rires) mais quelque chose qui y ressemble. » F4*

*« Après, si il y avait quelque chose d’officiel et reconnu » H5*

Ils critiquaient la divergence des sources notamment au sein de la recherche sur internet.

*« Après il y a aussi internet. Mais sur internet, il y a à boire et à manger. J’arrive pas toujours à distinguer ce qui peut m’aider réellement et ce qui relève d’une rumeur » H6*

### **c)      *Besoin de référent***

#### Le choix du professionnel

Pour les patients qui décidaient de l’intérêt d’un suivi médicalisé, le type du professionnel importait peu. La question de confiance et de relationnel était primordiale et prédominait sur la question de spécialité médicale ou paramédicale.

*« C’est plus une question de feeling, que de profession. » F4-1*

*« C’est important d’être suivie, ça c’est évident et d’avoir une vraie relation de*

*confiance avec la personne qui vous suis » F4Bis*

Les choix du ou des référents variaient d'un couple à l'autre. La plupart des couples souhaitait un référent unique pour leur accompagnement dans leur projet de conception :

*“Je pense qu'on va centraliser un petit peu notre questionnement et puis nos informations vers cette personne en particulier; essayer de ne pas trop se disperser non plus et d'avoir quelqu'un qui a vraiment toute connaissance pour nous aiguiller.” H3*

*“Pour moi c'est le généraliste qui reste au centre de la relation avec le patient.” H7*

Mais, un homme a souhaité être suivi par plusieurs intervenants pour un accompagnement optimal.

*« Un medley je dirai. Un psychologue, une sage-femme, un généraliste et un gynéco ça serait un bon mélange. Plus il y aurait d'acteurs différents, mieux ça serait »H6*

### Méconnaissance du rôle du médecin généraliste

La place du médecin généraliste pour le suivi de la grossesse ou la consultation préconceptionnelle était méconnue par certains couples.

*« I : Parce que le médecin aussi est amené à faire ce genre de consultation maintenant ? [...] I: D'accord! Vous voyez, nan mais, j'étais pas du tout au courant ! » F3*

*« On estime peut-être que tout ce qui est de l'ordre de la gynéco, c'est la gynéco qui va nous répondre et pas le médecin. » F3*

### Le rôle d'orientation du médecin généraliste

Le médecin généraliste était vu comme un orienteur par certains couples plutôt qu'un acteur principal du suivi avant la conception et pendant la grossesse.

*« Enfin après, ça dépend, le médecin il va peut-être pas apporter toutes les réponses aux questions qu'ils se posent. Il va peut-être plutôt les orienter sur ce qui est possible ». F3*

*« Et ça serait à lui d'aiguiller derrière, vers qui me diriger. Je ne suis pas compétent pour savoir vers qui aller, ou vers quelle profession vraiment m'orienter. Donc je me tournerai davantage vers mon généraliste » H6*

### Le professionnel de santé vu comme facilitateur du projet

Les professionnels de santé qu'ils soient médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme étaient perçus comme des “facilitateurs” du projet conceptionnel dès que les couples rencontraient des difficultés de procréation.

*« On s'est dit, bon là on va aller voir des gens pour qu'ils nous disent, voilà nous donner peut-être des raccourcis pour être efficace quoi » H7*

*« Si vraiment ça bloque, si vraiment y en a un qui a des blocages, dans ce cas-là en parler. Mais je ne vois pas la nécessité d'un premier rendez-vous avec un professionnel de santé. » F3*

*« Ça aurait été important de faire cet entretien pour [...] ben mettre toutes les chances de notre côté, pas forcément accélérer les choses parce que je suis pas sûre que ça aurait accélérer les évènements. » F5*

### Le professionnel de santé source de méfiance et de déception

Pour certains couples, les professionnels du soin étaient sources de méfiance et de déception suite à de mauvais vécus lors de précédentes consultations.

Il leur était notamment reproché un manque de temps consacré à leurs questionnements et un désintérêt à la consultation préconceptionnelle.

*« C'était vraiment trop rapide quoi, il a pas pris le temps de m'expliquer je veux dire,*

*bon, je suis peut être un femme mais en vrai je maîtrise pas toutes ces choses-là. [...] Y a une réelle défiance des patients à l'égard des représentants de la santé, parce que ben voilà on est un peu expédié quoi.... Et on répond pas toujours à nos attentes » F4bis*

*« J'avais demandé quand j'avais arrêté ma contraception à ma gynécologue si voilà y avait des choses particulières que je devais faire pour favoriser les grossesses ou autre et puis elle est restée très évasive, très neutre en disant ; » ben non, tout va bien[...] ouais ça m'a un peu déçu de la part des professionnels »F5*

*« Après moi j'ai mon gynéco, mais il est pris, il a pas le temps, il me reçoit en 20min, on est sur de l'opérationnel. C'est pas vraiment du temps d'écoute. Puis c'est une autre génération, il part bientôt à la retraite, je ne me serais pas confiée à lui comme je me serai confiée à quelqu'un d'un peu plus jeune. » F8*

## **5) L'implication du père**

La santé de la femme reste, d'un point de vue physiologique, l'élément fondamental à améliorer et contrôler pour limiter la survenue de complication périnatale et obstétricale. L'homme est pourtant concerné par la réalisation de la CPC.

Dans ce travail, certains hommes ne se sentaient pas concernés par la nécessité d'un bilan préconceptionnel masculin. A la question : « E: Est-ce que vous, vous ressentiriez le besoin de discuter avec un intervenant du domaine de la santé, avant un projet d'enfant? », leur réponse était négative.

*I : Euh...non. [...] Je trouve que ça serait pas forcément utile, après c'est peut-être dû à un manque d'informations de ma part. », H2*

*« I : J'avoue que comme ça non. En fait, je me suis jamais dit ça. » H1*

Par contre, certains d'entre eux étaient déjà très investis dès la période préconceptionnelle et mettaient en œuvre des changements dans leur modes de vie.

*« Quand la maman va tomber enceinte, comment on peut se dire « tiens, je vais faire tout ça d'un coup, je vais devenir meilleur » alors que peut-être, être meilleur c'est à anticiper ? C'est-à-dire l'être avant même de vouloir faire un enfant. »*

### Modifier ses habitudes de vie avant la conception

Deux futurs pères ont modifié leurs habitudes de vie, en lien direct avec ce projet.

Une femme a confié que son conjoint avait arrêté le tabac du fait de leur projet.

*“Mon ami a arrêté de fumer, c'est en lien avec ça, il fumait pas beaucoup, quelques cigarettes par jour mais bon.”F7*

Un homme évoquait la possible imputabilité de son état de santé et mode de vie actuel, sur celui de son futur enfant :

*« Peut-être l'enfant il va avoir une maladie à cause d'une négligence de ma part[...]Je pense que toute action entraîne une conséquence. Je pense que toute action qu'on va faire sur notre santé à nous parents, va avoir une incidence sur le bébé. Positive ou négative. Mais j'aimerais bien connaître les incidences négatives. » H6*

Le projet de parentalité le conduisait à être, d'ores et déjà, plus attentif à sa santé :

*“Avec notre projet, je dois déjà faire attention à moi, il faut que je sois en bonne condition. Je dois apprendre à vivre autrement. [...] Il faut que j'anticipe certaines choses, déjà la santé ” H6*

### L'envie d'optimiser sa fertilité

Certains hommes étaient également concernés par une crainte d'infertilité.

Un homme a pris des vitamines pour optimiser ses chances de réussite de conception.

*« Elle a une alimentation correcte, pas de surpoids, pas d'anorexie. Une vie assez saine. D'ailleurs c'est aussi vrai pour moi, pour la fertilité ça aide. [...]j'ai pris des compléments de vitamine dont l'efficacité n'a ; en cherchant un peu ; jamais été prouvée, mais ça peut pas faire de mal. » H5*

### Un sentiment d'être « laissé de côté »

Deux hommes ont déploré l'absence d'intervenants en santé du côté de l'homme.

*“Du côté des hommes, c'est peut-être plus compliqué, enfin c'est pas vraiment un sujet qui est vraiment traité par les hommes ou pas assez”H1*

*« Après voilà, moi ce que je reproche un peu c'est surtout, pas qu'on a laissé l'homme de côté par rapport à ça. » H6*

L'un d'eux était particulièrement affecté par l'absence de moment d'échange et d'information dédié au futur père.

*« Mais nous, on voit qui nous ? On voit personne, on se parle à nous même. » H6*

Ce même participant exprimait son envie de partager et d'accompagner chaque étape clé du développement de son futur enfant avec sa compagne.

*« En fait j'ai envie de vivre certaines étapes avec elle. Je veux pas être le gars qui donne la graine au début, et qui coupe le cordon à la fin. Je suis pas un serreur de boulon. »*

*H6*



Malgré cette envie d'implication et de reconnaissance, deux d'entre eux avouaient avoir laissé leurs conjointes faire les premières démarches et investigations, par manque de connaissance.

*« Globalement tout ce qui est sur la maman, c'est plutôt elle qui s'est renseignée et je lui fais confiance [...]c'est elle qui a mené de front les problèmes de santé » H5,*

*“Je me rends compte que le premier pas est fait par ma compagne. Elle se dit pas que je devrais aller voir quelqu'un, et moi je me dis pas que je devrais aller voir quelqu'un” H1*

### Soutien psychologique

Deux hommes ont insisté sur l'importance du soutien psychologique de la femme dans la période préconceptionnelle. Ils tentaient de préserver leur conjointe de tout stress extérieur, afin de les accompagner dans l'éventualité d'une grossesse.

*« Je prépare un peu ma compagne à lui dire : « Tu lèves un peu le pied, déjà maintenant », parce qu'en plus elle a tendance parfois à être angoissée alors il faut vraiment qu'elle se lâche sur ça ! Parce que la sérénité ça fait aussi parti de la formule », H1*

L'un d'eux a précisé qu'il avait rencontré des situations difficiles dans ce contexte, et qu'il aurait aimé lui aussi être soutenu lors de cette période préconceptionnelle, suite à des difficultés de procréation :

*“C'est moi qui ai dû débriefer et qui et faisais la barrière « c'est comme ça, on n'en parle pas ». Pas facile même pour moi. Donc l'aspect psychologique n'est pas à sous-estimer“ H5*

Un homme regrettait l'absence de soutien prévu pour les hommes dans la période prénatale.

*« C'est dur psychologiquement à encaisser, et ça on n'y est pas préparés. Si on y était préparé on le vivrait mieux. [...]Le papa doit aussi être aidé d'une autre manière. Moi je ne veux pas me sentir exclu. Je suis pas d'accord ! »*

Il appréhendait aussi le moment de l'accouchement, et sa capacité à gérer cet événement d'un point de vue physique et psychologique.

*« On sait pas ce que c'est l'accouchement. Le jour où on doit rentrer dans la salle, on sent les odeurs, on entend la mère qui crie et on doit être fort, c'est dur pour nous ! », H6*

## **6) Des propositions à explorer pour promouvoir la prévention en santé préconceptionnelle**

### Des réflexions pour promouvoir la possibilité de la CPC

Pour les couples, la consultation préconceptionnelle nécessitait d'être mieux promue à l'aide de différentes techniques de communication telles que :

- Lui donner un intitulé identifiable et compréhensible par le plus grand nombre : *« mais il faut que ce soit identifié comme quelque chose de connu et que ça ait un nom quoi, que tout le monde parle de la même chose. », H5*

- La mise en place d'affiches en salle d'attente des cabinets médicaux : *« Je pense qu'il faut en salle d'attente du médecin, peut-être mettre un petit flyer, une petite affiche comme quoi c'est possible » F3*

- La diffusion de spots publicitaires nationaux, dits d'État et de prévention en santé publique : *« Le mieux ça reste la publicité, je vais dire d'état, enfin la santé publique quoi. » H1 ; « Malheureusement, le média qui touche le plus c'est la télévision. Après les spots*

*publicitaires de santé publique sinon. » F2 ; « Après, bah ce qui est au niveau national, campagne de sensibilisation pour euh...dire que ça existe. » F3*

- La création d'un site internet officiel : *« Peut-être sur des sites institutionnels, genre ministère de la santé. » F4-1*

- La création d'application smartphone : *« Après y a des applications aussi qui permettent de, euh comment dire ? D'aider et d'accompagner les gens. Alors je peux en parler, dans mon métier on fait ça, on fait un peu ce qui appelle des « serious game » [...] il y a accompagnement soit via un jeu soit juste une petite application qui nous guide bon ben voilà y a telle choses à faire à tel moment, est ce qu'il faut anticiper. », H1*

- Des guides et prospectus distribués à la population générale. *« Alors pourquoi on distribue pas un livret comme ça, gratuit ? On fait bien des campagnes sur l'alcool qu'on paye des millions ! » H6*

- L'enseignement et l'éducation au sein des établissements scolaires : *« Est-ce que c'est pas un truc auquel il faudrait penser à partir de la majorité ?[...]Peut-être qu'en faire la publicité entre guillemets au lycée, à la fin du bac quoi, dire que c'est un droit et une possibilité auquel chacun a droit », H1*

- Proposer des enseignements collectifs animés par des spécialistes compétents aux personnes volontaire ayant un projet d'enfant : *« Il y aurait un professeur ou médecin qui dispenserait le cours, avec une 1<sup>ère</sup> partie où on fait des rappels selon le questionnaire, il nous explique comment ça se passe, des choses très succinctes, avec peut-être des vidéos, des témoignages de gens. Et la 2<sup>ème</sup> partie libre, avec un débat. Il faut pas débattre tout de suite,*

*sinon on loupe l'essentiel, et on reste dans nos idées. C'est capital. » H6*

- Réactualiser le bilan prénuptial en l'adaptant mieux à notre société, par exemple en l'étendant à d'autres type d'union civile comme le PACS : *« le bilan prénuptial lors du mariage ça existe plus mais franchement je pense que ce serait un bon truc, en sachant que maintenant il y a plus beaucoup de couples qui se marient, c'est minoritaire donc après faudrait peut-être le proposer aux gens qui se pacsent ? Et c'est à l'initiative du couple, mais déjà qu'ils soient informés que ça existe [...] un truc au niveau du gouvernement en fait. Quand tu vas sur le site, comment vous pacser / démarches. Là tu devrais avoir un icône : lors de votre pacs si vous souhaitez fonder une famille, vous pouvez vous adresser à votre médecin pour un bilan avant votre grossesse. »*

- Inciter davantage les professionnels de santé à l'évoquer à leurs patients : *« être ouvert sur ce genre de choses, c'est peut-être demander aux couples ou aux personnes en âge de procréer où est ce qui en sont dans leur projet de conception quand voilà quand ils ont 22 à 35 ans quand on les voit en consultation pour autre chose. Peut-être leur demander où ils en sont dans leurs réflexions et si ils ont des questions peut être à poser à ce moment-là, montrer qu'ils sont ouverts sur la question », F5*

Finalement, une participante évoque l'utilité de multiplier les messages et moyens d'information pour interpeller la population générale :

*« Donc peut-être les diluer un peu partout, histoire de les voir et se dire « j'ai vu ça quelque part », F8*

### Émergence de thèmes à aborder lors de la consultation préconceptionnelle :

Pour les couples qui avaient des difficultés à lancer la grossesse, les principaux questionnements s'axaient sur :

- Les cycles menstruels :

*« La première chose qu'on s'est dit c'est qu'elle allait voir sa sage-femme pour voir déjà au niveau des cycles, au niveau de l'ovulation, est ce qu'on est bien dans ce qu'il faut faire. »H1*

*« Comment je sais si je suis enceinte ? Question bête mais mes règles sont pas forcément toujours très régulières, et à partir de quel moment je le sais. » F5*

- Comment optimiser sa fertilité :

*« Mes questions ce serait voilà, est ce qu'il y a des choses qui pourrait favoriser la fertilité ? » F5*

- Faire face à l'éventualité d'une fausse couche :

*« Les fausses couches aussi par exemple, c'est quelque chose qui est assez tabou, les gens en parlent assez peu. [...]Mais le fait d'être informés, ça aide forcément à l'accepter mieux. » H5*

Ils étaient demandeurs d'informations sur les démarches à faire en cas de recours à la PMA.

*« Je pensais aussi à expliquer le parcours PMA. [...], que c'est pas non plus ultra compliqué, que ça touche tant de personnes, et qu'il faut pas en avoir honte. » H5*

### Comment aborder le thème de la CPC en tant que professionnel de santé ?

Les couples reconnaissent la difficulté à saisir le moment opportun pour proposer cette consultation lors d'un suivi par un professionnel de santé.

Ce dernier devrait trouver un compromis entre proposer sans avoir l'air de l'imposer, sonder sur des projets de la sphère privée sans être intrusifs, (*« Ça peut être un moyen non-intrusif de*

*faire comprendre que le sujet peut être évoquer avec le praticien. », H5). Et cela en anticipant le moment pour plus d'efficacité, tout en saisissant le patient à un moment où il serait réceptif à ce thème pour un aboutissement favorable.*

*« Peut-être demander aux couples ou aux personnes en âge de procréer où est ce qui en sont dans leur projet de conception quand voilà quand ils ont 22 à 35 ans quand on les voit en consultation pour autre chose. », F5*

*« Moi si à 25 ans mon généraliste m'avait convoqué en me disant « je vais vous parler de... », très honnêtement ça ne m'aurait pas intéressé, je n'y serai pas allé ! Aujourd'hui c'est parce que on souhaite avoir un enfant que oui, là ça m'intéresse. Mais pour moi c'est plus au moment où les parents essaient d'avoir un enfant. La période avant, très honnêtement, je parle pour moi, ça n'aurait pas été viable. » H7*

#### Cibler l'âge sur lequel intervenir ? :

L'âge cible sur lequel intervenir pour sensibiliser les personnes à la consultation préconceptionnelle était très dépendante en fonction des personnes, de leur vécu et de leur histoire de vie.

*« Moi personnellement ce serait plus aux alentours de 30 ans qu'à 25 ans. Plutôt le faire quand on sera prêts. » F2*

*« C'est un peu bête de fixer un âge là-dessus, ça dépend vraiment des couples, des origines. Faudrait juste le proposer en supprimant le critère de l'âge. » F6*

#### **IV) DISCUSSION**

##### **1. Forces et limites de l'étude**

##### **1) Forces**

##### **Caractère original :**

La force de l'étude est l'originalité du thème abordé par les chercheurs, en donnant la parole à des chaque membre de couples, individuellement.

Les études sur lesquelles se sont basées les recommandations HAS portent essentiellement sur des populations de femmes ayant une maladie chronique, ou sur des interventions menées chez des femmes en cours de grossesse. Ici, la parole a été donnée à des individus sains des deux sexes, en amont ou aux prémices d'une grossesse, et avec un projet conceptionnel défini à court ou moyen terme.

##### **Méthodologie :**

La méthode qualitative est une méthode de recherche répondant à des critères de qualité. Dans cette étude, 30 critères sur les 32 proposés ont pu être remplis (17).

Le guide d'entretien a été évalué à plusieurs reprises notamment avec des enseignants-chercheurs qualifiés dans le domaine de la recherche qualitative.

Pour plus de fiabilité des données, il a été décidé d'alterner les genres chez les personnes interrogées avec une permutation des investigateurs au fil des entretiens, aussi il a été choisi des questions simples, neutres et ouvertes pour éviter la lassitude des personnes interrogées afin de limiter les biais méthodologiques.

##### **Analyse :**

Cette étude a été réalisée à deux chercheurs, permettant ainsi une triangulation des données et donc une meilleure validité de l'étude.

Le recours à un logiciel informatique pour l'aide au codage et à l'analyse des données (NVIVO) avait pour but d'être plus performant et de limiter les biais d'interprétation.

## **2) Limites**

### **Recrutement :**

L'inclusion des participants pouvait être biaisée par l'annonce du thème. En effet, tous les couples interrogés avaient programmé ce projet conceptionnel et étaient donc concernés par le sujet de l'étude. Les préoccupations et besoins des couples ayant une grossesse non prévue n'ont donc pas été explorés.

Concernant la méthode de recrutement, uniquement les usagers du soin étaient recrutés au sein de structures de soins. Cette option de recrutement a été choisie pour des raisons de faisabilité. Cela a donc malheureusement exclu les hommes et femmes sujets à des inégalités de recours au soins primaires, issus de milieux le plus souvent défavorisés, qui sont particulièrement concernés par la mortalité maternofoetale.

### **Population :**

L'échantillon final n'était pas suffisamment représentatif de la population générale car il manquait les catégories socio-professionnelles basses ou défavorisées. Les couples interrogés étaient, pour la plupart, issus du même milieu socio-économique. Il a été difficile de recruter des couples de bas niveau socio-économique malgré les sollicitations notamment auprès de Centres de Planification Familiale ainsi qu'au sein d'un centre de santé communautaire.

Les hypothèses face à ce constat sont multiples. Du côté des chercheurs, on peut supposer que l'affiche de recrutement n'ait pas été suffisamment motivante, et il est possible que la suffisance des données ait été atteinte du fait que les participants rencontrés faisaient partie de CSP intermédiaires à supérieures, et donc leurs discours se recoupaient. Cela dit, le seul



participant ayant un niveau d'étude pré-BAC n'a finalement pas accepté de rencontrer les chercheurs pour réaliser l'entretien, mettant en avant des difficultés organisationnelles malgré leurs flexibilité et adaptabilité. On peut imaginer un frein à s'entretenir avec des professionnels de santé sur ce thème.

Du côté de la population cible, il semble que la consommation des soins de prévention et que la fréquentation des structures de soins est moindre dans les milieux défavorisés. Il est possible que cela ait réduit les chances de recrutement au sein de cette population. Enfin, le nombre de grossesses non planifiées est plus important chez les couples ayant une situation sociale et économique moins favorisée (19), et l'étude était dirigée vers les couples ayant un projet de parentalité clairement établi.

Enfin, il est aussi probable que cette catégorie de population se sente moins concernée. Il est nécessaire de capter l'attention de ces personnes par un programme de soin ciblé, qui permettrait de mieux les accompagner et les encourager à adopter des changements dans leur mode de vie.

### **Recueil des données :**

Dans cette étude, un biais de désirabilité sociale peut être discuté. En effet, la consigne standardisée précisait la fonction des chercheurs en tant que "médecin généraliste" ce qui a pu influencer les réponses des informateurs.

## **2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature**

Ce travail a mis en évidence une anticipation du projet de la part des futurs parents rencontrés, notamment d'un point de vue d'organisation de vie personnelle. Ces derniers étaient sensibles à optimiser leurs chances de succès en conception et à garantir une bonne

santé à l'enfant à naître. Face à ces deux principaux éléments, on peut imaginer les sensibiliser à anticiper leur prise en charge en santé préconceptionnelle.

Il apparaît assez clairement que leurs préoccupations ne concernent pas uniquement la santé, mais plus des conseils en lien avec la parentalité et les modifications de vie à venir. Il existe déjà pour cela des entretiens prénataux, qui permettent d'aborder certaines de ces problématiques non strictement médicales (20).

D'un point de vue médical, il s'est avéré que les couples rencontrés maîtrisaient les principaux items de prévention inscrits dans les recommandations de la HAS (10). Cependant, ils les citaient souvent partiellement, et avec une disparité en termes de contenu d'un couple à l'autre. Donc, bien que certaines connaissances semblent acquises, elles restent incomplètes.

Les messages de santé publique sur les risques liés à la consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse semblent efficaces, car tous les couples y étaient sensibilisés.

Par contre, d'autres informations de prévention telles que le respect des règles hygiéno-diététiques, la mise à jour des vaccinations, la prise d'acide folique, gagneraient à être mieux véhiculés. (7,21)

La publicité d'état via les médias a été citée comme un moyen percutant et qui a fonctionné pour eux au sujet des risques liés à la consommation d'alcool et du tabac. Donc, des moyens de communication d'ordre public, auxquels les participants ont semblé être réceptifs, pourraient être mis en place.

Ensuite, Internet semblait être la première source d'information de par sa facilité d'accès et sa rapidité d'accès. Plusieurs couples ont évoqué l'utilité de créer un site internet officiel dédié qui regrouperait les informations indispensables pour les futurs parents. L'existence de sources certifiées rassureraient les futurs parents qui se disent souvent perdus dans le flot d'informations contenues sur internet et leur laisserait une part d'autonomie dans la gestion de

leur projet. En effet, les futurs parents sont à la recherche d'un équilibre entre autonomie et accompagnement. Ils ont besoin que leur liberté et particularité soit respectée dans la réalisation ce projet intime, mais manifestent un besoin d'informations et de conseils par des personnes qualifiées. Les canaux d'information doivent donc être adaptés à chacun en laissant place à l'auto-apprentissage, en lien avec le professionnel de santé pour renforcer leurs connaissances et les rassurer dans leurs démarches.

Un site internet dédié à cela est déjà mis en place en Suède répondant aux principales questions des couples. Si ces derniers en éprouvent le besoin ils peuvent être orientés vers les structures et les professionnels qualifiés (22).

Les limites de ces propositions sont le public auquel elles s'adressent, à savoir des personnes de milieu socio-économique favorisé, ayant accès aux nouvelles technologies et sachant utiliser internet.

Cette étude confirme, une fois de plus, que la consultation préconceptionnelle n'est pas assez connue des futurs parents. Les couples en ont une opinion plutôt favorable, mais nient le plus souvent leur appartenance au groupe cible pour ces soins, ne se considérant pas concernés. Ils pourraient se sentir plus concernés si elle s'adaptait à leurs propres problématiques. Des thèmes d'interrogations récurrents ont émergé tels que le fonctionnement des cycles menstruels, les troubles de la fertilité, les fausses couches, la PMA et ils mériteraient d'être abordés. En effet, ils pourraient servir de prétexte à une rencontre avec un professionnel de santé, où la consultation préconceptionnelle pourrait alors être réalisée.

Nous avons également constaté que cette CPC gardait son utilité chez les femmes ayant déjà eu des grossesses auparavant, les informations n'ayant pas ou peu été délivrées lors de la 1<sup>ère</sup> grossesse, et leur état de santé ayant pu évoluer entre les deux grossesses.

L'âge sur lequel intervenir pour la CPC n'a pas été tranché. Selon les participants, cette consultation serait pertinente dès lors que les futurs parents y seraient réceptifs, c'est à dire une fois le projet mûri. Ce moment est donc variable d'un individu à l'autre selon son parcours de vie. Cependant, le principe de prévention est de mener des actions en amont pour éviter la survenue de complications ou de pathologies. On pourrait proposer une information centrée sur la prévention et l'éducation, en commençant dès l'âge scolaire. L'Académie de Médecine évoque l'âge de 15 ans pour débiter une éducation en santé préconceptionnelle permettant aux jeunes adultes d'adopter un meilleur mode de vie pour le futur (23). D'ailleurs, il semblerait qu'une intervention sur les conseils hygiéno-diététiques dès l'adolescence pourrait avoir un bienfait sur la santé de la mère et de l'enfant (24).

Il semble primordial de proposer la CPC à plusieurs reprises au cours de la période de fertilité des couples, pour espérer intervenir à un moment où ils seraient réceptifs et donc plus à même d'adopter une meilleure hygiène de vie, et à se diriger vers un professionnel de santé pour un premier échange.

Concernant le choix du professionnel de santé perçu comme interlocuteur idéal pour aborder ce sujet, il s'est avéré que celui-ci était plus lié à une question de confiance qu'à un niveau d'expertise. Le médecin généraliste fait partie des intervenants privilégiés par son statut de professionnel de santé de premier recours. Néanmoins, la majorité des couples rencontrés méconnaissaient le champ d'action de leur médecin généraliste, et n'ont pas eu l'idée, ni éprouvé le besoin de le consulter en amont du projet. C'est encore plus marquant du côté des hommes rencontrés, qui avouaient avoir laissé leurs conjointes faire les démarches auprès des professionnels de santé.

Les couples rencontrés ont émis l'idée de déposer des affiches de promotion de la consultation préconceptionnelle dans les salles d'attente des médecins généralistes, afin

d'informer les patients et futurs parents de son existence. C'est une piste simple à appliquer, d'autant plus que des affiches existent déjà (25) (Annexe 4). Cependant, les couples rencontrés étaient des sujets sains, et reconnaissaient avoir très peu recours à leur médecin généraliste. Leur fréquentation des salles d'attente des cabinets où seraient diffusées ces affiches étant faible, en moyenne 1 fois/an, on imagine bien que cette piste d'action serait insuffisante.

Cependant, des travaux précédents focalisés sur le point de vue des professionnels ont mis en évidence que des médecins ressentent des difficultés à aborder le sujet de la CPC en partie du fait d'une méconnaissance des recommandations (26-27). Ils étaient demandeurs de formation sur ce thème, mais souhaitaient également que la population y soit sensibilisée. Donc, il serait pertinent de diffuser largement dans les deux sphères, professionnelle et population générale, l'existence de la CPC et ses modalités de réalisation afin d'être plus performants.

Certains pays Européens sont d'ailleurs plus avancés à ce sujet, et ont déjà fait par le passé des campagnes de sensibilisation. Par exemple, les Pays-Bas ont mis en place une consultation préconceptionnelle prise en charge par l'assurance maladie depuis 2010 (28).

Il pourrait être intéressant de s'en inspirer en France.

Une seconde piste à envisager serait l'envoi par l'Assurance Maladie d'invitation à réaliser une consultation dédiée aux individus en âge de procréer en s'inspirant de l'étude néerlandaise « Parents To Be » réalisée en 2006 (29). Dans cette étude, des femmes de 18 à 40 ans, volontaires et qui projetaient d'avoir un enfant dans l'année, étaient invitées par courrier à réaliser une CPC auprès de leur généraliste.

Enfin, il apparaît que les hommes se sentent moins concernés par la nécessité d'un bilan préconceptionnel. Cela est certainement lié à un manque d'information, car les hommes rencontrés étaient relativement investis dans le projet conceptionnel, et soucieux de bien faire.

On rappelle que la HAS préconise la réalisation du bilan préconceptionnel chez chaque membre du couple. Des études ont prouvé que l'alimentation du père, l'exposition à des toxiques environnementaux ou médicamenteux ont des répercussions sur la fertilité de l'homme mais aussi sur la santé de l'enfant à naître (16,30). Les soins préconceptionnels pour les hommes sont importants pour améliorer la planification familiale et améliorer la santé reproductive. Ils leur permettraient également d'améliorer leurs comportements en santé et de s'investir dans le bon déroulement de la grossesse, les préparant ainsi à la paternité.

Il semble enfin essentiel de valoriser le rôle du futur père, avant même la conception, dans une société en quête de parité ainsi que dans une dynamique d'égalité. Il serait utile de mener davantage de recherches sur le contenu d'une consultation qui leur serait dédiée et sur la manière de mettre en œuvre efficacement les soins préconceptionnels pour les hommes.

## V) CONCLUSION

Cette étude avait pour but de se concentrer sur les préoccupations et besoins des futurs parents en tant qu'usagers du soin afin de trouver des pistes d'amélioration en prévention, dans le domaine de la santé préconceptionnelle.

Il a été adopté une démarche empirique par les chercheurs qui se sont immergés dans la vie des couples porteurs d'un projet de vie familiale. Pour ce faire, une étude qualitative avec analyse thématique du discours a été menée auprès de 8 couples en désir de parentalité par entretien semi-dirigés, via un recrutement en structures de soins primaires.

Il a été mis en évidence que si les futurs parents prônent leur besoin d'autonomie dans la conduite de leur projet, ils expriment un besoin d'être rassurés et informés par des professionnels compétents.

Cette étude confirme que la consultation préconceptionnelle n'est pas assez connue. Les couples, plutôt favorables à sa réalisation, pourraient se sentir plus concernés si elle s'adaptait à leurs problématiques, notamment en prenant en compte une dimension psychologique.

Différents moyens ont été proposés pour promouvoir cette consultation dans la population générale avec par ordre de fréquence :

- Les publicités d'état : spots télévisés, distribution de brochures d'informations.
- Création d'un site internet officiel dédié à la santé préconceptionnelle à destination du grand public.
- Affiches de promotion de la consultation préconceptionnelle à déposer en salle d'attente des professionnels de santé.
- L'information et l'éducation aux moyens de prévention en santé préconceptionnelle vers la majorité dans les établissements scolaires.

- Réactualiser le bilan prénuptial en l'adaptant au mieux à notre société et inciter davantage les professionnels de santé à l'évoquer à leur patientèle.

On retiendra de ces propositions qu'une majoration et une multiplication des moyens de communications et la mise à disposition du grand public de supports de sources d'informations fiables et certifiées, pourraient inciter à sa réalisation.

Il apparaît crucial également d'agir sur la santé du futur père et de la valoriser dès la période préconceptionnelle. Il faudrait mieux l'inclure dans la prise en charge dès l'évocation du projet, et le rediriger vers un professionnel référent.

En parallèle, il faudrait améliorer la formation des professionnels de santé sur ce thème, leur dégager du temps de consultation en les gardant au cœur des programmes de prévention, et pourquoi pas envisager une revalorisation tarifaire de cette consultation, tout en remboursant entièrement les participants, comme le font déjà certains voisins Européens.

Aucune piste ne pourra fonctionner de manière isolée, et il semble nécessaire de déployer différents dispositifs conjointement pour obtenir une meilleure performance dans ce domaine.



## VI) BIBLIOGRAPHIE :

1. Bilan démographique 2018 - Insee Première - 1730. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693#titre-bloc-8>
2. Évolution de la population – Bilan démographique 2018 | Insee. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>
3. Taux de mortalité infantile en 2018 | Insee. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2383444>
4. Santé publique France - Mortalité maternelle : la baisse amorcée des décès par hémorragie se confirme mais des inégalités demeurent. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/Accueil-Presses/Tous-les-communiqués/Mortalité-maternelle-la-baisse-amorcée-des-décès-par-hémorragie-se-confirme-mais-des-inegalités-demeurent>
5. INSERM. Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM). Disponible sur: [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2015/01/Rapport\\_Mortalite\\_Maternelle2001-2006.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2015/01/Rapport_Mortalite_Maternelle2001-2006.pdf)
6. HAS Données épidémiologiques générales liées à la grossesse. 2012;10.
7. Enquête nationale périnatale Rapport 2016.
8. Larsen W, Brauer PR, Schoenwolf GC, Francis-West P. Embryologie humaine. De Boeck Supérieur; 2017. 563 p.
9. Raynal P. La consultation préconceptionnelle. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. juill 2010;38(7-8):481-5.
10. HAS Projet de grossesse: informations, messages de prévention, examens à proposer. Disponible sur: [https://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010\\_01/projet\\_de\\_grossesse\\_informations\\_messages\\_de\\_prevention\\_examens\\_a\\_proposer\\_-\\_fiche\\_de\\_synthese.pdf](https://www.has.sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010_01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_fiche_de_synthese.pdf)
11. Ray JG, O'Brien TE, Chan WS. Preconception care and the risk of congenital anomalies in the offspring of women with diabetes mellitus: a meta-analysis. :10.
12. Czeizel AE. Experience of the Hungarian Preconception Service between 1984 and 2010. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. mars 2012;161(1):18-25.
13. Weisman CS, Hillemeier MM, Downs DS, Feinberg ME, Chuang CH, Botti JJ, et al. Improving Women's Preconceptional Health: Long-Term Effects of the Strong Healthy Women Behavior Change Intervention in the Central Pennsylvania Women's Health Study. Women's Health Issues. juill 2011;21(4):265-71.
14. Paradis S, Ego A, Bosson J-L. Preconception care among low-risk mothers in a French perinatal network: Frequency of utilization and factors associated. Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction. sept 2017;46(7):591-6.

15. Brun LL. Le vécu des futurs pères pendant la grossesse. 2015;79.
16. Rousseau Ralliard D, Levy R, Tarrade A, Chavatte-Palmer P. Programmation foétale : la part du père dans l'impact périconceptionnel. *Annales d'Endocrinologie*. 1 sept 2015;76(4):293-4.
17. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. déc 2007;19(6):349-57.
18. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer [Internet]. De Boeck; 2014.
19. Alexandre L, Valérie F, Caroline L, Catherine E-K. Grossesses non prévues en Île-de-France. Observatoire régional de santé Île-de-France. Juin 2019
20. HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité - Recommandations HAS . 2005. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)
21. Toivonen KI, Lacroix E, Flynn M, Ronksley PE, Oinonen KA, Metcalfe A, et al. Folic acid supplementation during the preconception period: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. 2018;114:1-17.
22. Reproductiv livsplan - en plan för framtiden. Reproductiv Livsplan.. Disponible sur: <http://www.reproduktivlivsplan.se/fr/plan-de-vie-en-matiere-de-conception/>
23. Académie Nationale de Médecine. Prévention des risques pour l'enfant à naître. Nécessité d'une information bien avant la grossesse. Académie nationale de médecine 2006. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/06-06-prevention-des-risques-pour-lenfant-a-naitre-necessite-dune-information-bien-avant-la-grossesse/>
24. Baxter J-AB, Wasan Y, Soofi SB, Suhag Z, Bhutta ZA. Effect of life skills building education and micronutrient supplements provided from preconception versus the standard of care on low birth weight births among adolescent and young Pakistani women (15-24 years): a prospective, population-based cluster-randomized trial. *Reprod Health*. 31 mai 2018;15(1):104.
25. Un projet de bébé ? Un réflexe : je consulte ! | PremUp. Disponible sur: <https://premup.org/fra/un-projet-de-bebe-un-reflexe-je-consulte>
26. Boruchot B, Santana P, Université Paris Diderot - Paris 7, Université Paris Diderot - Paris 7, UFR de médecine. Consultation préconceptionnelle en médecine générale: étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes d'Ile-de-France. [S.l.]: [s.n.]; 2009.
27. Valin MS, Université de Rouen - État des lieux et freins de la consultation préconceptionnelle chez les médecins Haut-Normands en 2017 Disponible sur: <https://hal-normandie-univ.archives-ouvertes.fr/dumas-01760456/>
28. van der Zee B, de Beaufort I, Temel S, de Wert G, Denktas S, Steegers E. Preconception care: an essential preventive strategy to improve children's and women's health. *J Public Health Policy*. août 2011;32(3):367-79.

29. Elsinga J, van der Pal-de Bruin K, le Cessie S, de Jong-Potjer L, Verloove-Vanhorick S, Assendelft W. Preconception counselling initiated by general practitioners in the Netherlands: reaching couples contemplating pregnancy [ISRCTN53942912]. *BMC Fam Pract.* 7 juill 2006;7:41.
30. Lucas ES, Watkins AJ. The Long-Term Effects of the Periconceptional Period on Embryo Epigenetic Profile and Phenotype; The Paternal Role and His Contribution, and How Males Can Affect Offspring's Phenotype/Epigenetic Profile. *Adv Exp Med Biol.* 2017;1014:137-54.

## ANNEXE 1 : GRILLE COREQ

<b>Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion</b>		
<u>Caractéristiques personnelles</u>		
1	Enquêteurs	1) BROUSSOUX Virginie 2) ROSSARY Luc
2	Titres académiques	Internes en médecine générale
3	Activité	Médecins généralistes remplaçants
4	Genre	Femme et Homme
5	Expérience et formation	Participation à 2 séminaires d'initiation à la recherche qualitative. Première expérience dans le domaine de la recherche qualitative.
<u>Relations avec les participants :</u>		
6	Relation antérieure	Entretien n°1 réalisé sur un couple de connaissances d'un des 2 investigateurs.
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Cadre de la recherche : thèse d'exercice. Statut des investigateurs rappelés par consignes standardisée
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Intérêt pour la prévention en soins primaires, en tant que médecins généralistes. Connaissance des grands axes de prévention avant d'initier un projet conceptionnel. Il était supposé que les préoccupations des personnes autour de ce sujet étaient très variables selon leur parcours de vie, et leur origine socio-économique et culturelle.
<b>Domaine 2 : Conception de l'étude</b>		
<u>Cadre théorique</u>		
9	Orientation méthodologique et théorie	Analyse thématique du discours.
<u>Sélection des participants</u>		
10	Échantillonnage	Recherche de variation maximale, sélection dirigée, non aléatoire, de personnes volontaires.
11	Prise de contact	Par mail et par téléphone. Recrutement en soins primaires, sur volontariat via affiches et demande directe par professionnels de santé. Affiches en salle d'attente et information aux professionnels de santé (informateurs-relai faisant parti du réseau des chercheurs).
12	Taille de l'échantillon	Jusqu'à suffisance des données.

13	Non-participation	Trois refus de couple après acceptation.
<u>Contexte</u>		
14	Cadre de la collecte de données	Domicile, cabinet médical, visio-conférence (un entretien).
15	Présence de non participants	Un nourrisson.
16	Description de l'échantillon	15 entretiens ont été réalisés de Novembre 2018 à Juillet 2019. 6 participants de sexe masculin, et 9 de sexe féminin. Ils étaient âgés de 27 à 39 ans.
<u>Recueil des données</u>		
17	Guide d'entretien	Élaboré par les 2 chercheurs. 4 versions successives ont été élaborées. 1ère version discutée avec directrice de thèse, puis avec les enseignants-chercheurs au cours d'un séminaire, puis après acceptation de la fiche projet de thèse, et enfin amélioré après 2 entretiens.
18	Entretiens répétés	Non
19	Enregistrement audio/visuel	Audio via smartphone.
20	Cahier de terrain	
21	Durée	Entre 12 et 45 minutes.
22	Seuil de saturation	Il a été choisi de parler de suffisance des données.
23	Retour des retranscriptions	Uniquement à la demande des participants.
<b>Domaine 3 : Analyse et résultats</b>		
<u>Analyse des données</u>		
24	Nombre de personnes codant les données	Les deux enquêteurs ont codé les données. Séparément puis en confrontant leur codage.
25	Description de l'arbre de codage	
26	Détermination des thèmes	Thèmes déterminés à partir des données (analyse thématique).
27	Logiciel	Recours à un logiciel d'aide à l'analyse qualitative (NVIVO).
28	Vérification par les participants	Certains couples ont exprimé le souhait de voir la thèse finale, qui leur sera transmise.
<u>Rédaction</u>		
29	Citations présentées	Des citations des participants ont été utilisées pour

		illustrer nos résultats. Les participants étaient anonymisés et identifiés par un code H pour homme, F pour Femme et avec un numéro correspondant à l'ordre chronologique des entretiens.
30	Cohérence des données et des résultats	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Les thèmes principaux ont été présentés clairement dans les résultats. Chaque thème était présenté comme titre de paragraphe le développant, donc dégagé du reste de la rédaction.

## ANNEXE 2 : GUIDES D'ENTRETIENS

### 1) Guide d'entretien n°1

#### Introduction :

Présentation des chercheurs

Présentation du projet avec respect de l'anonymat des personnes interrogées.

#### Début d'entretien :

1. Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ?

*Recueillir au moins : Age / lieu de vie / profession / origine / parité*

2 – Jugez-vous utile de consulter un professionnel de santé avant de devenir parent ? Pouvez-vous justifier votre réponse ?

*- Obstacles ? Freins ? Appréhension ? Intérêt ?*

*- Quelle serait votre attente vis à vis des professionnels de santé ?*

*- Vers qui vous tourneriez vous préférentiellement pour aborder ce sujet ?*

3- Quels thèmes voudriez-vous aborder au cours de cet entretien avec le professionnel de santé ?

4 - Qu'est-ce qui vous semble important à faire avant de se lancer dans un projet d'enfant ?

*- Avez-vous une idée des choses néfastes pendant la grossesse ? / Qu'est-ce qu'il vaut mieux éviter ?*

5- Pensez-vous être suffisamment informé de la marche à suivre / des démarches lors d'un désir d'enfant ?

*- Avez-vous déjà entendu parler de « consultation préconceptionnelle » (le chercheur en explique le principe quelle que soit la réponse)*

6- Auriez-vous des suggestions à faire pour encourager les couples à consulter un médecin avant un désir d'enfant ?

*- Comment informer ? Courrier/internet/affiches/consultation systématique ... ?*

*- Que penseriez-vous d'une consultation systématique pour les hommes et les femmes qui pourrait aborder ce sujet ?*

## 2) Guide d'entretien final

### **Introduction :**

Tout d'abord merci d'avoir accepté de me rencontrer aujourd'hui.

Je me présente brièvement, je m'appelle Virginie Broussoux/ Luc Rossary, je suis médecin généraliste en fin d'études à la faculté de Grenoble. J'effectue un travail de recherche pour ma thèse de doctorat en médecine générale, qui concerne les préoccupations des couples ayant un projet de parentalité dans notre société.

C'est pourquoi j'aimerais vous poser quelques questions afin d'avancer dans notre réflexion.

Je pourrai vous en dire plus en fin d'entretien si vous le souhaitez, mais pour le moment je ne souhaite pas trop en dire pour ne pas orienter ou influencer vos réponses.

Je n'émettrai aucun jugement, vous pouvez parler librement. Ça n'est pas un questionnaire avec de bonnes ou mauvaises réponses, j'aimerais en savoir un peu plus sur les idées qui traversent les pensées des futurs parents.

Si vous êtes d'accord, je vais enregistrer notre échange afin de pouvoir l'analyser par la suite. Je vous garantis que votre anonymat sera préservé.

Nous allons commencer.

N'hésitez pas à me faire répéter ou reformuler si je n'ai pas été clair(e). Vous pouvez m'interrompre à tout moment si besoin. Avez-vous une question avant de nous lancer ?

### **Début d'entretien :**

Vous avez répondu à notre demande d'entretien car vous envisagez de devenir parents.

1) Depuis quand envisagez-vous ce projet avec votre conjoint ?

*Y a-t-il des événements particuliers de votre vie qui vous ont incité à vous lancer dans ce projet ?*

2. Avez-vous des interrogations par rapport à la grossesse et la naissance à venir ?  
Pouvez-vous développer ?



3. Qu'est-ce qui vous semble important à faire avant de se lancer dans un projet d'enfant ?
4. Selon vous, qu'est-ce qu'il vaut mieux éviter lorsqu'on attend un bébé, en ce qui concerne la santé de la maman et de futur bébé ?
5. Que pensez- vous de la généralisation d'une consultation d'un professionnel de santé avant de devenir parents ?
  - *Quelles seraient vos attentes vis à vis des professionnels de santé ?*
  - *Vers qui vous tourneriez vous en 1er lieu pour aborder ce sujet ?*
  - *Quels thèmes préférentiels voudriez-vous aborder au cours de cet entretien ?*
6. Auriez-vous des suggestions à faire pour encourager les couples à consulter un professionnel de santé avant un désir d'enfant ?
  - *Et comment vous informeriez la population de la possibilité de voir quelqu'un ?*

Relance :

Que pensez-vous d'une consultation de prévention proposée aux hommes et aux femmes, et qui pourrait aborder ce sujet ?

7. Notre question de recherche était d'analyser les préoccupations des couples ayant un projet de parentalité, avez-vous des choses à ajouter suite à nos discussions précédentes ?

Si vous le permettez, j'aimerais obtenir certains renseignements vous concernant

- Quel âge avez-vous ?
- Où vivez-vous ?
- Quelle est votre situation/parcours professionnel ?
- A quelle fréquence consultez-vous des professionnels de santé ?

# FICHE D'INFORMATION

## Vous êtes seul ou en couple et avez un projet d'enfant?

Nous souhaiterions vous rencontrer pour échanger sur ce sujet

### Qui sommes nous ?

Mme Broussoux Virginie et Mr Rossary Luc, étudiants en doctorat de médecine générale à l'université Grenoble-Alpes.

### Quelle est cette étude ?

Travail de recherche dans le cadre d'une thèse de médecine générale sur le thème de la parentalité et de la santé préconceptionnelle. Sous la direction du Dr S. Paradis.

### Mentions légales :

Ces entretiens resteront anonymes. Vous signerez une fiche de consentement avant le début de l'entretien et vous êtes libres de vous rétracter à tout moment. Il n'y aura aucune participation financière de votre part

### En quoi consiste votre participation ?

Il s'agit de participer à des entretiens individuels enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Nous échangerons ensemble sur les préoccupations autour d'une future parentalité. Durée de 20 minutes en moyenne adaptable en fonction de vos besoins.

### Où et quand ?

Chaque personne du couple serait rencontrée au même moment dans un lieu et une date que nous fixerions ensemble selon les disponibilités et possibilités de chacun.

### Vous souhaitez participer ? Comment faire ?

Si vous êtes intéressés ou que vous souhaitez de plus amples informations, vous pouvez nous contacter par mail ou par téléphone :

#### Virginie Broussoux :

[Données à caractère personnel]

#### Luc Rossary :

[Données à caractère personnel]

# ENVIE D'UN BÉBÉ? VITE UN CHECK-UP!



Nous consultons  
un professionnel  
de santé.  
Nous nous  
donnons toutes  
les chances de vivre  
une belle grossesse  
et d'avoir un enfant  
en bonne santé!


RENDEZ-VOUS SUR  
[WWW.SWEETBYPREMUP.ORG](http://WWW.SWEETBYPREMUP.ORG)



## ANNEXE 5 : ENTRETIENS

**E : Enquêteur / I : Informateur**

[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

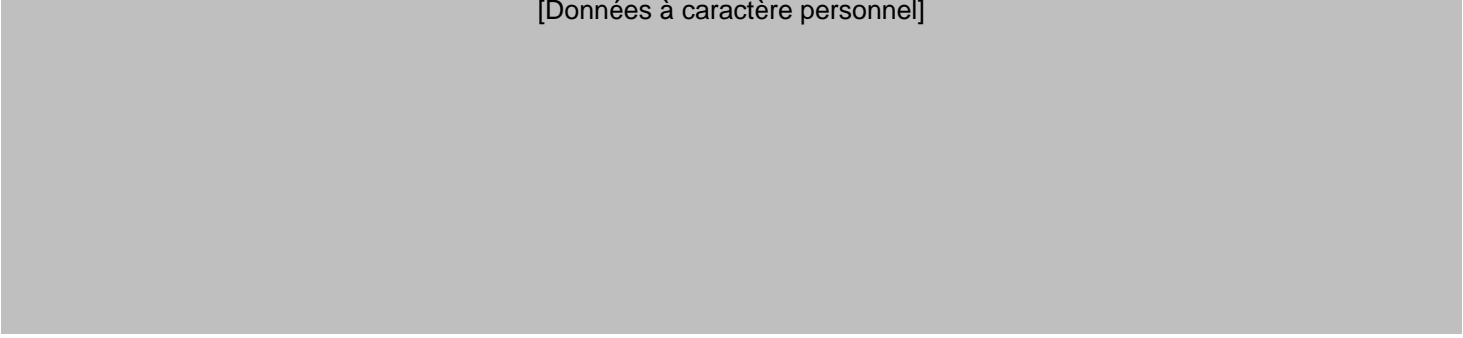
[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]



[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]

[Données à caractère personnel]