

Année 2017

2017 TOU3 1083

2017 TOU3 1084

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Annabelle BOSCH

Elodie JELSCH DEBAR

Le 27 Juin 2017

**APRÈS LA CONSULTATION PRÉCONCEPTIONNELLE,
PAROLES DE FEMMES :
RECHERCHE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS**

Directeur de thèse : Madame le Dr Christine CERNA

JURY :

Monsieur le Professeur Olivier PARANT

Président

Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Assesseur

Monsieur le Docteur Bruno CHICCOULA

Assesseur

Madame le Docteur Christine CERNA

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURS Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
POUTRAIN Jean-Christophe

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STŌWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOUAAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

Octobre 2016

REMERCIEMENTS COMMUNS

Aux membres de notre jury,

Monsieur le Professeur Olivier PARANT

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Gynécologie Obstétrique

Merci d'avoir accepté d'être le président du jury de notre thèse. Nous vous remercions de l'attention et de l'investissement que vous avez porté à notre travail. Nous ne pouvons que souligner votre expertise dans ce domaine. Soyez assuré de notre gratitude.

Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU

Maître de Conférences Universitaire

Maître de stage Universitaire

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury de thèse. Nous vous remercions pour vos conseils lors de l'élaboration de ce travail ainsi que pour la qualité de vos formations en recherche qualitative.

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Maître de stage Universitaire

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Merci d'avoir accepté de juger notre travail. Nous vous en sommes reconnaissantes et honorées.

Madame le Docteur Christine CERNA

Directrice de thèse

Maître de stage Universitaire

Praticien Ambulatoire de Médecine Générale

Merci pour votre dévouement, votre patience et votre aide tout au long de ce travail. Lors de nos réunions de thèse vous avez toujours su trouver les mots et les gestes lorsque les moments de doute s'installaient. Merci d'avoir pris le temps de nous accompagner dans ce difficile parcours permettant de passer du statut d'étudiants à celui de docteurs. Travailler avec vous fut une expérience enrichissante.

Et un grand merci à votre fille pour sa relecture précieuse de notre résumé en anglais !

A celles qui ont participé au recrutement,

Aux Docteurs CERNA, FREVILLE, FREYENS, LATROUS et ROUJAS, à Florence DURRIEU, à Laëtitia DONNADIEU et Cyrielle MARCHI et enfin, à Emilie TURBIEZ.

Merci d'avoir pris le temps de nous aider dans ce travail, sans vous il n'aurait pas pu voir le jour. Un immense merci pour votre implication et contribution.

A ces femmes qui ont accepté de nous rencontrer,

Merci d'avoir pris le temps de répondre à nos questions, merci de votre accueil et de vos confidences. Recevez l'expression de nos plus sincères remerciements. Nous vous souhaitons le meilleur pour l'avenir.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	11
INTRODUCTION.....	12
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	14
I. Type d'enquête.....	14
1. Phase exploratoire	14
2. Choix de la méthode qualitative	14
II. Population cible et recrutement.....	15
1. Choix de la population	15
2. Méthode de recrutement.....	15
III. Guide d'entretien.....	16
1. Élaboration du guide.....	16
2. Éthique	17
IV. Recueil des données	17
V. Analyse des données	18
RÉSULTATS.....	19
I. Caractéristiques de l'échantillonnage.....	19
II. Nombre d'entretiens réalisés et saturation des données	19
III. Le vécu du déroulement de la consultation préconceptionnelle	20
1. Les modalités.....	20
a. Méconnaissance	20
b. Occasion.....	20
c. Initiative	21
d. Préparation	21
e. Caractéristiques	22
f. Par qui ?	23
g. Public cible	23
h. Place de l'homme selon les femmes	24
2. Le contenu.....	26
a. Objectifs de la consultation	26
b. Informations inattendues	27
c. Informations marquantes.....	28
d. Risques identifiés	28
e. Examen physique	30
f. Attitude du professionnel.....	31
3. Retentissement.....	32
a. Apprentissage	32
b. Point de vue	33
IV. L'IMPACT DE LA CONSULTATION.....	34
1. Émotions ressenties	34
a. Perceptions positives.....	34
b. Perceptions négatives.....	35
c. Le ressenti sur la consultation.....	36
d. Perceptions vécues à deux.....	37
2. Changements induits.....	38
3. Influence directe de la consultation préconceptionnelle	38

4.	Discussion sur le bien-fondé de la consultation préconceptionnelle.....	39
a.	Consultation légitime et pertinente.....	39
b.	Médicalisation superflue.....	40
V.	LES ATTENTES DES FEMMES	40
1.	Sur le cadre de la consultation.....	40
a.	Certaines caractéristiques.....	40
b.	Le moment idéal pour faire la consultation.....	41
2.	Sur le contenu de la consultation.....	43
a.	Les informations manquantes.....	43
b.	Les informations souhaitées.....	44
c.	Un thème émergent.....	45
3.	Sur le professionnel de santé.....	46
a.	Missions demandées.....	46
b.	Qualités souhaitées.....	48
c.	Doléances sur le professionnel.....	48
d.	Place du professionnel de santé.....	49
i.	La force du suivi.....	49
ii.	La nécessité de faire la part des choses.....	49
4.	Sur la communication au cours de la consultation.....	50
a.	La façon de communiquer.....	50
b.	Les sources d'informations.....	51
c.	Les supports d'informations.....	51
d.	La promotion.....	52
	DISCUSSION	54
I.	Critiques de la méthode	54
1.	Forces de l'étude.....	54
2.	Limites de l'étude.....	54
a.	Biais d'échantillonnage.....	54
b.	Biais de recrutement.....	55
c.	Biais liés aux enquêtrices.....	56
d.	Biais d'interprétation.....	56
II.	Une consultation plébiscitée.....	57
1.	Adhésion.....	57
2.	Étape de la grossesse.....	57
3.	Suivi préconceptionnel.....	58
III.	La femme au cœur de la préconception.....	59
1.	Volonté d'explications et de supports.....	59
2.	Individualiser l'information.....	60
3.	Inquiétudes sur leur fertilité.....	60
4.	L'homme, simple spectateur ?.....	61
IV.	Améliorer la promotion	62
1.	En parler.....	62
2.	Force du médecin généraliste.....	63
3.	La promotion par le corps médical passe par une meilleure formation.....	63
4.	À plus grande échelle.....	65
	CONCLUSION.....	67
	BIBLIOGRAPHIE	69

ANNEXES.....	75
I. Annexe : Lettre explicative à destination des professionnels de santé	75
II. Annexe : Guide d'entretien première version.....	76
III. Annexe : Guide d'entretien deuxième version	78
IV. Annexe : Guide d'entretien troisième version.....	80
V. Annexe : Formulaire de consentement de participation libre à notre étude	82
VI. Annexe : Formulaire d'information délivré aux participants	83
VII. Annexe : Avis de la commission éthique du DUMG de Midi-Pyrénées.....	84
VIII. Annexe : Extrait du tableau d'analyse	85
IX. Annexe : Caractéristiques de l'échantillon	86

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BP : Brevet Professionnel

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale

FCS : Fausse Couche Spontanée

HAS : Haute Autorité de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

SUDOC : Catalogue du Système Universitaire de Documentation

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

INTRODUCTION

Depuis dix ans maintenant, la consultation préconceptionnelle remplace l'examen médical du certificat prénuptial devenu obsolète dans ses objectifs et peu efficace parce que conception ne rime plus forcément avec mariage.

Cette consultation a pour principal objectif d'accompagner les couples dans leur projet de conception d'un enfant en délivrant des informations mais aussi des messages de prévention et en proposant des interventions adaptées si nécessaire (1).

Nous savons aujourd'hui que prendre en charge certains facteurs de risque en période préconceptionnelle entraîne une baisse significative de la morbi-mortalité maternelle et surtout infantile (2) (3) (4) (5). Nous retrouvons cette même conclusion dans la thèse de Christoph qui a étudié l'impact d'une journée d'éducation thérapeutique en période préconceptionnelle chez des femmes diabétiques, à Toulouse. Elle a montré une diminution du taux d'issues défavorables des grossesses (6).

Deux caractéristiques maternelles en augmentation sont préoccupantes : le pourcentage de femmes obèses et celui des grossesses tardives après 35 ans. Ces facteurs de risques sont identifiables en préconception. On note aussi une hausse du taux de naissances prématurées ces dernières années, la France étant au 10^{ème} rang en Europe, par ordre croissant (7) (8) (9) (10). Ces arguments disent tout l'intérêt que doivent représenter dépistage et prévention en préconceptionnel pour tous les professionnels de santé.

98% des couples sont concernés par la consultation préconceptionnelle, selon une étude néerlandaise (11). Parallèlement, il a été démontré que le projet d'enfant est une période favorable à la réceptivité des messages d'éducation et de prévention primaire et aux changements de comportements (12) (13).

Tous ces arguments concourent à rendre cette consultation pertinente et précieuse pour les professionnels de santé, mais aussi bienvenue pour les patientes.

Et pourtant, bien que son bénéfice soit démontré, elle reste aujourd'hui assez peu réalisée. Dans sa thèse, Girin constate que seulement 40 % des femmes se rappellent avoir parlé de santé préconceptionnelle avec leur médecin (14).

Les recommandations rédigées par l'HAS en 2009 (15) répondent-elles aussi aux demandes de nos patientes ? Y-a-t-il un désintérêt de la part des femmes ? La trouvent-elles inutile ? Pourquoi venir consulter alors que nous ne sommes pas malade ?

Lorsqu'elle est réalisée, comment est-elle perçue par les femmes ? Comment l'améliorer pour répondre au mieux à leurs attentes ?

L'objectif principal de notre étude est de donner la parole aux femmes pour explorer leur ressenti après cette consultation préconceptionnelle. Mieux comprendre ainsi leurs attentes pour mieux les prendre en charge est l'objectif secondaire de cette recherche qualitative.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

I. Type d'enquête

1. Phase exploratoire

Une recherche bibliographique a été menée sur le thème de la grossesse et plus précisément sur la période qui la précède : la préconception.

Concernant la consultation préconceptionnelle, les données de la littérature sont unanimes pour reconnaître son efficacité en terme de prévention d'effets indésirables sur la grossesse et aussi sur l'amélioration de la morbi-mortalité maternelle. Or, en pratique, cette consultation n'est que peu réalisée.

A partir de ces données validées de la littérature, il nous a semblé utile d'aller plus loin en étudiant le ressenti des femmes ayant effectué cette consultation afin d'améliorer notre façon de les prendre en charge.

Ce travail a été mené en utilisant les bases de données PubMed[©], EM Premium[©], Google Scholar[©] et le SUDOC. Plusieurs équations de recherche ont été soumises, en français et en anglais : « consult* + préconception* + femme », « consult* + préconception* + ressenti », « preconception care AND emotion », « preconception care AND awareness » et encore, « preconception care AND assessment, benefit risk ».

Les bibliographies des travaux retrouvés nous ont également permis d'élargir nos recherches.

2. Choix de la méthode qualitative

Notre travail consistait à explorer le vécu des participantes, ce qui selon notre recherche bibliographique avait fait l'objet de peu d'études. Pour ce faire, l'analyse qualitative semblait la plus appropriée, en s'intéressant à la façon dont les patientes avaient vécu cette consultation, en avaient appréhendé l'intérêt et allaient verbaliser leurs attentes et leurs besoins ressentis, a posteriori.

La recherche qualitative « *basée sur l'observation et l'écoute, mettant en valeur le discours et les attitudes des personnes interrogées ou observées* » (16) nous a semblé être la plus adaptée.

C'est pourquoi nous avons choisi la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés, au cours desquels les femmes devaient se sentir libres d'exprimer leur point de vue, leur ressenti et leurs émotions.

II. Population cible et recrutement

1. Choix de la population

La population cible de l'étude concernait des femmes en âge de procréer, originaires de la Haute-Garonne et du Tarn-et-Garonne, ayant eu une consultation préconceptionnelle récente par un professionnel de santé. Un délai de trois mois maximum a été fixé entre le moment de la consultation et l'entretien afin d'optimiser le souvenir de la consultation et des informations reçues.

Afin de diversifier les profils des participantes et d'obtenir un échantillon varié nous avons utilisé les critères suivants : l'âge, la situation familiale et la parité, le milieu et le mode de vie, la présence de pathologies personnelles ou familiales.

2. Méthode de recrutement

Les personnes ressources pour le recrutement ont été des médecins généralistes installés ou remplaçants, des internes de médecine générale et des sages-femmes.

Ces professionnels ont été informés par contact électronique et par le biais d'une fiche d'information leur expliquant notre recherche (Annexe I).

Nous avons, dans un premier temps, sollicité l'URPS afin d'envoyer notre sujet de recherche à tous les médecins de la région Midi-Pyrénées. Devant des difficultés liées à la fusion des URPS régionales et le refus de transférer notre sujet de recherche aux médecins de Midi-Pyrénées, nous avons donc utilisé nos réseaux personnels puis le recrutement s'est poursuivi par effet boule de neige. Deux mails de relance ont été envoyés aux professionnels recruteurs.

Nous avons fait le choix de ne pas mettre d'affichage en salles d'attente car bien souvent, les patientes méconnaissent le terme de « consultation préconceptionnelle », comme l'a confirmé notre étude.

Les femmes ayant donné leur accord au professionnel recruteur ont ensuite été contactées par téléphone par l'une des deux chercheuses pour vérifier les critères d'inclusion et planifier un rendez-vous.

III. Guide d'entretien

1. Élaboration du guide

Le guide débutait par un rappel de l'étude, des modalités de l'enregistrement et du respect de l'anonymat.

Ensuite, des questions générales sur l'âge, le milieu et mode de vie, la situation familiale et les antécédents médicaux étaient posées.

Nous initiions l'entretien par deux questions générales, dites « brise-glace » portant sur le but et le contexte de la consultation préconceptionnelle effectuée.

Pour ne pas induire de réponses attendues, nous nous sommes attachées à poser des questions ouvertes, utilisant des phrases de relance et la reformulation lorsque c'était nécessaire.

Puis le guide comprenait quatre grandes parties :

- Place du père
- Thématiques importantes :
 - Alimentation, activité physique, automédication
 - Toxiques : alcool, tabac, drogues
 - Risques professionnels
 - Violences, maltraitances
- État des connaissances après la consultation
- Organisation de la consultation

Une première version du guide d'entretien (Annexe II), réalisée à partir des données de la littérature et des interrogations des deux chercheuses, a été validée par la directrice de thèse.

Il a été testé lors de l'entretien E0 que nous avons retranscrit sans l'analyser.

Le guide a évolué au fur et à mesure et a été modifié une première fois (Annexe III) puis une dernière fois (Annexe IV) après les six premiers entretiens, afin d'explorer tous les champs de la question de recherche.

2. Éthique

Au début de chaque entretien, les participantes signaient un formulaire de consentement (Annexe V), nous leur rappelions que l'ensemble des données recueillies était anonymisé et qu'elles avaient la possibilité de retirer leur consentement à tout moment (Annexe VI).

Le protocole de recherche, le formulaire de consentement et le formulaire d'information à destination des femmes ont été validés par la Commission Éthique du DUMG de Midi-Pyrénées (Annexe VII).

IV. Recueil des données

Le recueil des données a été effectué par entretiens individuels semi-dirigés, en face à face (une seule enquêtrice), sur le lieu choisi par les participantes.

Cela a permis d'instaurer un climat de confiance et d'intimité pour aborder les ressentis et laisser s'exprimer librement les attentes.

Il s'agissait le plus souvent du domicile ou de lieux neutres (café, restaurant). Le moment du recueil était défini en fonction des disponibilités de l'enquêtée et de l'enquêtrice.

Les entretiens ont été enregistrés sur les dictaphones des téléphones portables respectifs des enquêtrices.

Pour chaque entretien, des notes ont été prises concernant le contexte d'énonciation : les modalités de recrutement, les conditions d'entretien, les comportements des différents protagonistes et le versant non verbal. Les notes d'observation ont été retranscrites immédiatement après le recueil sonore pour rester fidèle au contexte d'énonciation.

Le contenu de l'entretien étant principalement déclaratif, l'observation est plus globale, s'inscrivant dans la réalité du terrain.

V. Analyse des données

Chaque entretien a été retranscrit fidèlement et en totalité par l'enquêtrice l'ayant réalisé, en prenant en compte le contexte d'énonciation.

Analyser le contenu d'un verbatim, c'est transformer du vécu en langage. Nous nous sommes attachées à ne pas interpréter les propos des femmes dans notre travail de retranscription littéral et intégral.

Nous avons réalisé une analyse thématique de ces données, en nous aidant du contexte d'énonciation. Le découpage en unités de sens et le codage ont été effectués séparément par chacune, avant mise en commun dans un tableur Excel[®] partagé en ligne (Annexe VIII), permettant une double lecture systématique. Le double codage des données permet de gagner en validité externe. Puis nous avons regroupé les codes en sous-catégories puis en catégories conceptuelles, permettant ainsi l'émergence de thèmes répondant à la question de recherche.

Une triangulation des données s'est effectuée tout au long de l'étude entre les deux enquêtrices et le tableau d'analyse en s'appuyant sur la relecture des entretiens. Cette double lecture et double analyse permettaient d'augmenter la validité interne de l'étude.

En cas de désaccord entre les chercheuses, la directrice de thèse donnait son avis pour parvenir à un consensus.

Nous avons examiné notre posture tout au long du travail de thèse en nous détachant de notre statut d'interne ou de médecin afin de recueillir et d'analyser objectivement les paroles reçues.

L'arrêt des entretiens a été possible une fois la saturation théorique des données atteinte, c'est-à-dire lorsque le dernier entretien n'a plus apporté d'élément nouveau en rapport avec notre question de recherche (16).

RÉSULTATS

I. Caractéristiques de l'échantillonnage

Le talon sociologique (Annexe IX) résume l'intégralité des caractéristiques des femmes interrogées.

Nous avons interrogé dix femmes ayant bénéficié d'une consultation préconceptionnelle par un professionnel de santé. Six femmes ont été recrutées par des médecins généralistes, une femme par une interne de médecine générale, deux femmes par une sage-femme et une femme était une connaissance d'une amie d'une des enquêtrices.

Elles étaient âgées de 24 à 34 ans, l'âge moyen était de 30 ans. Quatre femmes étaient mariées sans enfant, deux étaient mariées avec enfants. Une était pacsée sans enfant, une pacsée avec enfants et deux vivaient en concubinage sans enfant. Cinq femmes étaient enceintes au moment de l'entretien.

L'échantillon était varié en matière de lieu de vie, habitant en Haute-Garonne et en Tarn-et-Garonne, quatre d'entre elles vivaient en ville, quatre en milieu semi-urbain et deux en milieu rural.

Leurs situations professionnelles étaient également variées : deux femmes avaient un baccalauréat professionnel, trois femmes étaient titulaires d'un diplôme bac + 2, une femme d'un bac + 4 et quatre femmes avaient un bac + 5.

Une femme était atteinte d'une maladie chronique, la maladie de Crohn. Une femme avait un antécédent de fausse couche spontanée tardive.

II. Nombre d'entretiens réalisés et saturation des données

Nous avons réalisé dix entretiens semi-dirigés entre Mai 2016 et Mars 2017, dans les départements de la Haute-Garonne et du Tarn-et-Garonne.

La durée des entretiens était comprise entre 14 et 49 minutes, la moyenne étant de 26 minutes.

Deux entretiens se sont déroulés en présence des conjoints, les huit autres ont été réalisés en tête à tête avec la femme.

La saturation théorique des données a été atteinte au bout de huit entretiens, confirmée par la réalisation de deux entretiens supplémentaires.

III. Le vécu du déroulement de la consultation préconceptionnelle

1. Les modalités

a. Méconnaissance

La majorité des femmes ne connaissait pas l'existence de la consultation préconceptionnelle, « franchement non [...] j'avais jamais entendu parler qu'on pouvait faire ce rendez-vous » (E5).

Consulter en préconceptionnel n'était pas un réflexe, « ça me serait pas venu à l'idée de...de faire une consultation préconceptionnelle » (ED), les femmes n'y pensaient pas forcément « alors vraiment, j'y ai pas du tout pensé quoi » (ED), quelque soit le professionnel de santé consulté, « peut-être avec une gynécologue et encore... même pas, ça m'a vraiment pas traversé l'esprit » (ED).

Le fait qu'il puisse s'agir d'un rendez-vous dédié était nouveau également, « mais je savais pas comment, fin, le nom sur la consultation c'est plus le médecin qui l'a donné » (E4), « mais le rendez-vous (haussement de ton) par lui-même non » (E4).

Aller voir un médecin pour arrêter sa contraception était étonnant pour elles, « je savais même pas que ça se faisait quoi. Moi je pensais qu'on décidait toute seule quoi, comme des grandes, et qu'on disait c'est bon j'arrête la pilule ou j'arrête mon moyen de contraception et... et puis voilà » (E6).

b. Occasion

Le plus souvent la consultation s'est déroulée à l'occasion de l'arrêt de la contraception, que ce soit pour retirer un implant, « pour moi, elle m'enlevait mon implant et c'était tout quoi » (EC), pour enlever un DIU, « j'étais décidée à enlever mon DIU, pour moi cette consultation, c'était ça. Et ni plus ni moins » (EB), ou pour arrêter une contraception orale, « je suis allée voir ma médecin généraliste pour arrêter la pilule » (E6).

Un médecin a saisi le retard de règles de sa patiente comme motif pour réaliser la consultation, « j'avais un retard ce jour là et du coup elle m'a demandé si c'était positif

(rires) [...] j'ai dit [...] que c'était un souhait et c'est là qu'elle m'a dit qu'il fallait qu'on fasse ce rendez-vous ensemble pour du coup faire un point » (E5).

Certains thèmes de prévention ont été l'occasion d'effectuer la consultation. Une femme a consulté pour réaliser un bilan afin de connaître son immunité vis-à-vis de la toxoplasmose, « j'ai entendu parler de la toxoplasmose [...] je suis allée voir mon médecin [...] il faut que je fasse un bilan sanguin pour savoir si j'ai été immunisée ou pas » (EA), l'une souhaitait se faire prescrire de l'acide folique, « à la base c'était vraiment pour l'acide folique » (E2), et enfin une autre a saisi l'occasion de la mise à jour des vaccins, « on avait déjà fait un petit peu le point sur les vaccins, il m'en manquait etcetera, donc ça a été l'occasion, ben voilà, de finaliser tout ça, et de faire cette consultation » (E3).

L'une des consultations s'est réalisée lors d'une consultation pour un autre membre de la famille, « j'ai été consulter pour ma fille [...] qui était malade » (E2).

Internet a permis de découvrir la consultation préconceptionnelle pour l'une des femmes qui est alors venue consulter son médecin « à partir du moment où j'ai vu qu'[internet] proposait des consultations préconceptionnelles » (ED).

c. Initiative

La consultation s'est parfois faite à l'initiative du médecin, « c'est le médecin qui me l'a proposé quand je lui ai dit que je souhaitais arrêter la pilule » (E3).

Mais dans l'ensemble les femmes exprimaient que si le médecin ne la proposait pas, c'étaient à elles d'être curieuses, « je pense aussi que c'est nous, la curiosité de poser la question » (EC), à elles d'aborder le sujet, « je pense que ça doit venir de nous en quelque sorte » (E5), et elles devaient être actrices et instigatrices de cette consultation, « ben à partir du moment où on est prêt à franchir le cap [...] c'est à nous d'aller...d'aller...d'aller voir le médecin et de lui dire, bon ben voilà, moi je veux faire ça, qu'est-ce qu'on fait ? » (E6).

d. Préparation

Par méconnaissance, les femmes ne se sont souvent pas préparées en amont à cette consultation, « j'étais pas du tout préparée à ça » (E2), « je pense que, pas vraiment préparée » (E4).

Ce manque de préparation était d'ailleurs regretté, « si vraiment voilà ça avait été plus préparé pour moi hein, pour ma part, j'aurais peut-être pris plus conscience de certaines choses pour le mettre en application dès, dès que je savais que j'étais enceinte [...] je pense que j'aurais pu me préparer mieux » (E4).

Pour certaines, le médecin avait anticipé et leur avait demandé d'apporter leur carnet de santé, « du coup elle m'avait demandé d'apporter mon carnet [...] pour voir mes vaccins si j'étais à jour » (E5), ou de préparer des questions « si j'avais des questions, lui noter » (E5). Cela avait permis à la femme de commencer à réfléchir avant la consultation, « je m'étais mis en tête quelques questions et après voilà on a fait le point » (E5).

Parfois la préparation s'était faite lors de discussions en amont avec le médecin, « je pense qu'on a, oui, plus ou moins parlé de toutes les étapes avant (haussement de ton) » (E4).

Enfin certaines ont présenté une réelle démarche d'auto-préparation, en faisant des recherches sur internet, « je l'ai préparé parce que pendant trois semaines, j'ai regardé sur internet, comment ça se passait et, et les questions que je me posais au final, je répondais au fur et à mesure » (E4), en amenant d'elles-mêmes leur carnet de santé, après conseil de leur entourage, « je pense que j'ai dû le prendre parce que [ma belle-sœur] m'a dit qu'il fallait qu'elle vérifie les vaccins » (E6), et en amenant leur dernier résultat biologique, « et après vu que je fais aussi des prises de sang régulières pour le gastro, j'avais pris aussi le dernier » (E6).

e. Caractéristiques

Certaines femmes en ont fait une consultation à part entière, « j'avais prévu un créneau exprès » (E1), et ont apprécié ce moment dédié qui permettait de concrétiser leur projet, « moi je trouve que c'est mieux, et puis je trouve que ça permet aussi de concrétiser notre projet en disant voilà je prends ce rendez-vous là pour ça, pour parler de ça, et pas plutôt quand on est malade » (E5).

Des difficultés ont été rapportées, en lien avec la présence des enfants en bas âge lors de la consultation, « c'était pas facile car il y avait mes deux enfants qui sont petits » (E8).

Une femme ayant l'expérience de grossesses antérieures a trouvé que la prise en charge de la période préconceptionnelle avait évolué ces dernières années, « y'a beaucoup plus de suivi (réfléchit) beaucoup plus, fin parce que peut-être y'a 10 ans ça se faisait pas

[...] il y a eu une évolution quand même, de l'avant (haussement de ton) naissance, fin l'avant projet » (E4).

Le fait de répéter la consultation était parfois jugé comme pesant, « déjà quand on est enceinte on a plein de rendez-vous [...] c'est un peu lourd des fois » (E2), mais le fait de délivrer les informations de manière progressive semblait être apprécié, « on a commencé à en parler avec le, le docteur, euh petit à petit [...] Donc du coup voilà, j'ai posé des questions, on a fait petit à petit » (E4), notamment à l'occasion d'autres consultations, comme la mise à jour des vaccins, « je vais prendre rendez-vous, je vais faire mon vaccin, je vais en discuter encore » (E2).

f. Par qui ?

Les femmes pensaient que la consultation était du ressort naturel du gynécologue, « auparavant j'étais suivie par une gynécologue donc je pense que ça se serait fait naturellement » (E3), notamment si elles avaient des antécédents obstétricaux, « dans mon cas ça aurait été mieux ma gynécologue » (E2).

En cas de difficulté d'accès à leur gynécologue, elles faisaient appel à d'autres professionnels de santé tels que les sages-femmes, « c'est parce que je n'ai pas encore trouvé de gynécologue » (EB).

Dans l'idéal la consultation préconceptionnelle devait être faite par le professionnel qui suivrait la grossesse, « je pense que c'est mieux que ce soit la personne qui nous suive » (E2).

g. Public cible

Le couple est concerné et devait donc être présent, « moi je trouve que c'est bien que les deux soient là, les deux sont concernés » (E1), à condition qu'il n'y ait pas d'examen gynécologique, « si je retourne la voir [...] je le prendrais c'est sûr [...] pour qu'elle nous (haussement de ton) explique tout bien comme il le faut » (EC).

Il faudrait penser aux femmes célibataires, qui sont aussi concernées par cette consultation, « c'est une décision qui se fait à deux ou pas d'ailleurs, si elle décide d'être voilà. Je pense qu'il y a beaucoup de cas qui... y'a des femmes qui veulent être maman » (E6).

L'une des femmes pensait que c'était à cause de sa maladie chronique qu'elle avait eu la consultation préconceptionnelle, « j'avais eu l'info quoi. Mais, c'est toujours lié, plus ou

moins à la maladie de Crohn quoi » (E6), sans cela elle n'aurait pas consulté, « euh si j'avais pas eu la maladie [...] j'aurais pas consulté non, je pense pas » (E6).

Pour certaines, il s'agissait d'une consultation destinée aux personnes ayant des problèmes de fertilité, « mais sinon je pense que c'est intéressant pour les personnes du coup qui ont des problèmes » (E6).

L'une des femmes a proposé de réaliser la consultation sous forme d'ateliers afin de créer une dynamique de groupe, « ça peut être sympa peut-être de faire comme des ateliers [...] avec plusieurs personnes qui se posent des questions, ça peut être super intéressant » (ED), une émulation, un enrichissement des questions-réponses, « je trouve ça vraiment intéressant les ateliers parce que justement les personnes vont pouvoir poser des questions auxquelles on n' a pas forcément pensé, ça amène un plus, je pense » (ED), mais avec le risque de perdre la spécificité de la consultation, « ça peut enlever la part de spécificité, parce que c'est plus difficile de parler, d'aborder certains sujets qui sont, qui peuvent être spécifiques à la personne » (ED).

h. Place de l'homme selon les femmes

La plupart du temps, l'homme était absent de la consultation, « ben, il était pas là, déjà (rires) il était pas là [...] puisque je l'ai faite toute seule » (EB). Cette absence n'a pas été ressentie comme un manque par certaines femmes, « enfin, moi j'ai pas eu besoin de lui, [...] il m'a pas manqué, honnêtement » (EC), ne les a pas dérangées car elles ont l'habitude d'être autonomes, « euh moi ça me dérange pas qu'il y soit pas, parce que j'ai un mari très pris et j'ai l'habitude de gérer mes rendez-vous seule » (E4).

D'ailleurs, pour plusieurs femmes, l'homme n'avait pas sa place lors de cette consultation, « je suis pas sûre que le papa ait une grande place dans la consultation » (EB), il devait rester en retrait, « la place du père ? À la maison ! (rires) » (EA), elles n'envisageaient même pas qu'il puisse être présent, « je ne me suis même pas posé la question de venir avec lui » (EA).

En préconceptionnel, la présence de l'homme n'était pas indispensable « les premiers rendez-vous, tant que je ne suis pas enceinte, je ne vois vraiment pas la raison pour laquelle il soit présent » (EA), en revanche une fois que la femme était enceinte, il devait être présent, « au cours de la grossesse, je pense que c'est important de les voir à côté » (EA).

Les femmes justifiaient leurs propos en expliquant que la grossesse les concernait elles directement, « c'est vraiment quelque chose qui me concerne moi » (EA), car il y a un rapport à leur corps, « souvent on se focalise plutôt sur nous comme c'est notre corps à nous » (E5), ce qui rend la grossesse abstraite pour les hommes, « après nous on le ressent donc après c'est différent, ça se passe dans notre corps donc c'est vrai que, c'est sûr qu'au début je pense que c'est abstrait » (E5).

La grossesse étant une affaire de femme, l'homme n'aurait pas de bilan à faire en préconceptionnel, « lui il a pris les infos mais il avait pas grand chose à...à faire quoi » (E6), sauf s'il avait des problèmes de fertilité, « si effectivement y'avait des bilans qui étaient fait en amont pour les personnes qui avaient des problèmes d'infertilité ça les avanceraient sûrement beaucoup » (E4). L'homme n'aurait pas de question, « je pense que il avait pas de questions particulières, j'en avais pas non plus, on était sûrs de notre choix. [...] y'avait pas forcément de freins, y'avait pas d'appréhension » (E6) et si jamais il en avait, les femmes se sentaient capables d'y répondre, « je pense que si y'a des questions je peux répondre à ses questions par le biais de mes questions en amont avec le médecin » (E4).

L'expérience du père lors des précédentes grossesses justifiait son absence pour le projet en cours, « c'est des choses qu'il savait plus ou moins puisqu'on [...] a déjà 2 enfants [...] c'est pas l'inconnu non plus » (E4).

Pour certaines femmes, l'homme avait sa place dans certaines conditions : selon son degré d'intérêt, « après, voilà, c'est pareil, ça dépend des papas. Il y en a, ils veulent être là du début à la fin donc quand il y a une consult, voilà » (EC), selon son degré de stress, « après, je pense que ça dépend de l'état de, de... si le papa est angoissé, pas angoissé » (EB) et selon le degré de stress de la future maman, « je pense que pour certaines femmes qui sont plus stressées ou qui ont besoin d'être plus épaulées elles peuvent demander, voilà, les rendez-vous avec leur mari » (E4).

D'autres femmes ont regretté l'absence du futur père, « il était pas là le pauvre » (E2), et ont considéré que sa présence était nécessaire, « c'est important qu'il soit là quand même, pour lui aussi entendre, participer » (E2), afin d'être informé, « c'est bien qu'il soit informé aussi » (E1), surtout en cas de grossesses passées douloureuses, « moi, il faut qu'il soit au courant de tout ce qui se passe [...] je préfère, avec tout ce qu'on a vécu » (E2).

C'est parfois la femme qui a demandé à son conjoint de l'accompagner, « c'est plus moi qui lui ai, qui l'ai incité gentiment » (ED).

Inclure l'homme dans cette consultation permettait « qu'il soit [...] associé au projet évidemment, dès le départ quoi » (E3), car il s'agissait « d'un changement mental et un changement de vie pour les deux et les questions vont être pour tous les deux » (ED).

Sa présence permettrait d'aider à rassembler les informations, « si il avait été là, il aurait peut-être plus écouté, fait attention à des détails » (EC), d'être au courant des changements à venir, « c'est intéressant qu'il soit au courant de tout ce qui peut et qui va se passer parce qu'on est au quotidien avec lui donc il faut, il faut qu'il soit au courant [...] de tous les changements qui se produisent quoi en fait » (ED), de poser directement ses questions, « si il a des questions il peut poser ses questions » (E5), auxquelles certaines femmes avaient du mal à répondre « parce que bon, là, pareil, il peut poser des questions et moi je ne peux pas y répondre forcément à tout » (EC) et de faire un bilan de santé « il était présent [...] par rapport aux conseils sur l'hygiène de vie [...] au bilan de santé lui-même, s'il avait voila, des vaccins à faire » (E3).

2. Le contenu

a. Objectifs de la consultation

Pour de nombreuses femmes, la consultation permettait de faire un bilan de santé avant de concevoir, le but était de « voir [...] si on va bien au niveau de la santé avant de lancer une grossesse [...] en fait c'est un vrai bilan de santé avant » (E4) afin de partir sur des bases saines « pour moi c'était vraiment faire le point et partir sur de bonnes bases » (E5).

Ce bilan incluait une mise à jour de l'état vaccinal, « pour moi c'était vraiment faire le point où j'en étais niveau vaccins » (E5) et du suivi gynécologique « pour moi c'était vraiment faire le point où j'en étais niveau [...] euh le frottis » (E5).

Pour certaines, cette consultation était considérée comme un réel accord médical avant la grossesse, l'une d'elles attendait « qu'elle me donne le feu vert » (E2), et pour une autre, atteinte de maladie chronique, il s'agissait d'une autorisation médicale, « savoir si on peut se lancer ou pas, après pour moi c'est particulier mais [...] moi j'ai demandé l'autorisation » (E6).

La consultation permettait « d'être bien informée avant la création d'un enfant » (E1), d'obtenir des conseils pour optimiser la conception « qu'est-ce qu'il faut faire à l'avance [...] pour que ça se passe le mieux possible » (E6), ainsi que « des informations, j'allais dire, de l'ordre pratique » (E4) et « par rapport aux conseils sur l'hygiène de vie » (E3).

La consultation permettait de prescrire les médicaments conseillés « et puis après voilà les choses à faire en avance de phase, si ça se passe bien, l'acide folique, les vitamines tout ça » (E6), ainsi que certains bilans « pour savoir si j'ai été immunisée ou pas [contre la toxoplasmose] et pour savoir si jamais je tombe enceinte, savoir ce que je peux manger » (EA).

Il s'agissait d'une consultation de prévention, dont « le but c'est de prévenir du coup tous les problèmes qu'il peut y avoir » (E6), par le biais d'une démarche active de la part des femmes qui devaient « mettre tout en œuvre entre la période où on va arrêter la contraception et la création de cet enfant » (E1).

Un des objectifs de la consultation était l'échange avec le médecin, permettant « justement de répondre à toutes les questions [...] qu'on se pose » (ED), et « qu'elle nous explique tout bien comme il le faut » (EC).

Une femme souhaitait se faire confirmer les informations trouvées sur internet, « ce que j'attendais de cette consultation là [...] c'était de (réfléchit), de voir si ce que j'avais vu sur internet (en rigolant) [...] si elle allait me confirmer ce que j'avais vu » (ED).

Enfin pour de nombreuses femmes, l'objectif de la consultation était de se rassurer, « je n'avais pas d'attentes précises, si ce n'est être rassurée » (E3) et de lever les craintes par « un échange entre le Docteur et, et le couple ou la personne qui se pose des questions dessus pour pouvoir justement... heu, on va dire effacer un peu les... pas les craintes mais heu quoi les questions quoi, justement qu'on a dessus » (ED).

En fait, « c'est une consultation [...] pour que [...] la personne soit préparée au mieux pour bien vivre sa grossesse » (EB).

b. Informations inattendues

Le fait d'aborder la sexualité a surpris certaines femmes, « euh j'ai pas plus de peur que ça moi (en rigolant), parce que pour moi c'est naturel donc... » (E5), « parce que normalement on est conçu pour que ça touche pas l'enfant et qu'il soit pas perturbé donc heu, non, c'est elle qui nous en a parlé, mais c'était pas une question pour moi qui était

importante, parce que je voyais pas le risque en fait » (ED). Elles s'attendaient à ne parler que des risques lors de cette consultation, et pas de choses naturelles comme la sexualité.

Les deux femmes avec qui nous avons évoqué le sujet de la maltraitance, des violences subies, ont été très surprises au premier abord par cette thématique, « (surprise) Sur moi ? » (E6).

c. Informations marquantes

Beaucoup de femmes ont été marquées par le taux de fertilité, « ce qui m'a marqué, c'est le pourcentage de tomber enceinte [...] ça, je sais pas pourquoi, ça m'a marqué. Parce que je trouve ça tellement faible en fait, quoi [...] c'est un quart, je sais pas, je trouvais ça vraiment peu... » (ED), pour certaines la découverte d'un taux aussi faible « était une désillusion » (EA). Elles ont également été surprises par le délai de conception, « si ça marche pas, on ne s'inquiète pas avant un an. Ouais, ça, ça m'a marqué! (rires) » (EC), jugé trop long, « c'est un peu décevant parce que six mois, c'est beaucoup » (EA).

Le statut vaccinal a été un élément marquant, « euh ben moi du coup ce que j'ai retenu c'était que j'étais pas à jour dans mes vaccins » (E5).

Enfin la prescription d'acide folique a marqué les esprits, « euh plus l'acide folique, c'est plus ce qui m'a marqué » (E4).

d. Risques identifiés

Le vécu des grossesses passées a été approfondi, la femme avait besoin de « savoir si j'étais encore considérée comme grossesse à risque » (E2), « car j'avais peur quoi, de revivre la même chose » (E2).

Les antécédents personnels ont été pris en compte. La femme souffrant de maladie chronique avait interdiction de concevoir sans l'avis favorable du spécialiste, « donc forcément j'allais pas me lancer dans quelque chose qui était risqué, surtout que je connaissais pas quoi » (E6), elle a d'ailleurs vécu sa maladie comme une entrave à sa liberté de concevoir, « même si on est pas prêt à forcément avoir un enfant à cet instant là [...] on se dit ben en fait je suis pas libre de faire ce que je veux, je suis contraint » (E6).

Les antécédents familiaux ont également été recherchés, « si c'est génétique, ça veut dire que c'est pas forcément, que ça sera pas que pendant la grossesse, ça peut être aussi

après, quoi, ça peut être déclenché aussi après et donc les conséquences qu'il y a derrière quoi » (ED).

Concernant l'alimentation, les femmes étaient conscientes qu'il existait des aliments interdits pendant la grossesse, « il faudra que je fasse attention à ce que je mange » (EA), l'une d'elles a noté qu'il fallait démarrer ce régime dès la préconception, « puis c'est bon de le savoir qu'on doit commencer dès le départ et pas juste quand on sait que l'on est enceinte quoi » (ED).

Réaliser une biologie rassurait les femmes, « je crois qu'on a fait une prise de sang, ça, c'était manière d'être rassurée, que tout allait bien » (E3).

La prévention de malformations par l'acide folique était connue de certaines femmes, « on m'avait dit ça serait bien que vous preniez de l'acide folique pour éviter toutes malformations » (E2), parfois grâce à l'entourage « j'avais connaissance de l'acide folique, ça oui, par des amies qui en avaient pris » (E4). En revanche, elles éprouvaient des difficultés à retenir les différents noms, « je retiens pas, j'ai pas retenu le nom » (E1), et à avoir une bonne observance en préconceptionnel « comme je suis un peu tête en l'air, pour le prendre tous les jours c'est un peu difficile [...] avant (haussement de ton) la conception c'est pas évident d'y penser tous les jours » (E4).

Parler automédication permettait d'éviter des erreurs simples, « c'est un point important [...] parce que par exemple y'a des choses basiques, l'ibuprofène y'a encore des gens qui pensent qu'on peut le prendre alors que non » (E5).

Certaines se tournaient plutôt vers l'homéopathie qu'elles trouvaient moins risquée, « c'est pour ça que je me dis l'homéopathie au final ça peut être pas mal » (E4).

Les femmes avaient compris l'importance du statut vaccinal, « si j'avais pas fait ce rendez-vous là j'aurais pu mettre en route alors que j'étais pas vaccinée » (E1).

Face à l'activité physique, les femmes ne savaient pas toujours ce qui était autorisé, « ça aussi ouais on sait pas trop quoi, si on a le droit, pas le droit » (E4), dans le doute elles préféraient tout arrêter, « du coup ben moi vu que je pars du principe qu'il faut pas que je risque quelque chose, du coup je me suis mis en retrait et du coup je me dis ben je fais pas plus rien mais presque » (E6). Pour certaines, seules les chutes étaient à éviter, « ce que j'en ai retenu c'est surtout faire attention à tout ce qui est chute » (ED).

La sexualité n'était pas considérée comme un risque pour les femmes, « je pensais pas qu'il pouvait y avoir un risque avec la sexualité avec la grossesse » (ED), elles

souhaitaient d'ailleurs que les professionnels le précisent aux hommes, « voilà dire qu'il y a peut-être pas de risques au début pour les maris parce que c'est vrai qu'ils sont un peu réticents » (E4).

Le risque de faire des soins corporels était évoqué, « et tout ce qui est aussi soins [...] style hammams, saunas, alors on voit qu'on peut le faire à partir du 2ème trimestre mais ça c'est pareil c'est sur internet donc dans le doute on préfère pas faire que faire » (E4).

Les femmes pensaient qu'il fallait prévenir les risques professionnels, « je pense que c'est super important à aborder [...] en tant que femme enceinte, quoi, il y a déjà des risques pour une personne lambda, alors une femme enceinte, il doit y avoir plus de risque, oui » (ED).

Concernant le tabac, une femme a déclaré qu'il fallait anticiper le sevrage, « d'essayer en amont [...] ou peut-être psychologiquement commencer à cheminer sur ce point là » (E4).

La solitude, du fait de l'absence du père obligeait à redoubler de prudence, « t'es toute seule avec tes enfants, avec ton mari qui n'est pas souvent là, il va vraiment falloir faire attention et lever un petit peu le pied » (EB).

Enfin les femmes ont trouvé important d'aborder le thème des violences, surtout si la femme était seule en consultation, « après oui, peut-être en étant seule, je pense que ça peut-être intéressant justement d'évoquer les violences qu'il peut y avoir » (ED). L'une des femmes a émis l'idée de cibler le risque de violence plutôt sur l'enfant à venir, « moi j'aurais plus situé par rapport à l'enfant parce qu'on est quand même sur la grossesse donc j'aurais plus ciblé vis-à-vis de l'enfant et plus l'éducation » (ED).

e. Examen physique

Pour l'une des femmes, il y a eu un examen gynécologique lors de la consultation préconceptionnelle. Cet examen était inattendu pour le couple, « vu que je ne m'y attendais pas, il ne s'y attendait pas non plus » (EC), et pourrait être un frein à la consultation pour les femmes pudiques, « si elle me fait revenir pour la consultation gynéco, je ne suis pas sûre que j'y serai retourné, honnêtement. Je suis assez flippée » (EC). Néanmoins, la femme était rassurée par la normalité de cet examen, « quand elle m'a ausculté, elle m'a dit que tout allait bien, donc c'est rassurant » (EC).

f. Attitude du professionnel

Le professionnel de santé, surtout s'il connaissait sa patiente, avait souvent anticipé la consultation, « le docteur X me suit depuis que je suis toute petite [...] et plusieurs fois elle m'a dit, si vous avez l'intention de faire un enfant, y'a plein de choses à faire avant [...]elle m'y avait toujours préparée » (E1), et avait invité le couple à venir ensemble, « c'était possible de faire cette consultation là avec le conjoint [...] moi j'étais intéressée, on y est allés » (E3).

Le professionnel avait répondu aux questions, « elle a répondu à mes questions » (E5), donné des conseils sur l'alimentation, « j'ai demandé au docteur elle m'a dit tout (haussement de ton) sauf, ben je suis immunisée contre la toxo, mais elle m'a dit pas les fromages à pâte molle » (E4), sur les trajets en voiture, « elle m'a dit que voilà, la voiture en soi c'était pas gênant, par contre, il fallait savoir s'arrêter si vraiment on faisait un long trajet » (E4), sur la sexualité, « on en a parlé, c'est elle qui a abordé le sujet » (ED), l'automédication, « pendant la grossesse, elle m'avait dit, le seul médicament auquel vous avez droit, c'est le Doliprane® » (ED), et donné des explications sur l'acide folique, « elle m'a expliqué, c'était [...] pour éviter des malformations » (E1).

Il avait également donné une échéance pour le délai de conception et une conduite à tenir, « voilà elle m'a surtout dit pour l'instant c'est comme... comme vous le sentez, et si à partir de juin, elle m'avait donné une échéance, si juin toujours pas, courbe de température, tout ça » (E5).

L'une des femmes a relevé que le professionnel avait utilisé une liste des thèmes à aborder, ce qui permettait d'être exhaustif, « elle aussi elle avait une sorte de check list donc elle a revérifié et elle avait dit à peu près tout ce qu'il fallait » (ED).

Le professionnel n'a pas seulement délivré des conseils, mais également des prescriptions, « donc elle m'a fait faire le test de la toxo, elle m'a donné les vitamines, l'acide folique » (E6), des contacts pour faire les examens, « elle m'a aussi conseillé un endroit pour faire les échographies qui était super » (E1), des contacts pour le suivi, « la sage-femme c'était mon médecin qui me l'avait prescrit » (E2) et des documents généraux sur la grossesse, « elle m'a donné un livret sur justement la grossesse et un peu tous les maux, des conseils, des astuces » (ED), ou plus spécifiques sur l'alimentation, « pour l'alimentation elle m'a donné un petit document » (E5).

Le professionnel a fait preuve d'une attitude positive, par ses encouragements, « elle m'a encouragée » (E2), son attitude rassurante, « elle se voulait rassurante, elle ne s'inquiète pas » (EC) et son charisme, « elle m'a marquée, elle est bien comme sage-femme [...] j'ai bien aimé comme approche. J'étais conquise, je retournerai la voir ! (rires) » (EC).

Malgré ses qualités, le professionnel n'a pas toujours pu répondre à toutes les questions, « c'est pas des réponses fixes, elle peut pas savoir combien de temps je vais mettre pour en faire un et pourquoi ça marcherait pas et si ça marche, pourquoi ça marche » (EC), et est resté prudent sur ses incertitudes, « elle pouvait pas me dire parce qu'elle avait peur de se tromper » (E2).

3. Retentissement

a. Apprentissage

Après la consultation certaines femmes ont déclaré n'avoir rien appris de nouveau, « pas grand chose. Je dirais même rien. Si ce n'est des termes différents [...] c'est les mêmes pratiques » (EB), n'avoir pas obtenu de réponses ou nouvelles informations, « il me semble que je suis pas sortie plus riche en ... en réponses que ce que je suis arrivée ouais. J'ai pas eu beaucoup de, fin j'ai pas eu beaucoup d'informations en fait » (E4).

En revanche pour d'autres, la consultation a permis de faire de réelles découvertes, concernant « les grands principes justement ben sur la grossesse » (ED), l'acide folique, « prendre l'acide folique, cette prescription, voilà, si j'étais pas, si j'avais pas fait cette consultation... » (E5), le bilan de santé, « je pense que oui, faire peut-être le point sur que l'état de santé avant (haussement de ton) est quand même important. Et ça on n'en a pas forcément conscience je pense » (E4), l'automédication, « donc même l'Ibuprofène®, on pensait au début qu'on pouvait et elle nous a dit non, non, rien (rit) » (ED), leur statut vaccinal, « j'étais pas vaccinée [...] j'étais pas immunisée [...] pour la rubéole [...] je le savais pas » (E1) et enfin leur statut sérologique vis-à-vis de la toxoplasmose, « ne serait-ce que à part l'examen sanguin je n'étais pas immunisée contre la toxoplasmose » (EA).

Certaines ont montré, à la suite de la consultation, une véritable prise de conscience, en mesurant l'importance des informations délivrées, « ça nous concerne et ça concerne notre santé » (E4), l'importance de faire attention en préconception, « c'était vraiment les premiers mois qui étaient importants puisque c'est là où tout se développe, oui, on se doute qu'à partir du moment où faire, quoi où on décide de faire un enfant, il faut faire

attention mais heu, c'est vrai que moi je savais pas » (ED), et notamment de faire attention à son hygiène de vie, « c'est vrai que moi je savais pas et je pense qu'on est quelques unes dans ce cas là, à ne pas savoir que c'est vraiment à ce moment là où tout se forme, et c'est là où c'est important de faire attention et d'être vigilant justement sur son hygiène, sur son alimentation et tout quoi » (ED).

La même femme a d'ailleurs regretté d'avoir conçu son bébé avant d'avoir fait la consultation préconceptionnelle, « elle nous a donné, elle m'a donné [...] pour la grossesse, l'acide folique. Sauf qu'elle me disait faut le prendre 4 semaines avant et après, 8 semaines après sauf qu'au final, j'étais déjà enceinte, donc [...] est-ce que c'est un bienfait pour le développement du fœtus et tout ça, on se dit, ah ben mince, si j'avais su, je serais venue en amont, on aurait pas testé, on serait d'abord allé à la visite et après on aurait fait... » (ED).

L'une des femmes s'est dite reconnaissante des informations apprises, « par rapport aux vaccins tout ça [...] les médicaments aussi [...] moi je me serais lancée les yeux fermés [...] j'aurais peut-être pas été angoissée puisque je savais pas, c'est bien aussi, c'est vachement bien de le savoir quand même quoi » (E1).

b. Point de vue

Pour certaines, la consultation a été trop rapide, « un peu faite à la va vite » (EA), ce qu'elles ont regretté, « on en a parlé 10 minutes, enfin grand maximum, ça a été rapide [...] je pense qu'on aurait pu prendre un peu plus de temps » (E2).

Certaines l'ont trouvée classique, « (silence) ben c'était (souffle, réfléchit) oui c'était une con...fin j'allais dire c'était plus ou moins une consultation comme une autre » (E4), et d'autres au contraire inattendue, « je m'attendais pas à ce qu'on parle aussi de ça un peu après » (EC).

Beaucoup ont jugé cette consultation complète, « c'était assez complet, de l'avant, du pendant, du après, du suivi, de tout ça » (E1), et ont apprécié d'être libres d'y poser toutes leurs questions, « non franchement...elle a abordé tous les sujets, je pouvais poser n'importe quelle question on a parlé d'un peu tout » (E5).

L'une d'elles l'a dite « intense » (EC), et même trop riche, « ben le fait d'enlever l'implant plus de faire l'auscultation là, plus après tout ce qu'elle m'a dit, ça fait beaucoup » (EC).

Les femmes ont souligné son caractère utile, « bien sûr que ça a été utile » (E1), l'ont jugée préventive, « c'est préventif » (E1), essentielle, « c'est essentiel de la faire je pense » (E1), positive de façon globale, « positif [le mot qui décrit la consultation] » (E6) et intéressante, « oui, ça a été intéressant » (E2).

Pour certaines, la consultation était vécue comme un départ, « je pense qu'elle met le [...] point sur le démarrage d'un projet [...] On sait plus ou moins pourquoi on la fait, on sait qu'elle marque un temps, voilà sur le, sur le projet » (E4), elle permettait de se projeter, de voir au-delà de la conception, « c'est pas juste la conception, c'est pas une visite juste conception, c'est une visite de pré, de pré-enfant on va dire donc au final » (ED).

L'une des femmes a critiqué le manque de spontanéité de la consultation, « on n'est pas dans le calcul en fait, donc ça peut sembler être ça une visite préconceptionnelle, mais nous on n'est pas là dedans » (EB). Pour d'autres au contraire la consultation a permis de retrouver cette spontanéité, de lâcher prise, en expliquant « [qu]'il fallait laisser faire la nature pour l'étape suivante » (E3).

L'hyper-médicalisation de la préconception a été soulignée, « la visite elle est en soi médicale [...] j'ai trouvé que c'était très, ouais voilà, on sort avec l'acide folique, une prise de sang, un test d'urines » (E4). Mais certaines ont justement été ravies d'avoir reçu l'avis d'un professionnel, « c'est vraiment intéressant d'avoir un professionnel qui puisse répondre aux questions et, ça, ça a vraiment été mon point, quoi, c'était ce que je souhaitais vraiment » (ED).

IV. L'IMPACT DE LA CONSULTATION

1. Émotions ressenties

a. Perceptions positives

On retrouve une palette d'émotions positives assez large après cette consultation.

Ainsi, certaines femmes disaient ressentir un bien-être en sortant de la consultation, « j'étais bien » (E5), avec le sentiment d'être rassurées, « c'est rassurant » (E6), optimistes « j'étais bien, rassurée, optimiste » (ED) et avec, assez souvent, le sentiment d'être prêtes à débiter une grossesse, « il n'y avait plus qu'à quoi, en gros » (ED), parfois même rapidement, « j'étais contente, j'avais hâte voilà que ça, que ça fonctionne » (E4).

Les femmes décrivaient également le sentiment d'être apaisées, « moi j'en suis ressortie apaisée en me disant y'a pas de raison » (E5), d'être déterminées, « je sais où je vais » (EB), d'être satisfaites « donc au final, c'était ce côté là, que ce soit clair et que quand je suis sortie, c'était clair » (E4) mais aussi de s'être senties guidées « on va un peu moins dans l'inconnu [...] on sait un peu plus où on va » (E1).

Certaines femmes parlaient aussi du besoin de rentrer chez elle après la consultation pour y réfléchir, « il me tardait de rentrer chez moi et de me poser. De bien continuer à réfléchir à tout ça » (EC), et aussi pour pouvoir en discuter avec leur conjoint « ben j'étais contente et il me tardait de rentrer pour partager ça tous les deux » (E6).

À la suite de cette consultation, certaines se sentaient privilégiées d'avoir pu en bénéficier, « ayant des amies du même âge et qui veulent également se lancer dans ce projet de bébé, elles sont pas, elles, informées » (E1), d'autres se disaient ravies, « quand je suis ressortie, j'étais contente de l'avoir, d'y avoir participé, quoi d'y avoir été » (E4).

Une des patientes nous avait fait part de son grand soulagement d'avoir eu l'accord pour débiter la grossesse « une fois qu'on a vu le gastro et qu'après on a vu le médecin généraliste et qu'elle a dit c'est bon, voilà c'était...c'était le feu vert » (E6), tout en laissant ainsi au couple la décision finale de concevoir « enfin on était vraiment tous les deux à prendre la décision de quand en fait, quand on se lance quoi » (E6).

En générant la prise de conscience et le lancement du projet de conception, la consultation déclenchait des sentiments plus forts encore au point d'en être perturbée, « et puis, bon, même si c'est décidé, c'est quand même perturbant [...] et puis même l'émotion de me dire, bon ben, [l'implant] est enlevé, ça y est quoi » (EC), mais aussi d'appréhender comme un chamboulement la grossesse qui se prépare « fin c'est un chamboulement quand même total » (E5).

b. Perceptions négatives

La consultation avait aussi suscité des émotions plus négatives, avec notamment de la confusion « c'était pas vraiment plus clair [...] la consultation en elle-même, elle m'a pas vraiment beaucoup apporté » (EA), et aussi le sentiment d'être déboussolée « fin si je suis enceinte, ben pour faire l'écho comment tu fais? Ben voilà, j'ai pas de réponse. J'ai pas su lui dire » (EC) et submergée « heu, non, c'est plutôt l'influx d'informations, enfin,

ben si ça marche, il faut faire ça, ça, ça, tel mois, tel mois, tel mois [...] j'avoue que j'ai décroché quoi » (EC).

En lien avec la future grossesse on retenait la persistance d'angoisse que cette consultation n'avait pas réussi à soulager « *Est-ce que cette consultation a permis d'être plus apaisée par rapport à cette angoisse ?* Franchement, pas forcément (rires) » (EC), mais aussi le sentiment de peur que suscitait la conception d'un enfant « c'est quand même un bon pas en avant et oui pour être honnête, ça fait quand même un peu flipper [...] ça me fait peur » (EC).

La nécessité de faire des bilans avant l'arrêt de la contraception avait entraîné une déception « j'ai dû refaire le test de la sérologie de la rubéole parce qu'elle avait un doute sur une rubéole ou pas et du coup j'étais assez déçue qu'elle ne me l'enlève pas [le stérilet] » (EB).

Une patiente exprimait des incertitudes persistantes après la consultation en lien avec une maladie chronique dont on ne connaît pas bien l'évolution pendant la grossesse, « là je suis dans le flou. Parce que c'est la première, parce que j'ai pas non plus Crohn depuis 15 ans donc euh [...] y'a plein de questions quoi » (E6), mais aussi des inquiétudes pour l'après-grossesse « du coup je sais pas si je pourrais m'occuper de mon enfant euh dès qu'il va naître [...], combien de temps je vais mettre pour récupérer, comment je vais récupérer, est-ce que je vais être capable d'allaiter, parce que ça me tient à cœur, est-ce que... » (E6).

c. Le ressenti sur la consultation

Le fait même de consulter son médecin pour parler d'un projet d'enfant restait, selon les femmes, quelque chose de bizarre, « au début, pour moi, c'était un peu bizarre, d'aller, d'aller parler comme ça ouvertement, de la conception, du fait qu'on va avoir un enfant » (ED), de surprenant, « (hausse les sourcils)...heu... en un mot ? [...] j'ai trouvé ça... heu... surprenant [...] de pouvoir en discuter avec un, avec un médecin » (ED).

Certaines femmes nous avaient fait part de leur étonnement après la consultation, ne s'y attendant pas, « quand je suis sortie j'étais étonnée parce que je m'y attendais pas » (E2).

Globalement, la consultation était appréciée, surtout quand elle fournissait une réponse positive de la part du médecin « euh quand on a surtout des bonnes réponses, fin des réponses positives ça aide aussi [...] moi la consultation elle est positive parce que c'est un oui » (E6).

Mais aussi parce qu'elle permettait aux femmes de poser des questions, « on peut poser les questions qu'on veut donc ça c'est...fin voilà c'est toujours appréciable » (E6), et surtout d'obtenir des réponses, « pour moi, j'ai réussi à poser tout ce qui m'inquiétait » (ED), une femme nous expliquant que le fait de savoir la rassurait, « je suis quelqu'un qui aime bien savoir donc c'est vrai, ça me rassure d'un côté » (E5).

Certaines femmes émettaient un doute sur l'exhaustivité de la consultation dont elles avaient bénéficiée « après, je sais pas justement, est-ce qu'il y avait d'autres informations supplémentaires [...] donc après, je sais pas si derrière il y avait d'autres... » (ED).

Au final, cette consultation, bien que surprenante, bizarre ou même inattendue, était passée très vite, « non, c'est passé vite (rires), en une heure, on est sorti, moi, j'ai pas vu le temps passer ! » (ED).

d. Perceptions vécues à deux

Consulter en couple ou échanger avec leurs conjoints après la consultation a permis aux futures mères de découvrir le ressenti des futurs pères. Elles nous ont rapporté que, bien souvent, les hommes semblaient intéressés « *pensez-vous qu'il a été intéressé ? Oui je pense oui* » (E1), sans pour autant avoir d'attentes particulières, « lui, il s'est dit, ben pourquoi pas, ça peut être intéressant mais il attendait pas, il attendait rien » (ED). Ils approuvaient cette consultation, « il était complètement d'accord et que c'était bien ben qu'on fasse déjà voilà ce suivi » (E4) et parfois, regrettaient même de ne pas avoir eu cette consultation pour les grossesses précédentes, « *qu'en a-t-il dit ? Que c'était dommage qu'on n'avait pas eu ça avant* » (E2), se sentant rassurés par ce rendez-vous médical, « il est rassuré pour le coup. Il m'a dit, au moins on est sûr qu'on part du bon pied » (EC).

Ils s'attendaient à recevoir des informations, notamment sur le moment de l'arrêt de la contraception « lui ce qui l'intéresse c'est de savoir quand est-ce que je vais arrêter ma contraception » (E1).

Certaines femmes exprimaient aussi le désir de leurs conjoints d'être présents au cours de la consultation, « oui, il aurait aimé être là je pense, ouais » (EC), et le sentiment de satisfaction après l'aval du médecin, « ben du coup il était content quand on a su qu'on pouvait enfin déclencher » (E6).

Toutefois, les hommes conservaient une attitude plutôt neutre au cours de la consultation, « après, je dirais pas qu'il a sauté au plafond, je dirais pas que ça lui a déplu, voilà, il a pris les informations, et voilà, il était content, ça lui a, voilà quoi » (ED), attitude en lien avec le fait que les hommes se posaient moins de questions que les femmes au cours de cette période là, « il est moins à se poser des questions » (ED), voire même semblaient parfois moins concernés que les femmes, « alors je dirais pas qu'il se sentait pas concerné, c'est pas ça (rires), mais bon voilà » (ED).

D'après certaines femmes, les hommes estimaient que cette consultation était destinée plutôt à la femme, « pour lui, c'est moi qui vais aux rendez-vous » (EB).

2. Changements induits

Lors de nos entretiens, certaines femmes nous ont fait part de changements d'habitudes parfois initiés spontanément, mais aussi parfois directement induits par la consultation.

Les principaux changements énoncés par les femmes étaient l'attitude vis à vis de l'alcool, « de moins boire, alors après je bois pas beaucoup d'alcool déjà mais bon là, carrément, je buvais plus » (ED), de l'alimentation, « quand je me suis imaginé que j'étais enceinte, j'ai évité de manger du saucisson car je me disais j'ai pas envie de faire du mal déjà à mon bébé » (EA).

Parfois, ces changements d'habitudes de vie étaient inconscients, « après c'est vrai que inconsciemment, j'ai fait plus attention je pense » (ED).

Une femme affirmait que la période préconceptionnelle était propice à l'arrêt du tabac « ça aide [...] justement, arrêter peut-être de fumer » (E1).

3. Influence directe de la consultation préconceptionnelle

Nous avons ensuite relevé plusieurs comportements issus directement de la consultation. Certaines femmes se sentaient alors prêtes à débiter une grossesse « je me suis dit bon ben c'est bon, c'est parti » (E2), la consultation ayant permis aussi de se rappeler qu'il faut prendre soin de soi au cours de cette période, « là en tout cas, ça m'a permis de me dire, oui, il faut que tu lèves le pied » (EB).

La consultation avait aidé certaines femmes à s'approprier le projet d'une grossesse, « parce que moi avant tout ça, franchement bon, grossesse, c'était oui, c'était chez les copines, c'était cool mais bon » (EC).

On notait différentes conduites après la consultation. Certaines femmes déclaraient prendre de l'acide folique « du coup pour la grossesse je prends la vitamine » (E2) tandis que d'autres n'avaient pas eu le temps de mettre à jour leurs vaccins devant une grossesse débutée rapidement « sauf que manque de temps je peux pas...je peux pas le faire parce que du coup c'est arrivé assez vite (rires) donc euh j'peux pas » (E5).

Nous retiendrons que la consultation préconceptionnelle conduisait à des discussions au sein du couple, « oui, oui on en a parlé ouais [...] oui je lui ai dit, voilà, que ben y'avait l'acide folique, certaines choses » (E4), « c'est plus moi qui lui en ai parlé » (E2).

Enfin, nous avons constaté un engagement des femmes auprès de leurs familles et amies, en conseillant cette consultation au sein de l'entourage « je la conseille » (E1), en échangeant à ce propos, « elle m'a dit ah mais tu t'es vachement informée, t'as fait plein de choses » (E1), en initiant même parfois une volonté de consultation, « parce que fin, moi je vois, euh on a une cousine, [...] elle avait décidé mais elle avait pas fait de visite, [...] on lui a conseillé nous d'aller voir le médecin, voilà de faire ce, ce type de visite » (E4), et une mise à jour du carnet vaccinal, « du coup elle est allée faire ses vaccins aussi » (E1).

4. Discussion sur le bien-fondé de la consultation préconceptionnelle

La diversité des entretiens nous a permis de constater une dualité concernant le bien-fondé de cette consultation.

a. Consultation légitime et pertinente

En effet, certaines femmes estimaient avoir besoin d'un avis, d'un accord médical avant de débiter une grossesse « je pense que dans tous les cas, voilà, si je, j'avais eu, enfin, un désir de grossesse, j'aurais quand même pris rendez-vous [...] pour en parler à mon médecin » (E3). D'autres étaient rassurées par la vérification du dossier médical, « je trouve ça mieux de partir préparée en se disant [...] tu pars avec un dossier qui est très bien, où y'a rien à signaler, plutôt que de commencer d'être dans le doute » (E5), même si le fait de consulter pour ce motif là n'avait pas été une évidence, « mais au début j'y ai pas pensé » (E5). D'autres encore pensaient que c'était mal de ne pas consulter avant le début de la grossesse « c'est pas bien je pense [de ne pas consulter en préconceptionnel] (rires) » (E6).

b. Médicalisation superflue

Ce qui est une certitude pour certaines ne l'est pas pour d'autres. Ainsi, la grossesse restait un acte naturel, « alors que c'est quand même quelque chose qu'on dit qui est tout à fait naturel, je veux dire, c'est depuis la nuit des temps » (ED), expliquant donc un étonnement, « d'aller comme ça, dire, ben, oui, on veut faire un enfant, bon ben heu, comment ça se passe alors que c'est quelque chose de, de naturel, c'est vrai que ça me, c'est comme si on me disait bon ben heu, comment on fait pour mâcher un aliment [...] ou pour respirer des choses comme ça » (ED), voire même parfois un refus de médicalisation de cette période là, « pour moi une grossesse, c'est spontané, c'est pas quelque chose que je prévois, ça vient quand ça vient [...] on n'est pas dans le calcul en fait » (EB).

Cette consultation revêtait un caractère non indispensable, « elle n'est pas essentielle, [...] je pense que j'aurais pu ne pas faire cette consultation » (E3), les femmes se justifiaient par l'attitude de leurs amies, « après, moi, je vais voir mes copines, elles ont décidé d'en faire, elles se sont posé dix mille questions » (EC).

V. LES ATTENTES DES FEMMES

1. Sur le cadre de la consultation

La plupart des femmes interrogées n'avaient pas d'attentes particulières avant la consultation, ou, lorsqu'elles en avaient, celles-ci restaient floues, difficiles à énoncer.

a. Certaines caractéristiques

Cependant, grâce à nos entretiens semi-dirigés, les femmes ont exprimé des souhaits concernant les différents aspects de cette consultation.

Ainsi, les femmes aspiraient à une consultation dédiée uniquement à la préconception, « si je savais que ça existait [une consultation dédiée] j'aurais préféré prendre rendez-vous » (E2). Cette consultation dédiée permettrait de poser des questions, « après pourquoi pas si y'a des gens qui ont des questions, si on a besoin d'avoir des réponses, tout ça » (E6) et devrait être longue, « forcément ça peut être intéressant de faire une heure de faire un briefing là-dessus » (E6).

On retrouvait le désir d'être revues en consultation, pour répéter l'information, « des piqûres de rappel de temps en temps pourquoi pas » (E1), pour avoir des réponses aux questions qui arrivaient au fur et à mesure, « voilà un autre rendez-vous avec d'autres questions [...] qui viennent au fur et à mesure » (E4), et pour adapter l'information à la maturité de la patiente « on va se poser des questions sur le moment et après on a le temps d'y réfléchir, de murir et peut-être de pouvoir poser d'autres questions » (E5).

Les femmes mentionnaient la notion de suivi préconceptionnel, « ça peut être un suivi après aussi » (E5), surtout en cas de long délai de conception, « ça peut être intéressant surtout si ça commence à mettre du temps pour que le bébé soit conçu » (E5).

Le fait de répéter les informations était important, « ben oui, parce que bon parfois on en assimile certaines, d'autres on les oublie, donc c'est toujours quand même intéressant de les répéter » (E3), et surtout, cela rassurait les femmes « moi j'en ai besoin [...] ça me rassure » (E2).

Pour finir, les femmes nous ont fait part de l'importance de nommer cette consultation, permettant d'une part de la connaître, d'autre part de l'anticiper, « je pense que si on avait mis peut-être un terme sur la visite ou le rendez-vous j'aurais peut-être plus pris le temps de me poser sur certaines questions » (E4) mais aussi de confirmer qu'elle avait été réalisée « fin pour moi j'avais pas fait une consultation de préconception. On n'a jamais énoncé ce mot [...] au moins on parle le même langage » (E6).

b. Le moment idéal pour faire la consultation

Au cours de nos entretiens, nous avons interrogé les femmes sur le moment idéal pour faire cette consultation. Les réponses étaient très variables.

Ainsi, certaines femmes proposaient de parler de la consultation préconceptionnelle dès la mise en place de la contraception, « ben faudrait en parler, ben je sais pas, dès la prise d'une contraception » (E3), d'autres après plusieurs années, « après plusieurs années de contraception, je sais pas 10 ans » (E1).

Elles la proposaient lors du suivi de la contraception, « si elles ont la pilule, le stérilet ou tout ça c'est mieux d'en parler, pour savoir justement, à quel moment faut arrêter la pilule [...] enlever le stérilet » (E2), ou lors du suivi gynécologique classique, « après ça peut être fait à l'occasion, ben je sais pas, d'une autre consultation [...] que ça reste dans le même milieu [gynécologique] » (E3).

Elles identifiaient des périodes plus favorables comme l'adolescence. En effet, une femme proposait d'évoquer la préconception lors d'un cours d'éducation sexuelle réalisé dans les établissements scolaires, « peut-être quand on fait les cours d'éducation sexuelle [...] dire que ça existe » (E6), permettant d'évoquer le sujet, quitte à y revenir plus tard, « qu'on se dise ah oui c'est vrai on a parlé de ça, ça existe. Où est-ce que c'est ? Et on va chercher l'info et on se renseigne et on y va quoi » (E6).

Au contraire, certaines femmes pensaient que la période de l'adolescence n'était pas la plus adaptée pour recevoir ce genre d'informations, « l'adolescence c'est peut-être un peu tôt, y'a déjà plein de sujets à aborder je pense » (E1), et qu'il ne fallait pas la faire trop tôt, « on peut en parler un peu plus jeune avant, mais si on en parle au début de notre vie d'adulte, on retient pas forcément les choses, parce que ça ne nous intéresse pas forcément » (EB). Certaines estimaient aussi qu'il n'y avait pas vraiment un âge pour faire cette consultation, « ben moi, j'ai eu des amies, à 20 ans elles disaient, à 21 ans, je veux avoir un enfant quoi déjà, donc il y en a, ça va être à 21 ans et j'en connais d'autres encore elles ont 32 ans et elles en veulent pas encore » (ED).

La consultation préconceptionnelle devait être réalisée quand le projet d'enfant se concrétisait, « je pense qu'il faut vraiment que le projet, voilà [...] le projet d'un enfant soit proche de cette consultation là » (E4), l'absence de projet rendant la consultation vaine, « il y a des femmes qui veulent pas avoir d'enfant donc je ne vois pas pourquoi elle fait cette consultation là » (EA).

Elles positionnaient cette consultation avant la grossesse, « ah oui, avant, avant la grossesse » (E1), et même précisément avant de concevoir, « c'est juste à ce moment là, juste à l'envie, avant que ça devienne... de passer à l'acte » (ED), justifiant cette période là comme la période où les femmes sont les plus réceptives à l'information délivrée, « là, on est vraiment dans le vif du sujet parce que si on en parle c'est qu'on a envie, donc forcément on sera intéressée » (EB).

Bien souvent, la période d'arrêt de contraception était identifiée comme une période propice pour la consultation, « euh je pense que oui, c'est pas mal quand on décide d'enlever son moyen de contraception » (E4), ou juste avant de l'arrêter, « c'est bien de le faire avant (haussement de ton) d'arrêter sa contraception moi je trouve » (E1).

Une condition avancée par certaines femmes était le fait d'être dans une stabilité affective, « être prête, être stable [...] oui voilà le bon conjoint » (E2), et que le couple ait décidé d'avoir un enfant, « quand avec leur compagnon elles se disent bon ben on

essaye » (E5), sans forcément attendre une officialisation du couple, « je sais pas [...] c'est pas... c'est pas le fait d'être marié, ça serait pas... fin, c'est trop fermé quoi » (E6).

Une femme proposait de faire cette consultation après plusieurs mois d'échec de conception, « elle essaye déjà depuis six mois et après elle va voir le médecin » (EA).

Nous retiendrons qu'il n'y avait pas de moment idéal, « euh... à un moment de la vie, non je suis pas sûre qu'il y en ait vraiment un en fait » (E6), et qu'elle pouvait être faite tout au long de la vie, « ben faudrait en parler [...] tout au long en fait du déroulement de la vie de femme » (E3), qu'il fallait personnaliser le moment, « je pense que chacun a son moment et son déclencheur à lui en fait au final » (E6), l'adapter en fonction des personnes, « ça dépend de chacun aussi quoi » (E1), du terrain et des facteurs de risques, « après ça dépend après si on fume [...] si y'a des éléments aussi comme ça » (E1).

Toutes ces variables d'ajustement rendaient donc cette consultation parfois difficile à positionner « ça va dépendre tellement de chaque femme que ça va être, je pense pas que ça va être trop gérable » (ED), les difficultés variant en fonction du type de contraception, « bon après c'est sûr que pour un stérilet c'est facile, par contre pour une pilule (rires) » (E4).

2. Sur le contenu de la consultation

a. Les informations manquantes

Les femmes identifiaient un manque d'information dans plusieurs grandes thématiques, à commencer par l'alimentation, « elle ne m'a rien dit par rapport à ça, par rapport au régime nutritionnel » (EA), et elles le regrettaient, « je trouve que ça manque ça, on sait pas trop » (E4).

La problématique de l'activité physique restait peu éclaircie, « je suis un peu embêtée parce que c'est mitigé les avis » (E6), elles demandaient un consensus « qu'il y ait quelque chose de clair quoi » (E6).

L'automédication n'avait parfois pas été abordée, « ça on en a pas trop parlé » (E1). De même, les femmes attendaient des informations sur les risques de la fatigue, sur la conduite, « est-ce que la grossesse au niveau de l'attention, la conduite, ça pompe pas trop d'énergie pour être attentive ? » (E4).

Une patiente atteinte de la maladie de Crohn avait des interrogations très spécifiques à sa pathologie, notamment l'hérédité, « est-ce que c'est héréditaire ? » (E6), les

symptômes de la maladie pendant la grossesse, « comment je vais me sentir pendant » (E6) mais aussi après la grossesse, « du coup j'ai parlé d'après » (E6).

Les femmes exprimaient ne pas avoir eu conscience des risques pour le futur bébé à prévenir dès la période préconceptionnelle, « c'est vrai que les questions [...] où on se demande si on est enceinte ou pas, j'ai pas trop mesuré les risques » (ED).

b. Les informations souhaitées

Les informations souhaitées étaient différentes en fonction de l'expérience de la femme « j'ai moins cette découverte [...] du coup j'ai besoin que ça soit plus [...] concret » (E4), et donc en fonction de la parité « dans le cas d'un premier ou d'un troisième, on n'a pas les mêmes attentes et les mêmes, les mêmes besoins » (E4). Elles demandaient donc une information spécifique et personnalisée, « répondre à des questions qui étaient plus spécifiques vis-à-vis de moi en fait, et pas juste les généralités » (ED).

Elles souhaitaient être informées des nouveautés, « parce qu'en plus ça évolue vachement » (E2). Elles demandaient des explications sur les modalités d'arrêt de la contraception, « l'enlèvement du stérilet [...] savoir voilà comment on l'enlevait, à quel moment » (E4), sur le délai entre l'arrêt de la contraception et le début de la conception, « avec l'arrêt de la pilule, est-ce qu'il fallait attendre pour [...] mettre en route la conception » (E1), mais aussi entre l'arrêt de la contraception et une possible fécondation, « quel délai [...] entre le moment où on l'enlève et le moment où on pouvait avoir voilà une fécondation » (E4).

Ensuite, elles exprimaient le souhait d'informations sur la conception elle-même, « il faut expliquer à la femme dès le début comment il faut faire pour avoir un enfant » (EA), sur le cycle menstruel, « ben expliquer à peu près mes cycles » (E5), sur l'ovulation, « poser des questions sur l'ovulation » (E5), et du coup, elles voulaient connaître la période féconde, « cette question de quand est-ce que c'était le bon moment » (ED) ainsi que le taux de fécondité, « je voulais savoir [...] quelle était la chance de tomber enceinte dès les premiers essais » (ED).

Les femmes se questionnaient sur les vitamines à prendre pendant la grossesse, « peut-être qu'il y a d'autres vitamines qu'il faut prendre » (EA), sur le bon moment pour mettre à jour ses vaccins « est-ce qu'il faut attendre de tomber enceinte avant de, de le faire ou pas » (E2). L'alimentation était aussi source d'interrogations, « c'était vraiment

l'alimentation parce qu'on est un peu perdue » (E5), tout comme l'automédication, « l'automédication [...] ce sera un bon sujet [...] à réaborder » (E1).

Une femme évoquait la nécessité de faire le point avec le couple sur le projet d'enfant pour évaluer leurs envies, « poser la question de l'envie de chacun et voir, parler avec eux » (ED), amenant ainsi à une réflexion sur la place occupée par un enfant dans la vie d'un couple, « c'est pas juste faire un bébé, c'est faire un bébé et penser à toute l'éducation qui est derrière » (ED).

Beaucoup de femmes étaient en demande d'informations sur la conduite à tenir en cas de grossesse, « si je suis enceinte, qu'est-ce qu'il faut faire » (EC), sur la grossesse elle-même, « qu'elle m'explique les choses à faire, le déroulement » (E1), ses risques, « tout ce qui était les risques » (ED), les symptômes et les douleurs, « après des douleurs » (E4), la fatigue, « tout ce qui est, oui plutôt d'ordre physique, la fatigue » (E4), la sexualité pendant la grossesse, « pendant cette période là, il y a moins de désir ou plus de désir » (E4), mais aussi sur l'organisation du suivi obstétrical, « je savais pas [...] si j'allais être suivie par mon gynécologue [...] ou le Dr X » (E1).

Elles souhaitaient aussi évoquer le risque malformatif, « moi, ce qui m'inquiète, c'est d'avoir un enfant handicapé » (ED), notamment en expliquant le dépistage, « comment ça se passe, pour le dépistage et à quel moment on le fait, qu'est ce qui se passe, comment on est pris en charge » (ED).

Enfin, le lieu d'accouchement était source d'inquiétude chez les femmes, « mon angoisse d'aujourd'hui c'est où est-ce que je vais accoucher » (EB), ainsi que les risques de l'accouchement, « peut-être l'accouchement, parler de ces choses là parce que c'est vrai que c'est un peu l'inquiétude » (E5).

c. Un thème émergent

Plusieurs femmes ont exprimé le souhait d'en savoir plus sur leur fertilité.

Le désir de concevoir un enfant était fort, avec une volonté d'aller vite, « pour le faire vite [...] j'étais déjà dans l'optique que j'allais avoir un bébé tout de suite » (EA), devenant parfois même obsédant, « c'est une obsession parce que j'y pense tous les jours » (EA).

Elles tenaient à connaître la période idéale pour concevoir, « [la période] la plus propice » (E5) et surtout à avoir des conseils pour optimiser la conception, « qu'est-ce

qu'on peut faire pour que ça marche bien » (EC), souhaitant même des précisions sur les rapports sexuels, « à quelle fréquence faire l'amour, combien de fois par semaine [...] de même les positions, j'en sais rien » (EA).

Elles demandaient à connaître le délai moyen de conception, « elle ne m'a pas vraiment expliqué combien de temps il fallait attendre pour tomber enceinte » (EA).

Elles exprimaient une grande difficulté face à ce délai, qu'elles trouvaient long, « il faut attendre minimum six mois pour tomber enceinte et même peut-être mieux » (EA), stressant, « je me suis dit, si vraiment il faut un an pour faire un enfant, je vais commencer à stresser » (ED) et source d'interrogations, « ça ne vient pas et on se pose des questions, pourquoi » (EA).

Elles doutaient de leur fertilité, « quand on se lance on a très peur que ça ne marche pas, même si on est jeune » (E5), surtout si la grossesse tardait à débiter, « je ne suis pas tombée enceinte du premier coup, du deuxième coup, je me dit, si ça se trouve, je ne peux pas avoir d'enfant » (EA). Elles remettaient également en cause la fertilité de leurs conjoints, « peut-être mon mec il a des problèmes » (EA).

Ainsi, elles souhaitaient mieux connaître les délais de consultation pour hypofertilité, « qu'est-ce qu'on fait si je ne suis pas enceinte, au bout de combien de temps on s'inquiète » (EC), s'étonnant de ce délai, « on dit que c'est au bout d'un an qu'il faut consulter un médecin si jamais on ne tombe pas enceinte, je me dis que c'est quand même beaucoup » (EA).

3. Sur le professionnel de santé

Au cours des entretiens, à travers leurs attentes, leurs doléances, leurs volontés, les femmes ont esquissé le profil d'un professionnel de santé idéal.

a. Missions demandées

Une première idée forte demandée par les femmes était de personnaliser la consultation, parce que les femmes avaient besoin d'entendre ce qui les concernait « c'est vrai qu'il y a des conseils généraux qu'on peut donner mais [...] on a besoin d'entendre du cas par cas » (E4), expliquant que chaque individu était un être singulier, « j'avais demandé quelques petites choses spécifiques parce que c'est vrai que comme on est toujours des cas particuliers » (ED). Chaque personne a son vécu et ses propres représentations, entraînant une adaptation en permanence du professionnel à chaque

patient, « échographie, ben quand je le souhaitais elle me le prescrivait pour être rassurée » (E2).

Les femmes demandaient au professionnel de santé d'anticiper autant que possible la consultation, « je pense que ça doit venir [...] du médecin s'il sent que voilà » (E5), il devait savoir repérer le bon moment « je comprends aussi, le médecin peut pas dire à toutes (rires) oui vous voulez un bébé » (E5), sans être trop intrusif, « ben en parler de temps en temps, tendre une perche, sans forcément être lourd sur les questions » (E3).

Les femmes attendaient du professionnel qu'il les encourage, « j'avais plus besoin [...] qu'elle m'encourage » (E2), qu'il les rassure, « j'avais plus besoin [...] c'était plus pour moi, pour me rassurer » (E2), notamment en expliquant les choses, « et arriver à...à rassurer, à dire voilà ça c'est normal, ça c'est pas normal » (E5), pour limiter l'inconnu, « qu'elle m'explique les choses à faire avant [...] parce qu'on va vraiment vers l'inconnu » (E1) et pour comprendre le but des examens pratiqués, « c'est toujours positif de voilà d'avoir l'écho de datation, mais expliquer [...] le pourquoi du comment » (E4).

Elles désiraient également être déculpabilisées, « je pense que la déculpabilisation sur pas mal de sujets ça peut être pas mal » (E6).

Elles espéraient qu'il leur apporte des réponses, « elle m'a dit ben c'est un manque de magnésium [...] je me suis dit ah oui d'accord » (E6), et qu'il confirme les informations qu'elles avaient déjà, « donc après j'ai reposé les mêmes questions en fait pour, pour voir en fait » (E6).

Les femmes appréciaient de se sentir suivies par le professionnel de santé, « je vous vois là et je vous vois dans six mois pour voir où vous en êtes » (E5), qui devenait leur contact référent, « je sentais que même si y'avait un souci, voilà je pouvais aborder, je pouvais l'appeler lui dire bon ben ça marche pas » (E5).

Il devait repérer les situations à risques, notamment les violences, « je pense que c'est au médecin aussi à voir s'il [...] vaut mieux qu'il l'aborde » (E6), en offrant l'opportunité aux femmes de s'exprimer « je suis pas sûre que la personne interrogée elle réponde oui franchement. Ça ouvre une porte si jamais elle l'a pas ouverte chez quelqu'un d'autre » (E6).

b. Qualités souhaitées

On notait une liste des qualités que les femmes souhaiteraient retrouver chez le professionnel de santé dans le cadre de cette consultation.

Tout d'abord, le professionnel devait être une personne de confiance, « Mme X me semble quelqu'un de confiance et que c'est important » (EB). Il devait faciliter le dialogue, « comme le docteur est ouvert, on peut discuter avec elle » (E4), pour être libre de parler de tout, « j'ai la chance d'être suivie par une gynécologue avec qui je pouvais parler de tous les aspects » (E3) et pour pouvoir mettre à l'aise, sans sujet tabou « je pense qu'il faut être à l'aise aussi, parce que si on est pas à l'aise je pense qu'on va pas au bout des questions » (E5).

Il devait également montrer de l'intérêt, « que le médecin voilà, s'intéresse à cet aspect là de notre santé ou de notre personne » (E3), et être dans le dialogue, « j'ai besoin [...] d'en discuter, de savoir comment ça évolue [...] c'est important d'en discuter même avant, pendant, après » (E2) tout en restant à sa place, « je veux dire on est pas jugé par le médecin, c'est une envie de couple, donc ça il rentre pas forcément dans l'intimité » (E4).

Il devait rester accessible, « j'appelle, si j'ai besoin je me gênerai pas pour le faire » (E1), disponible, « je préfère appeler, genre si ça marche et lui poser les questions » (EC), et prendre le temps, « parler avec la patiente [...] pendant une demi heure » (EA). Il devait s'exprimer clairement, « c'est vrai que le Docteur X parle clairement » (ED), et rester compétent, « parce que d'un médecin à un autre on est peut-être un peu moins bien conseillé » (E4).

Les femmes appréciaient les multiples domaines de compétence du professionnel de santé, « ce qui est bien c'est que la généraliste fait de la gynéco [...] elle est pédiatre aussi, donc du coup voilà, je pense que (rires) elle a plusieurs atouts » (E6).

c. Doléances sur le professionnel

Nous retiendrons quelques déceptions des femmes, notamment de s'être senties incomprises, « elle ne s'est peut-être pas posée les mêmes questions que moi » (EA).

Elles regrettaient également parfois le manque d'information, « des informations supplémentaires, je dirais pas qu'elle m'en ait fournies énormément » (ED), notamment vis-à-vis d'une maladie chronique, « j'ai posé mes questions sur... sur Crohn. Mais elle a

eu les mêmes réponses donc j'ai tenté mais j'ai pas eu vraiment celles que je voulais » (E6).

Elles souhaitaient se sentir suivies pour les différents examens prescrits comme la biologie, « elle a reçu les résultats de la prise de sang et je n'ai pas eu de nouvelles [...] je me dis que tout va bien mais voilà [...] elle m'aurait appelée, ça m'aurait rassurée » (EC).

Enfin, elles apprécieraient que le professionnel de santé insiste plus sur la prévention des toxiques et notamment sur l'arrêt du tabac, « l'arrêt du tabac on en avait discuté mais on avait pas plus accentué que ça [...] je pense que j'aurais pu me préparer mieux, mettons à diminuer le tabac » (E4).

d. Place du professionnel de santé

i. La force du suivi

On retrouve une relation de confiance entre le professionnel et sa patiente, « après j'étais à l'aise parce que après moi je la... moi c'est mon médecin traitant » (E5), permettant d'ouvrir le dialogue sur le projet d'enfant « après je la connais bien, c'est vrai qu'elle me connaît bien aussi donc elle a réussi aussi, parce que sinon peut-être que voilà » (E5).

Consulter en préconceptionnel permettait d'avoir une information précise et validée, « je me suis dit ben au lieu de chercher à droite, à gauche [...] ça serait bien plutôt de faire une consultation pour avoir vraiment des éléments sûrs, véridiques » (ED).

Cette consultation marquant un point de départ de la grossesse, avec un dossier prêt, les femmes ont déclaré vouloir être suivies par la personne qui l'avait réalisée, « on est suivie dès le départ, elle avait mes résultats en amont, voilà si elle me connaît, elle avait tous mes frottis mes machins et tout donc voilà, y'a un vrai suivi » (E4). Revoir la même personne permettait d'approfondir des questions tout au long du suivi, « j'ai décidé de faire mon suivi de grossesse par le Docteur X, et donc au final, la dernière fois que j'y suis allée, j'ai reposé des questions » (ED).

ii. La nécessité de faire la part des choses

Certaines femmes souhaitaient faire la distinction entre le suivi gynécologique et le suivi classique, « j'ai fait attention à aller voir voilà le docteur que pour mes trucs gynécos, j'ai un autre docteur pour [...] les petits soucis du quotidien, c'est vraiment distinct » (E4), car il pouvait y avoir des difficultés à faire les deux, « mais une personne qui va voir [...]

le même docteur, c'est compliqué de sentir et de faire un peu de gynéco quand on est chez le médecin généraliste » (E4).

Parfois aussi, du fait de la présence d'antécédents médicaux à risque pour la grossesse, les limites du suivi par le médecin généraliste ont été explicitées, « je peux pas être suivie par mon médecin généraliste [...] elle m'a dit je peux pas » (E6).

4. Sur la communication au cours de la consultation

a. La façon de communiquer

Certaines femmes arrivaient à la consultation préparées, elles avaient fait des recherches, elles avaient appris des choses, « maintenant, je sais beaucoup plus qu'il y a trois mois » (EA). Étant préparées, elles posaient des questions, « en me renseignant un peu partout, c'est moi qui ai initié ces questions là » (EA), arrivaient avec des demandes et des attentes précises, « j'y suis arrivée avec toutes les infos, j'ai dit bon voilà on veut faire ça, ok pas de problème, et voilà, après elle m'a donné les infos » (E6).

Dans la relation de communication, les femmes voulaient être émettrices d'informations, « oui, d'être écoutée » (E3), de questions, « moi aussi j'attendais de pouvoir poser des questions » (E5), et souhaitaient être mieux informées, « faire les examens en amont oui, mais dans quel but? Et pourquoi? [...] Dire voilà on va faire ces prises de sang pour contrôler ça, ça et ça [...] plus s'appuyer sur le but des, des examens » (E4).

Certaines femmes ne s'étaient pas senties assez dirigées, « c'est pas elle qui m'a guidée » (EA), probablement parce que les femmes ne sont pas habituées à poser des questions, « parce qu'en général, j'aime bien [...] qu'on me pose des questions » (ED). Elles regrettaient que le professionnel n'ait pas initié un dialogue « c'est vrai que ce côté, c'est ce que j'ai un petit peu regretté, je m'attendais un peu à ce qu'elle me donne des informations et à ce que au fur et à mesure je pose des questions » (ED).

La discussion au cours de la consultation pouvait conduire à de nouvelles interrogations, « c'est lors de la discussion il y a des questions qui sont venues ouais » (E4), les obligeant à ordonner leurs idées, « ben je vais mettre de l'ordre dans mes idées alors » (ED).

b. Les sources d'informations

Les femmes ont mentionné différentes sources d'informations.

L'entourage familial et amical était très présent, donnant des conseils, « je le sais un peu parce que j'ai une copine qui est enceinte [...] elle m'avait dit qu'elle évitait tout ça » (E1) et partageant des expériences, « en en parlant avec ma mère [...] elle m'a dit mais ça m'a fait exactement la même chose » (ED).

Certaines femmes avaient des connaissances par le biais de leurs études, « c'est vrai que moi, j'ai fait une formation bio aussi donc je connaissais le cycle » (ED), mais malgré tout, elles avaient besoin d'informations, « j'ai [...] fait mon BP en pharmacie, j'ai des questions quand même » (E5).

Les femmes ont fait appel à internet pour préparer la consultation, « avant d'aller faire cette consultation, je me suis renseignée sur internet » (ED), tout en remettant en question la validité des informations trouvées « je connais internet, c'est à prendre avec des pincettes » (ED). Cette source d'information, bien que peu fiable, restait utilisée, « on va sur Google[®], on trouve des réponses qui des fois sont erronées mais voilà » (EA). Certaines préféraient ne pas y avoir recours « c'est sur internet donc dans le doute on préfère pas faire que faire » (E4).

Enfin, repéré comme tel par les femmes, le professionnel de santé était une source d'informations fiables et sa supériorité par rapport à internet restait évidente, « je pense qu'internet il y a du bon et du mauvais, c'est bien d'avoir à faire à quelqu'un qui s'y connaît vraiment » (EC).

Les femmes avaient conscience également du recours possible aux autres spécialistes, au besoin, « je pense que c'est des questions que j'aurais plus avec mon gynécologue » (E2), « les questions c'était surtout lié à Crohn, donc je préférais les poser à mon gastro » (E6).

c. Les supports d'informations

Le support le plus plébiscité par les femmes était le document délivré par le professionnel, « un livret sur justement la grossesse et tous les maux, des conseils, des astuces » (ED), contenant une information validée, facile à lire, « ça reste ponctuel et attractif » (E4), rapide d'accès, « le livret, hop, on l'a sorti en deux secondes, on a cherché, on a trouvé l'information, parfait ! Très efficace ! » (ED). On retrouvait la

demande d'une page internet, « une page internet avec des rubriques, très (haussement de ton) sommaire » (E5).

Plus généralement, c'était l'information écrite qui était préférée, « après le mail moi j'aime bien, parce que ça reste écrit » (E6), dans une juste mesure, « un ça va, mais si y'a beaucoup, c'est comme toutes les pubs là on les zappe » (E4).

Une patiente avait évoqué le côté pratique de l'application Ameli et de la communication par mail, « j'ai l'appli direct et je reçois les mails [...] Ameli dès qu'on a fait la déclaration de grossesse » (E6).

Enfin, le livre restait une bonne source d'information, « je me suis quand même acheté quelques petits livres [...] à lire » (E1) et plus ludique « moi je trouve ça sympa, un petit livre, un petit bouquin » (E1).

d. La promotion

Certaines femmes nous ont fait part de la nécessité de faire connaître cette consultation, « je pense que c'est intéressant aussi, de dire que ça existe » (E6) en expliquant pourquoi elle était faite, « ce qui manque en fait c'est vraiment le but » (E4).

Les femmes ne se sentaient pas informées « je pense que voilà on n'est peut-être pas toujours informée » (E5), et le regrettaient, « c'est dommage d'arriver à la troisième grossesse [...] pour entendre parler de ça » (E2).

Elles demandaient plus de communication, « qu'il faut peut-être plus communiquer sur cette visite là » (E4) et proposaient plusieurs voies : via le professionnel de santé, « que les médecins communiquent plus, en disant voilà quand vous avez vraiment décidé [...] y'a un rendez-vous qu'on vous conseille, pour débiter votre grossesse » (E4), ou alors, par une campagne de publicité grand public, « ben comme ils font à la télé, des campagnes de pub (rires) » (E4), ou enfin par l'envoi d'un courrier, « on est tous joignables, soit par mail soit par lettre. Donc je pense que c'est aussi une bonne voie » (E6).

Elles soulevaient malgré tout les difficultés pour repérer les personnes cibles « il y a pas de déclaration de je vais être maman quoi » (E6), proposant l'utilisation des big data pour repérer ces femmes « je pense qu'avec toutes les données qu'on peut collecter maintenant [...] se servir justement de ça » (E6).

La consultation préconceptionnelle était vraiment vécue comme une étape à part entière du projet de grossesse, « je pense que oui, il faut marquer des étapes dans la grossesse et celle-là en fait partie, c'est une étape avant (haussement de ton), ouais avant grossesse » (E4).

DISCUSSION

I. Critiques de la méthode

1. Forces de l'étude

La période préconceptionnelle est un sujet d'actualité (17). Que ce soit en France (18) ou à l'étranger (19) (20) (21), les groupes d'experts et les sociétés savantes s'accordent pour encourager les professionnels de santé à réaliser une consultation dédiée à la préconception.

Nous avons trouvé des études s'intéressant aux connaissances des médecins, à leur vécu de cette consultation (22) (23) (24) (25) (26). D'autres études se sont intéressées aux connaissances des femmes (14) (27) (28), montrant que lorsqu'elles ont pris conscience de leur manque d'informations, elles comprenaient tout l'intérêt de cette consultation.

De ce fait, notre travail, étudiant leur ressenti et leurs attentes, semble d'autant plus important qu'il est original, puisqu'il y a peu de travaux dans la littérature se plaçant du côté des patientes. Il devrait nous aider à répondre à une demande croissante de leur part et à mieux comprendre leurs besoins dans ce projet de grossesse.

La méthode qualitative nous a permis d'obtenir une grande diversité dans les réponses des femmes.

Aucune des chercheuses n'avait participé à la réalisation de la consultation préconceptionnelle pour ne pas altérer la spontanéité du discours ni l'objectivité de l'analyse.

Au niveau méthodologique, nous avons réalisé cette étude à deux chercheuses, permettant une triangulation des données et l'optimisation de la fiabilité des données recueillies.

2. Limites de l'étude

a. Biais d'échantillonnage

Dans une étude qualitative, l'échantillon ne peut être considéré comme représentatif, de ce fait les résultats ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population féminine.

La diversité de notre échantillon nous a permis de parvenir à une saturation théorique des données mais certains autres profils de participantes auraient probablement fait émerger de nouvelles données.

Notre échantillon est limité au niveau de l'âge, avec des extrêmes de 24 et 34 ans. Nous n'avons pas réussi à recruter de femmes plus jeunes ou plus âgées. Cela s'explique probablement par le fait que l'âge moyen des femmes lors du premier accouchement en France est de 28,5 ans (29) et c'est donc autour de cet âge que les femmes ont consulté. Cela montre aussi qu'en primiparité, les grossesses précoces ou tardives échappent peut-être plus à cette consultation de prévention primaire, alors qu'elles sont à risque. Ce fait est important.

La diversité socio-économique est également limitée, les femmes interrogées étant toutes diplômées. Nous avons recruté deux femmes, plus jeunes et de niveau socio-économique plus bas. Malheureusement, nous n'avons pas réussi à les interroger. La première n'a pas compris notre étude et a eu du mal à nous identifier par rapport à son médecin traitant : il y avait une confusion empêchant l'entretien. Pour la deuxième, trois rendez-vous ont été programmés, auxquels elle ne s'est jamais rendue. Cette difficulté à interroger les femmes en situation de précarité est décrite dans les recherches d'épidémiologie sociale, mesurant l'impact de l'environnement socio-économique d'un individu sur ses comportements de santé et sur l'accès aux soins de prévention (30).

Par ailleurs, la moitié des femmes étaient enceintes au moment de l'entretien. Leurs avis et projections sont donc probablement différents de ceux de la période préconceptionnelle.

Enfin, les femmes connaissaient le sujet de l'étude avant l'entretien et pouvaient donc s'y préparer, bien que nous n'ayons pas senti de quelconque préparation de leur part lors des entretiens.

b. Biais de recrutement

Le recrutement s'est effectué sur les départements de Haute-Garonne et Tarn-et-Garonne pour des raisons pratiques, ce qui limite la diversité des lieux.

Plusieurs médecins n'ont pas voulu participer au recrutement, car ils estimaient que leur façon de faire la consultation préconceptionnelle n'était pas conventionnelle, parfois éloignée de la recommandation HAS. Malgré notre réassurance et nos

encouragements, nous avons le sentiment que certains n'ont pas participé de peur de nous adresser des femmes n'ayant pas eu une consultation standardisée.

Les médecins ou sages-femmes recruteurs étaient tous volontaires et motivés. On peut imaginer que ces professionnels étaient plus investis dans la préconception, ce qui n'est pas représentatif du corps médical.

c. Biais liés aux enquêtrices

Pour les deux enquêtrices il s'agit d'un premier travail de recherche qualitative.

Bien qu'aidées par la lecture d'ouvrages de méthodologie et par notre participation à plusieurs séminaires de formation organisés par le DUMG, nous manquions d'expérience dans la réalisation des entretiens semi-dirigés. Cela a pu limiter la qualité des réponses obtenues, notamment pour les premiers entretiens, où nous étions focalisées sur le guide d'entretien et donc moins réceptives aux échanges avec les femmes interrogées.

Une part de subjectivité liée à nos documentations, connaissances, personnalités et sensibilités respectives a pu induire des opinions et présuppositions sur le sujet abordé (16).

Enfin le fait que nous soyons deux femmes, sensiblement du même âge que les femmes interrogées, a pu créer une certaine proximité et influencer leurs réponses.

d. Biais d'interprétation

L'analyse des discours et la production de sens comportent inévitablement une part d'interprétation.

Afin de diminuer ce risque, nous avons retranscrit, analysé et codé les entretiens rigoureusement, rapidement après les avoir réalisés, par le biais d'une double lecture, en tenant compte du contexte d'énonciation.

La triangulation des données, avec la directrice de thèse, a permis de minimiser ce biais.

Nous avons également mené un effort de réflexivité tout au long de l'étude afin de nous affranchir de nos a priori et de notre statut de médecin en fin de formation pour ne pas interpréter les données recueillies.

II. Une consultation plébiscitée

1. Adhésion

Les médecins généralistes accordent, en théorie, une place importante à la consultation préconceptionnelle définie comme un ensemble d'actions pouvant favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé de toute femme en âge de procréer, permettant d'éviter d'éventuelles complications obstétricales (1) (22).

En s'intéressant au point de vue des femmes, notre étude montre aussi leur adhésion à cette consultation, « bien sûr que ça a été utile [...], à refaire, il faudrait la refaire » (E1). Elle souligne l'intérêt majeur qu'elles lui portent et donc l'importance, pour nous, en tant que professionnels de santé, de la réaliser, puisqu'elle répond à de réels besoins et attentes, peut-être insoupçonnés de nos patientes jusqu'à sa réalisation.

Au cours de nos entretiens, on retrouve un enthousiasme après la consultation, « j'étais contente, j'avais hâte [...] que ça fonctionne » (E4), avec parfois pour certaines une véritable prise de conscience de l'importance de la période préconceptionnelle « je me dis, on a plein de choses à faire quand il sera là, à s'en occuper et tout, et même avant en fait » (E3). Il semble donc que leur satisfaction a posteriori puisse nous convaincre de la facilité qu'il y a à proposer ce rendez-vous dédié. Cette idée est également retrouvée dans la thèse de Hachemi (27).

Fortes de leurs connaissances, elles en parlent autour d'elles, « on lui a conseillé nous d'aller voir le médecin, voilà de faire ce, ce type de visite » (E4).

2. Étape de la grossesse

Une idée nouvelle a émergé de nos entretiens, le fait de considérer la préconception comme une étape à part entière d'une grossesse, « je pense que oui il faut marquer des étapes dans la grossesse et celle-là en fait partie, c'est une étape avant (haussement de ton), ouais avant grossesse » (E4).

L'accompagnement préconceptionnel serait alors défini comme une première étape clé dans le projet d'enfant (31) (32).

La santé de l'enfant d'aujourd'hui pour prévenir celle de l'adulte de demain devient un enjeu de notre siècle. Déjà dans les années 80, l'épidémiologiste Barker (33) a montré qu'un petit poids de naissance, lié à la sous-nutrition, augmente le risque d'infarctus du

myocarde à l'âge adulte. Ce lien direct entre la malnutrition de la future mère et la perturbation du développement de sa descendance pourrait s'expliquer, entre autre, par l'épigénétique qui constitue la mémoire des événements vécus, qu'ils soient bénéfiques ou délétères, dès le stade intra-utérin. Contrairement aux marques génétiques, irréversibles, les marques épigénétiques sont potentiellement réversibles, offrant ainsi des cibles pour la prévention (34) (35). On saisit donc l'importance de cette période pendant laquelle l'enfant est sensible à son environnement. Cela donne sens au concept des 1000 premiers jours de l'enfant, allant de la préconception à ses deux ans. Cette période, fenêtre d'opportunité à saisir en terme de prévention pour le professionnel de santé, semble résonner aussi chez les futurs parents.

Beaucoup ont conscience que la consultation du premier trimestre de grossesse est trop tardive pour prévenir le risque malformatif et mettre en place des mesures adaptées (limiter l'exposition aux toxiques, prévenir les infections materno-fœtales par la vaccination, les règles hygiéno-diététiques...) (14) (36) (37) (38) (39).

Comme Anderson et al l'ont montré, la grossesse entraîne des changements de comportement des femmes vis-à-vis des facteurs de risque mais, bien souvent, ces changements sont trop tardifs. Ceci justifie une intervention dès la préconception (40). Nos patientes l'ont compris et ont affirmé s'être senties réceptives dès cette période là. C'est une autre facilitation qu'elles nous offrent.

En mettant à jour le dossier médical et surtout en repérant le niveau de risque obstétrical (41) et les facteurs de vulnérabilité (parfois dépistés trop tardivement, par l'examen prénatal précoce par exemple), cette consultation signe aux yeux des femmes le vrai départ de la grossesse.

3. Suivi préconceptionnel

Certaines femmes ont évoqué leur regret d'une seule consultation, « ça aurait été bien qu'une fois qu'elle avait les résultats de la prise de sang, qu'à la limite je retourne la voir » (EC). Elles apprécient d'être suivies par le même professionnel de santé dès la préconception « on est suivie dès le départ, elle avait mes résultats en amont, voilà elle me connaît, elle avait tous mes frottis mes machins et tout » (E4). Cela leur permet d'avoir un référent, une personne identifiée pour répondre à leurs interrogations, à leurs inquiétudes, d'autant plus s'il y a des difficultés à concevoir « ça peut être

intéressant surtout si après ça commence à mettre du temps pour que le bébé soit conçu » (E5).

Grâce à ce suivi, les femmes expriment la possibilité de mûrir leur projet et de poser leurs questions au fur et à mesure, « on va se poser des questions sur le moment et après on a le temps d'y réfléchir, de murir et peut-être après de pouvoir poser d'autres questions » (ED). Elles inventent spontanément la notion de « suivi préconceptionnel », également préconisé par Delvoye, auteur de recommandation de soins préconceptionnels en Belgique. Pour lui une seule consultation ne peut suffire à la prévention préconceptionnelle, il opte plutôt pour des consultations multiples « d'opportunité » (42).

III. La femme au cœur de la préconception

1. Volonté d'explications et de supports

Les femmes sont en demande d'explications. Elles veulent comprendre le but des examens et leurs conséquences, « là elle m'a bien expliqué [...] le pourquoi du comment, [...] y'avait vraiment le but de cet examen là » (E4).

On se rend compte que la relation médecin patient a évolué. Nous ne sommes définitivement plus dans une relation paternaliste mais devant une relation triangulée avec des sources multiples telles qu'internet, les réseaux sociaux, et face à des patientes qui veulent comprendre et maîtriser leur santé.

Nous devons pour cela travailler sur cette relation éducative et cela passe par l'amélioration de notre façon de communiquer. Bien que certaines personnes puissent posséder une facilité « naturelle » à communiquer, on sait maintenant que les habiletés requises pour une communication professionnelle efficace ne sont pas innées et doivent être apprises (43) (44).

De plus, les femmes sont demandeuses d'une information validée, rapidement accessible et pratique, récapitulant le contenu principal de la consultation. Ce support, délivré par le professionnel de santé, leur permet de revenir sur des éléments essentiels qu'elles ont peur d'oublier. Cette demande rejoint l'anticipation du corps médical qui a mis à disposition des professionnels de santé des outils validés destinés aux femmes, telles que des fiches conseils sur l'alimentation, les toxiques et l'automédication (45) (46).

2. Individualiser l'information

Cependant les femmes souhaitent aussi une information individualisée et adaptée, « c'est vrai qu'il y a des conseils généraux qu'on peut donner mais je pense [...] on a besoin d'entendre du cas par cas » (E4).

Cette notion est en accord avec les propositions de la HAS, qui définit un des objectifs de la consultation préconceptionnelle comme une intervention adaptée à chaque femme (15). D'autres travaux ont retrouvé cette notion de conseil médical personnalisé (14) (47). Que l'on parle d'éducation pour la santé ou d'éducation thérapeutique, le but recherché est le même : acquérir des compétences pour entretenir et développer son capital santé (48). Même si la démarche pédagogique est différente, il convient d'individualiser l'information en restant centré sur les besoins du patient. Cela ne signifie pas que l'intégralité de la consultation préconceptionnelle doive être individualisée mais que celle-ci doit être modulable et adaptable à chaque couple consultant.

3. Inquiétudes sur leur fertilité

Un des grands thèmes retrouvé dans notre étude est l'inquiétude des femmes sur leur fertilité, « parce que bon c'est vrai que quand on se lance on a très peur que ça ne marche pas » (E5), avec une notion de rapidité, d'efficacité, de pression sociale, dans un monde où tout doit aller vite « on vit dans une société où on veut vraiment tout, tout de suite donc on aurait aimé tomber enceinte aussi rapidement » (EA).

Les femmes ressentent une pression pour concevoir, ce qui engendre beaucoup de stress. Il nous faut en tenir compte et leur donner des informations simples sur la conception : rappel sur les cycles et notamment la période la plus fertile, le délai moyen pour concevoir et à partir de quand il faut s'inquiéter et consulter, ainsi que des conseils sur la sexualité si nécessaire. Cela permet de les rassurer.

Évoquer la fertilité pour lever les craintes des femmes nous paraît être un thème émergent dans notre travail de recherche. La HAS ne propose en effet d'orienter la femme ou le couple vers une consultation adaptée qu'en cas d'infertilité ou de se limiter à la recherche des facteurs de risques individuels jouant sur la fertilité de la femme (âge, antécédents)(15). Il n'est pas proposé d'évoquer la fertilité afin de rassurer les femmes.

Une étude qualitative réalisée aux Pays-Bas retrouve ce même besoin des femmes d'évoquer la fertilité au cours de la consultation préconceptionnelle (49).

4. L'homme, simple spectateur ?

Une étude faite en 2013 auprès des médecins généralistes, rapporte que depuis la suppression du certificat prénuptial, le père est inexistant en ce qui concerne la santé préconceptionnelle, notamment du fait que la consultation a lieu en général dans le cadre du suivi gynécologique (26).

Dans notre étude la place de l'homme n'obtient pas le consensus des femmes. D'après elles, même si certaines apprécient qu'il soit présent, elles ne sont pas toujours très convaincues du fait que leur partenaire soit réellement intéressé. Pourtant, nous avons eu l'occasion, lors de deux entretiens, de recueillir l'avis direct des hommes qui avaient pris part à la consultation.

Ils ont trouvé normal d'être aux côtés de leur conjointe pour ce rendez-vous, « et puis, si ça peut rassurer ma compagne [...] je suis présent, y'a vraiment pas de problème » (E3). Cela leur a permis de participer à leur façon à cette première étape, « du coup on participe vraiment, enfin moi en tout cas c'est mon ressenti, j'aime bien participer à ce genre de choses, parce que c'est un projet quand même qui se construit à deux donc je trouve ça super intéressant de faire ça à deux » (E5). Dans les deux cas il s'agissait d'un premier projet de grossesse.

Il serait intéressant de reprendre le sujet de notre recherche en s'intéressant cette fois au ressenti des hommes, afin d'adapter aussi cette consultation à leurs besoins et attentes et à la transformer en une réelle consultation de couple.

Une étude néerlandaise réalisée en 2012, interrogeant des hommes sur la préconception a montré qu'en grande majorité, ils comprenaient l'importance d'optimiser leur santé, et cela avant la conception. En revanche, leurs connaissances sur les facteurs de risque influençant leur santé et celle du futur bébé étaient limitées (50).

Ces notions se retrouvent en France dans l'étude menée en 2016, par l'institut Odoxa pour Le Grand Forum des Tout-Petits et la fondation Premup, qui confirme que seuls 16% des français estiment que l'alimentation du père avant la conception influence la santé future de l'enfant (32). Pourtant, il a été prouvé qu'une bonne hygiène de vie du père avant la conception (concernant les facteurs suivants : tabac, alcool, mais aussi

alimentation, activité physique, et sérénité) impacte positivement la santé future de l'enfant (51).

La HAS rappelle que toutes les femmes et tous les couples devraient pouvoir bénéficier en période préconceptionnelle d'informations, de messages de prévention voire si besoin d'une prise en charge adaptée, dès lors qu'ils expriment un projet de grossesse (15). Il s'agit donc bien d'une consultation de couple à promouvoir en ce sens car les femmes dont le conjoint était présent en ont exprimé intérêt et satisfaction au regard de nos résultats.

IV. Améliorer la promotion

1. En parler

Nous faisons le constat édifiant d'une méconnaissance de la consultation préconceptionnelle par toutes les femmes interrogées, « j'avais jamais entendu parler qu'on pouvait faire ce rendez-vous » (E5). Ce constat nous a d'autant plus interpellées que l'on trouve des articles destinés aux parents, dans la presse grand public. Cela signifie-t-il, qu'en tant qu'acte médical à part entière, sa promotion doit être du ressort des professionnels de santé ?

De manière générale, la préparation médicale en amont d'un projet de grossesse n'est pas ancrée dans les mœurs françaises. Il semble qu'une minorité de femmes parle de leur projet de grossesse à leur médecin (52). Seule une femme sur dix consulte un médecin avant d'arrêter la contraception. Et c'est encore moins en situation de vulnérabilité socio-économique (53).

Par ailleurs, même dans une population de médecins qui déclarent faire du « suivi gynécologique courant », moins de la moitié disent effectuer des consultations préconceptionnelles (54).

Comment cette consultation peut-elle être demandée par les femmes si elle est méconnue et, de plus, peu proposée par les soignants ?

Il y a donc nécessité d'en parler aux femmes et aux couples dès que l'occasion se présente, comme le montre notre étude, car les femmes demandent d'anticiper cette consultation, de « dire que ça existe » (E6).

Il faut en parler à toutes les femmes, à tous les couples, sans a priori. Une étude néerlandaise réalisée en 2006, montre qu'un tiers des grossesses surviennent chez des femmes qui n'avaient pas été considérées comme une cible pour la consultation préconceptionnelle par leur médecin généraliste (11).

On constate que, d'après les femmes, il n'y a pas de moment clairement défini pour en parler. Certaines nous ont rapporté que c'est du rôle du professionnel de santé de l'évoquer à plusieurs occasions « en parler de temps en temps, tendre une perche, sans forcément être lourd sur les questions » (E3).

En plus de l'anticiper, il faut identifier cette consultation auprès des femmes en la nommant, « pour moi j'avais pas fait une consultation de préconception. On n'a jamais énoncé ce mot [...] au moins on parle le même langage quoi parce que sinon [...] y'a pas de doute on sait ce qu'on a fait, et au moins c'est plus clair » (E6). Le fait de mettre des termes précis permet de mieux coordonner le parcours de soins des femmes et les remet au cœur de leur prévention.

2. Force du médecin généraliste

Le médecin généraliste occupe une place privilégiée pour réaliser cette consultation, grâce à la relation de confiance qu'il entretient avec ses patientes, « après je la connais bien, c'est vrai qu'elle me connaît bien aussi » (E5), sa connaissance de leurs antécédents médicaux, de leur statut vaccinal et de leur situation sociale et familiale (55). Il a la possibilité de recruter les jeunes adultes en bonne santé (14) lors d'autres consultations d'opportunité.

Les hommes aussi, interrogés sur la préconception, préfèrent se référer à leur médecin traitant pour aborder ce thème (50). Ceci est confirmé par l'étude de Pacchioni (56) chez des femmes nullipares qui ont désigné leur médecin traitant comme interlocuteur privilégié pour réaliser cette consultation.

Actuellement, l'allongement des délais pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste en gynécologie ainsi que la pénurie de ces professionnels sur notre territoire renforcent encore la place du médecin généraliste, pivot des soins primaires.

3. La promotion par le corps médical passe par une meilleure formation

Les professionnels de santé semblent donc avoir un rôle important à jouer dans la promotion de cette consultation, les femmes demandent « que les médecins

communiquent plus, en disant voilà quand vous avez vraiment décidé euh y'a un rendez-vous qui est obligatoire [...] qu'on vous conseille, pour débiter votre grossesse » (E4).

Il existe un paradoxe entre l'attitude attentiste des professionnels, qui les conduit à effectuer la consultation à la demande des femmes (25) et les femmes qui, ne connaissant pas cette consultation, ne peuvent les solliciter pour ce motif là.

Les travaux de Py, en 2014 (57), retrouvent que seul un tiers des femmes a fait la démarche de consulter son médecin pour s'informer sur la préconception. Le corps médical doit donc prendre l'initiative d'engager un accompagnement préconceptionnel du couple.

Une étude a montré que deux tiers des médecins interrogés réalisaient cette consultation (22). Cependant, ce chiffre est probablement biaisé car l'étude a été réalisée sur des médecins volontaires, sur un mode déclaratif. En effet, de part la difficulté de recrutement que nous avons rencontrée pour notre recherche, même en sollicitant des médecins maîtres de stage en gynécologie-pédiatrie qui devraient la décliner plus régulièrement, nous avons le sentiment que les médecins la réalisent peu. Nous ne possédons pas de chiffres précis, car cette consultation n'a pas de cotation particulière donc son pourcentage de réalisation est difficilement vérifiable.

De plus, lorsqu'elle est réalisée par les médecins, elle est bien trop souvent incomplète, puisque un quart seulement des femmes bénéficient d'une consultation abordant tous les items recommandés par la HAS (57).

La thèse de Daukantaite-Texier, réalisée en 2008 (25), montre que les médecins généralistes regrettent un manque d'information et de formation dans le domaine de la préconception. La thèse de Boruchot, un an après (23), met en évidence que la majorité des médecins généralistes intègre la prévention préconceptionnelle au sein des consultations courantes mais de façon non structurée et différente pour chaque médecin. Cette thèse montre également une mauvaise diffusion de l'information médicale puisque les recommandations de l'HAS 2007 étaient très peu connues des médecins interrogés avec une inégalité des connaissances scientifiques sur ce sujet.

Depuis 2007, la HAS a publié en 2012 un dossier spécial intitulé : « Projet de grossesse : consultation préconceptionnelle » (58). Toutefois, ce bref rappel n'est peut-être pas suffisant pour ancrer la consultation préconceptionnelle dans les pratiques des professionnels de santé.

Une meilleure formation des professionnels semble effectivement indispensable, en formation initiale mais aussi en formation continue, tel que recommandé par le premier congrès européen sur les soins et la santé préconceptionnels, qui s'est déroulé à Bruxelles, en Octobre 2010 (39).

La Fondation PremUp a créé un centre innovant en Île-de-France à destination des professionnels en périnatalité (médecins, sages-femmes, infirmières...) : l'Institut de Formation en Périnatalité, qui pourra à terme avoir des répliques en régions, au regard de l'analyse des résultats du projet pilote (53).

Par ailleurs de nombreux travaux ont été réalisés pour aider les médecins dans leurs pratiques avec par exemple, la création d'une procédure informatisée de soins (59) guidant les médecins lors de la consultation, ou la réalisation de fiche récapitulative de la consultation (25).

4. À plus grande échelle

Les médias occupent une place prépondérante dans notre société et dans la promotion d'informations médicales.

Deux tiers des françaises citent d'abord les addictions (tabac, alcool, drogues) comme facteur de risque le plus important pour une femme enceinte et son enfant à naître. Ceci prouve que les dernières campagnes médiatiques de prévention, focalisées sur ces thématiques, ont été entendues et qu'il est ainsi nécessaire de les poursuivre (27) (53).

Les femmes que nous avons interrogées ont rapporté l'intérêt d'une campagne grand public, diffusée par les médias, « comme ils font à la télé, des campagnes de pub (rires) [...] en le faisant régulièrement » (E4).

PremUp avait émis l'idée d'une campagne autour de la consultation préconceptionnelle et avait créé des affiches à l'occasion d'un congrès sur le sujet en 2014. Celles-ci devaient être exposées dans des lieux clés : les centres de PMI de Paris et les pharmacies françaises. On pourrait imaginer une extension de cette action à l'ensemble des plannings familiaux, centres de PMI et cabinets de sages-femmes et pourquoi ne pas l'étendre aux salles d'attente des cabinets des professionnels de santé comme le propose Py dans sa thèse (57), afin d'avoir un impact plus important (53).

Une des femmes interrogées proposait l'envoi de courriers adressés par l'assurance maladie, « ils font des lettres de... du col de l'utérus, fin du dépistage souvent, même du papillomavirus à un moment donné. Donc je pense que c'est aussi une bonne voie » (E6). Effectivement, on pourrait imaginer une campagne de promotion de la consultation préconceptionnelle, de façon individuelle, par courriers adressés par l'assurance maladie à toutes les femmes en âge de procréer, une fois par an, imitant ainsi les campagnes de dépistage des cancers du sein et colo-rectal. Cette idée de courrier personnalisé (proposé alors par un médecin) a déjà été retrouvée dans la thèse de Boruchot, en 2009 (23).

Enfin, la même femme a émis l'idée de commencer la promotion de la consultation dès l'adolescence, lors des cours d'activité sexuelle au collège, pour que tous les jeunes adultes en aient entendu parler au moins une fois « peut-être quand on fait les cours d'éducation sexuelle au collège [...] dire que ça existe » (E6). Cela permettrait de donner une première information, de s'adresser aux garçons et aux filles et peut-être d'avoir une action positive sur les grossesses non programmées et précoces. Boruchot retrouve cette idée de sensibiliser les adolescents assez tôt (23). L'Académie nationale de médecine proposait elle aussi, en 2006, d'offrir dès l'adolescence une information précise mais adaptée en mettant à disposition, par exemple, des brochures distribuées et expliquées par les professionnels de santé. Elle préconisait aussi d'organiser cette information dès l'âge de 15 ans dans les collèges et les lycées (18).

Il semble nécessaire, pour promouvoir la consultation préconceptionnelle et pour toucher un maximum d'adultes en âge de procréer, de tirer profit de différents moyens de communication, à la fois collectifs et individuels en y associant de manière personnalisée le professionnel de santé qui semble le mieux placé, selon les femmes interrogées, pour en être le promoteur.

CONCLUSION

Bien que toutes les sociétés savantes recommandent la pratique d'une consultation préconceptionnelle, celle-ci est peu réalisée et semble largement méconnue par la population concernée.

L'objectif de notre étude était de donner la parole aux femmes ayant découvert et effectué cette consultation. Le vécu des patientes manquait à la littérature.

Notre analyse thématique nous a permis de faire émerger des thèmes non abordés par les recommandations.

Nous retiendrons différents points du discours des femmes interrogées. Dans un premier temps, elles attendent des explications précises de la part du professionnel de santé ainsi que la remise d'un support d'informations validées.

Ensuite, cette consultation doit être un rendez-vous dédié et surtout personnalisé pour le couple, avec une information spécifique et individuelle. Le professionnel doit donc être en mesure de s'adapter à ses patients.

Elles souhaitent également que cette consultation, étape à part entière de la grossesse, s'inscrive dans le cadre plus général d'un suivi préconceptionnel permettant ainsi d'accompagner au mieux les couples tout au long de leur projet d'enfant.

Notre travail a mis en évidence l'importance à leurs yeux de l'attitude rassurante et experte du professionnel de santé.

En sus des thématiques déjà retenues par la HAS, les femmes souhaitent aborder le thème de la fertilité. Elles demandent des conseils et des explications pratiques et évoquent le besoin d'être rassurées sur les délais, sur la capacité du couple à concevoir.

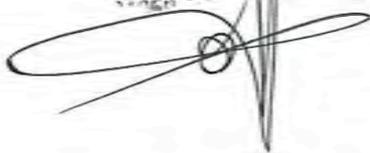
Les femmes demandent une réelle promotion de cette consultation de la part de leurs médecins mais aussi par différentes voies, pour s'adresser à un large public.

Fortes de leur expérience, les femmes deviennent alors elles-mêmes ambassadrices de cette consultation autour d'elles, « ça a éveillé un peu l'esprit de mes amies » (E1).

Leurs propos nous aident, nous, professionnels de santé en charge de cette consultation de prévention primaire, à répondre à leurs attentes tout en « sécurisant » leur projet de grossesse. Il faut maintenant s'attacher à la réaliser pour tous les couples en préconception.

Vu, le président du jury
le 2/06/17

Professeur Olivier PARANT
Hôpital Pasteur de Vigoulier
Service de Gynécologie-Obstétrique
390, avenue de la Grande Arrière
TSA 10084



Toulouse, le 6 juin 2017

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE



BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Projet de grossesse: informations, messages de prévention, examens à proposer - Synthèse [Internet]. 2009.
2. Atrash HK, Johnson K, Adams M (Mike), Cordero JF, Howse J. Preconception Care for Improving Perinatal Outcomes: The Time to Act. *Matern Child Health J.* sept 2006;10(Suppl 1):3-11.
3. Dunlop AL, Jack BW, Bottalico JN, Lu MC, James A, Shelhaas CS, et al. The clinical content of preconception care: women with chronic medical conditions. *Am J Obstet Gynecol.* déc 2008;199(6 Suppl 2):S310-327.
4. Dudenhaussen J, Grunebaum A, Staudinger U. Optimization of women's health before conception when pregnancy has been postponed. *J Perinat Med.* 2013;(41):23-5.
5. Czeizel AE. Ten years of experience in periconceptional care. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* mai 1999;84(1):43-9.
6. Christoph C. La préparation de la grossesse pour les femmes diabétiques: Quel impact de la journée d'éducation réalisée à Toulouse sur la grossesse et sur son suivi ? [Internet]. [France]: Université Paul Sabatier - Toulouse III; 2012.
7. Oza S, Cousens SN, Lawn JE. Estimation of daily risk of neonatal death, including the day of birth, in 186 countries in 2013: a vital-registration and modelling-based study. *Lancet Glob Health.* 1 nov 2014;2(11):e635-44.
8. INSERM. Rapport européen sur la santé périnatale [Internet]. Salle de presse | Inserm. 2013.
9. INSERM. La prématurité [Internet]. 2015.
10. DREES. L'état de santé de la population en France [Internet]. 2015.
11. 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. *BMC Fam Pract.* 2006;7:41.

12. Delvoye P, Guillaume C, Collard S, Nardella T, Hannecart V, Mauroy M-C. Preconception health promotion: analysis of means and constraints. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept.* août 2009;14(4):307-16.
13. Braspenningx S, Haagdoorens M, N B, Jacquemyn Y, Mortier G. Preconceptional care: a systematic review of the current situation and recommendations for the future. *Facts Views Vis ObGyn.* 2013;5(1):13-25.
14. Girin. Santé préconceptionnelle en médecine générale: connaissances et souhaits des patientes. Enquête au sein des cabinets médicaux du canton de Saint-Chéron (Essonne) [Internet]. [France]: Université Paris Descartes - Paris 5; 2009.
15. HAS. Projet de grossesse informations, messages de prévention, examens à proposer - Argumentaire [Internet]. 2009.
16. St-Cyr Tribble D, Saintonge L. Réalité, subjectivité et crédibilité en recherche qualitative: quelques questionnements. *Rech qual.* 1999;20:113-25.
17. France soir. Grossesse: les Français trop peu préparés. www.francesoir.fr [Internet]. 11 nov 2016.
18. Dreux C, Crépin G. Prévention des risques pour l'enfant à naître : nécessité d'une information bien avant la grossesse. 2006 p. 713-23. (*Bull. Acad. Natle Méd.*). Report No.: 6-6.
19. Landkroon AP, de Weerd S, van Vliet-Lachotzki E, Steegers E a. P. Validation of an internet questionnaire for risk assessment in preconception care. *Public Health Genomics.* 2010;13(2):89-94.
20. Akkerman D, Cleland L, Croft G, Eskuchen K, Levine A, Setterlund L, et al. Health care guideline: Routine Prenatal Care [Internet]. Institute for Clinical Systems Improvement; 2012.
21. Bialystok L, Poole N, Greaves L. Soins préconceptionnels. *Can Fam Physician.* oct 2013;59(10):e435-7.
22. Barré-Epenoy C. Evaluation de la pratique de la consultation préconceptionnelle chez le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Aix-Marseille II; 2011.

23. Boruchot B. Consultation préconceptionnelle en médecine générale: étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2009.
24. Carlberg L. Vécu et ressenti des médecins généralistes concernant leur pratique en matière de santé périconceptionnelle en général et concernant la recommandation sur l'acide folique en particulier [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen Normandie; 2014.
25. Daukantaite-Texier J. Intérêt de la consultation préconceptionnelle au cabinet de médecine générale: enquête de pratique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis; 2008.
26. Mizony A. Pratique de la prévention préconceptionnelle en médecine générale depuis la suppression de l'examen prénuptial: étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes des Alpes-de-Haute-Provence [Thèse d'exercice]. [France]: Université Claude Bernard - Lyon 1; 2013.
27. Hachemi A. La consultation préconceptionnelle: état des lieux des connaissances des femmes en âge de procréer [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2011.
28. Souteyrat Cécile, Seffert Pierre, Vallee Josette. Santé préconceptionnelle: Connaissances et attentes des femmes consultant dans les centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) dans la Loire [Internet]. [France]: Saint-Etienne; 2012.
29. INSEE. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 | Insee [Internet]. 2017.
30. Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C. Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. 8 déc 2009;57(6):429-35.
31. Xae A. Vous envisagez la venue d'un bébé ? : pensez auparavant à la consultation préconceptionnelle [Mémoire de sage-femme]. [France]: Metz; 2013.
32. Le grand forum des tout-petits. Projet d'enfant, grossesse et hygiène de vie: du bien-être individuel aux enjeux de santé publique [Internet]. 2016.

33. Barker DJ, Winter PD, Osmond C, Margetts B, Simmonds SJ. Weight in infancy and death from ischaemic heart disease. *Lancet Lond Engl.* 9 sept 1989;2(8663):577-80.
34. Scheen A, Junien C. Épigénétique, interface entre environnement et gènes: rôle dans les maladies complexes. *Rev Med Liège.* 2012;67(5-6):250-7.
35. Boisdenghien M. Accompagnement nutritionnel et micronutritionnel de la préconception à la naissance [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2016.
36. Frey KA. Preconception Care by the Nonobstetrical Provider. *Mayo Clin Proc.* 1 mai 2002;77(5):469-73.
37. Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. Recommendations to improve preconception health and health care-United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR Recomm Rep Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep.* 21 avr 2006;55(RR-6):1-23.
38. Grandjean P, Bellinger D, Bergman Å, Cordier S, Davey-Smith G, Eskenazi B, et al. The Faroes Statement: Human Health Effects of Developmental Exposure to Chemicals in Our Environment. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* février 2008;102(2):73-5.
39. Congrès européen. Recommandations issues du 1er Congrès Européen sur les « Soins Préconceptionnels et la Santé Préconceptionnelle ». oct 6, 2010.
40. Anderson JE, Ebrahim S, Floyd L, Floyd L, Atrash H. Prevalence of risk factors for adverse pregnancy outcomes during pregnancy and the preconception period-United States, 2002-2004. *Matern Child Health J.* sept 2006;10(5 Suppl):S101-106.
41. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2007.
42. Delvoye P. La consultation préconceptionnelle [Internet].

43. Millette B, Lussier M-T, Goudreau J. L'apprentissage de la communication par les médecins : aspects conceptuels et méthodologiques d'une mission académique prioritaire. *Pédagogie Médicale*. 1 mai 2004;5(2):110-26.
44. Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J. Marrying content and process in clinical method teaching: enhancing the Calgary-Cambridge guides. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. août 2003;78(8):802-9.
45. Bercherie J-C. Gestaclic: mise au point d'un outil internet d'aide au suivi des grossesses à faible risque en soins primaires [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7; 2014.
46. Département Médecine Générale Paris Diderot. GESTACLIC [Internet].
47. Streel J. La prise en charge préconceptionnelle en médecine générale: souhaits des patientes et rôle du médecin traitant [Thèse d'exercice]. [Belgique]: Université de Liège; 2011.
48. Simon D, Traynard P-Y, Bourdillon F, Gagnayre R, Grimaldi A. Education thérapeutique: Prévention et maladies chroniques. Elsevier Health Sciences; 2013. 400 p.
49. Van Voorst SF, Ten Kate CA, De Jong-Potjer LC, Steegers EAP, Denktaş S. Developing social marketed individual preconception care consultations: Which consumer preferences should it meet? *Health Expect*. 2017;0(0):1-8.
50. Frey K, Engle R, Noble B. Preconception healthcare: what do men know and believe ? *Journal of men's health*. mars 2012;9(1):25-35.
51. Day J, Savani S, Krempley BD, Nguyen M, Kitlinska JB. Influence of paternal preconception exposures on their offspring: through epigenetics to phenotype. *Am J Stem Cells*. 15 mai 2016;5(1):11-8.
52. Luton D, Forestier A, Courau S, Ceccaldi P-F. Preconception care in France. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. mai 2014;125(2):144-5.
53. Fondation PremUp. Assises, enquête inédite et campagne nationale de sensibilisation: la fondation PremUp se penche sur l'environnement de la femme enceinte et alerte sur l'importance de la préparation de la grossesse. 2014.

54. Berteaux S. Évaluation des pratiques professionnelles en médecine générale concernant le suivi de grossesse au regard des recommandations de la Haute Autorité de Santé. [France]: Université Paris Descartes - Paris 5; 2008.
55. Cerna C. Consultation préconceptionnelle. Rev Prat Médecine Générale. 2013;(910):780-1.
56. Pacchioni C. Santé préconceptionnelle: connaissances des femmes nullipares en 2016 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2017.
57. Py L. Information des femmes et réalisation de la consultation préconceptionnelle en région Midi-Pyrénées: une étude observationnelle [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier - Toulouse III; 2014.
58. HAS. Projet de grossesse : consultation préconceptionnelle [Internet]. 2012
59. Blanc S. Élaboration d'une procédure informatisée de soins de la « consultation préconceptionnelle » [Internet]. [France]: Université Joseph Fourier - Grenoble; 2011.

ANNEXES

I. Annexe : Lettre explicative à destination des professionnels de santé

Mesdames, Messieurs,

Nous sommes deux internes de Médecine Générale actuellement en dernière année d'internat. Nous préparons notre travail de thèse sur la consultation préconceptionnelle.

Depuis 2007, cette consultation remplace l'examen médical du certificat prénuptial. N'étant pas obligatoire, elle est très peu réalisée bien que son bénéfice soit démontré en terme de prévention primaire et d'amélioration de la morbi-mortalité fœto-maternelle. La Haute Autorité de Santé a rédigé un document en 2009 reprenant chaque étape de la consultation préconceptionnelle¹. Ces recommandations pour le déroulement de cette consultation sont une aide pour le médecin, mais répondent-elles aux demandes de nos patientes ?

Notre question de recherche est « *Le vécu de la consultation préconceptionnelle par les patientes : comment répondre à leurs attentes?* ».

Pour y répondre, nous allons rencontrer des femmes en âge de procréer (de 15 à 45 ans) qui ont bénéficié de cette consultation par vos soins, **dans les trois derniers mois**.

Il s'agit d'entretiens enregistrés en face à face (enquêteur unique), anonymes et durant une vingtaine de minutes. Les enregistrements seront détruits après la soutenance de thèse.

Si vous connaissez des femmes qui remplissent ces critères, seriez-vous d'accord pour :

- Leur demander leur accord pour être contactée afin de participer à notre recherche.
- Nous transmettre leur numéro de téléphone.
- Si possible en ne mentionnant pas que nous sommes médecins (afin de limiter les biais de déclaration).

Merci de votre aide,

Elodie JELSCH-DEBAR et Annabelle BOSCH

these.preconception@gmail.com

¹ HAS. Projet de grossesse: informations, messages de prévention, examens à proposer http://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

II. Annexe : Guide d'entretien première version

Bonjour,

Je suis chercheuse et je souhaite obtenir le ressenti et l'avis de femmes qui ont bénéficié d'une consultation préconceptionnelle récente.

Pour cela je vais réaliser avec vous un entretien qui vous permettra de vous exprimer librement sur le sujet, de façon anonyme. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, je m'intéresse à votre vécu. Les données seront enregistrées et supprimées dès lors que le travail de recherche sera terminé.

Ensuite, il y aura une analyse de vos interventions par moi même et une autre chercheuse. Les retranscrits de l'entretien ainsi que les résultats seront à votre disposition.

Merci par avance de votre participation à cette étude

Si vous êtes d'accord nous allons démarrer l'enregistrement.

Situation sociodémographique

- **Quel âge avez-vous ?**
- **Dans quel milieu vivez-vous ?** (Campagne : à plus de 30 km d'une grande ville, Village, Ville : > 2000 habitants)
- **Quel est votre continent d'origine ?** (Europe, Asie, Afrique, Amérique, Océanie)
- **Quel est votre niveau d'études ?**
- **Que faites-vous dans la vie ?**
- **Quelle est votre situation familiale ?**
 - o *Au niveau du couple ?*
 - o *Avez-vous déjà des enfants ?*
- **Pratiquez-vous une activité sportive ? A quelle fréquence ?**
- **Consommez-vous le ou les produits suivants : tabac, alcool, cannabis ? A quelle fréquence ?**
- **A quelle fréquence consultez-vous votre médecin traitant en moyenne dans l'année?**
- **De quels types de médecine vous sentez-vous la plus proche : médecine douce/homéopathie/naturopathie ? ou médecine classique ?**
- **Prenez-vous des médicaments tous les jours ? Lesquels et pourquoi ?**
- **Souffrez-vous d'un des troubles suivants : anorexie, boulimie ?**
- **Y-a-t-il dans vos familles proches (parents, enfants, frères/sœurs) des maladies particulières ?**
 - o *Héréditaires, génétiques ?*
 - o *Pouvez-vous m'en dire plus ? (Le saviez-vous avant la consultation ?)*

Mise en place du thème

- **Qu'est-ce qu'une consultation préconceptionnelle pour vous?**
 - *De quoi s'agit-il ?*
 - *Quel est le but de cette consultation ?*

Contexte

- **A quelle occasion s'est déroulée cette consultation ?**
 - Qui en est l'instigateur / à l'origine ? Vous ? Votre médecin ?
 - Aviez-vous déjà entendu parler de cela ?
 - Vous étiez vous préparée à cette consultation ?

Place du père

- **Selon vous, quelle est la place du futur père au cours de cette consultation ?**
 - Etait-il présent ?
 - Que pensez vous de sa présence à cette consultation ?
 - Pensez-vous qu'il serait intéressé ? Qu'en a t-il dit ?

Attentes avant

- **Qu'est ce que vous attendiez du médecin avant la consultation ?**
 - Qu'auriez-vous attendu comme information de la part de votre médecin ?
 - Quels thèmes auriez-vous souhaité aborder ?
 - Votre médecin a t-il répondu à vos attentes ?
 - Quelles informations vous ont manquées ?

Etats des connaissances après la consultation

- **Qu'avez-vous retenu de cette consultation ?**
 - Quelles nouvelles informations ou connaissances avez-vous apprises ?
 - Qu'est ce qui vous a marquée ?
 - Quelles nouvelles questions ou attentes cette consultation a t elle générées ?
 - Quel était votre sentiment à la fin de la consultation : racontez moi ?

Organisation de la consultation

- **A quelle occasion selon vous faudrait-il parler de cela ?**
 - Quel serait le moment idéal ?
 - Y a-t-il un moment de la vie où les femmes seraient plus réceptives à ces informations ?
 - Que pensez-vous d'une consultation dédiée uniquement pour cela ?
 - Que pensez-vous du fait de répéter cette consultation ? De l'organiser en plusieurs temps ?

Conclusion

- **Comment avez-vous trouvé cette consultation ?**
 - En un mot ?
 - Vous sentez-vous prête à débiter une grossesse ?

Phrases de relance :

Ce que vous me dites est intéressant pouvez-vous m'en dire plus ?

Pourquoi dites-vous cela ? Racontez-moi comment ça s'est passé ?

Qu'avez-vous ressenti à ce moment là ?

Comment auriez-vous pensé ou aimé que ça se passe ?

III. Annexe : Guide d'entretien deuxième version

Bonjour,

Je suis chercheuse et je souhaite obtenir le ressenti et l'avis de femmes qui ont bénéficié d'une consultation préconceptionnelle récente.

Pour cela je vais réaliser avec vous un entretien qui vous permettra de vous exprimer librement sur le sujet, de façon anonyme. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, je m'intéresse à votre vécu. Les données seront enregistrées et supprimées dès lors que le travail de recherche sera terminé.

Ensuite, il y aura une analyse de vos interventions par moi même et une autre chercheuse. Les retranscrits de l'entretien ainsi que les résultats seront à votre disposition.

Merci par avance de votre participation à cette étude

Si vous êtes d'accord nous allons démarrer l'enregistrement.

Situation sociodémographique

- **Quel âge avez-vous ?**
- **Dans quel milieu vivez-vous ?** (Campagne : à plus de 30 km d'une grande ville, Village, Ville : > 2000 habitants)
- **Quel est votre continent d'origine ?** (Europe, Asie, Afrique, Amérique, Océanie)
- **Quel est votre niveau d'études ?**
- **Que faites-vous dans la vie ?**
- **Quelle est votre situation familiale ?**
 - o *Au niveau du couple ?*
 - o *Avez-vous déjà des enfants ?*
- **Pratiquez-vous une activité sportive ? A quelle fréquence ?**
- **Consommez-vous le ou les produits suivants : tabac, alcool, cannabis ? A quelle fréquence ?**
- **A quelle fréquence consultez-vous votre médecin traitant en moyenne dans l'année?**
- **De quels types de médecine vous sentez-vous la plus proche : médecine douce/homéopathie/naturopathie ? ou médecine classique ?**
- **Prenez-vous des médicaments tous les jours ? Lesquels et pourquoi ?**
- **Souffrez-vous d'un des troubles suivants : anorexie, boulimie ?**
- **Y-a-t-il dans vos familles proches (parents, enfants, frères/sœurs) des maladies particulières ?**
 - o *Héréditaires, génétiques ?*
 - o *Pouvez-vous m'en dire plus ? (Le saviez-vous avant la consultation ?)*

Mise en place du thème

- **Qu'est-ce qu'une consultation préconceptionnelle pour vous?**
 - *De quoi s'agit-il ?*
 - *Quel est le but de cette consultation ?*

Contexte

- **A quelle occasion s'est déroulée cette consultation ?**
 - *Qui en est l'instigateur / à l'origine ? Vous ? Votre médecin ?*
 - *Comment en aviez-vous connaissance ?*
 - *Comment vous êtes vous préparée à cette consultation ?*

Place du père

- **Selon vous, quelle est la place du futur père au cours de cette consultation ?**
 - *Etait-il présent ?*
 - *Que pensez vous de sa présence à cette consultation ?*
 - *Pensez-vous qu'il serait intéressé ? Qu'en a t-il dit ?*

Thématiques importantes

- **Pour le bon déroulement de votre grossesse (au-delà des vaccins) quels autres thèmes vous semblent importants ?**
 - *Quels thèmes auriez-vous souhaité aborder ?*
 - *Et si on vous parlait d'alimentation ? d'activité physique ? automédication ?*
 - *Et si on vous parlait d'alcool ? de tabac ? de cannabis ? (en fonction du profil de la patiente)*
 - *Et si on vous parlait de votre travail, des risques liés à votre métier ?*
 - *Et si on vous parlait de sexualité ?*
 - *Quelles informations vous ont manquées ?*

Etats des connaissances après la consultation

- **Qu'avez-vous retenu de cette consultation ?**
 - *Qu'est ce qui vous a marquée ?*
 - *Quel était votre sentiment à la fin de la consultation : racontez moi ?*
 - *Comment pourrait-on faire pour vous transmettre toutes ces informations ?*
 - *Peut-on imaginer un autre support en plus de la consultation ?*

Organisation de la consultation

- **A quelle occasion selon vous faudrait-il parler de cela ?**
 - *Quel serait le moment idéal ?*
 - *Y a-t-il un moment de la vie où les femmes seraient plus réceptives à ces informations ?*
 - *Que pensez-vous d'une consultation dédiée uniquement pour cela ?*
 - *Que pensez-vous du fait de répéter cette consultation ? De l'organiser en plusieurs temps ?*

Conclusion

- **Comment avez-vous trouvé cette consultation ?**
 - *En un mot ?*
 - *Vous sentez-vous prête à débiter une grossesse*

Phrases de relance :

Ce que vous me dites est intéressant pouvez-vous m'en dire plus ?

Pourquoi dites-vous cela ? Racontez-moi comment ça s'est passé ?

Qu'avez-vous ressenti à ce moment là ?

Comment auriez-vous pensé ou aimé que ça se passe ?

IV. Annexe : Guide d'entretien troisième version

Bonjour,

Je suis chercheuse et je souhaite obtenir le ressenti et l'avis de femmes qui ont bénéficié d'une consultation préconceptionnelle récente.

Pour cela je vais réaliser avec vous un entretien qui vous permettra de vous exprimer librement sur le sujet, de façon anonyme. Il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses, je m'intéresse à votre vécu. Les données seront enregistrées et supprimées dès lors que le travail de recherche sera terminé.

Ensuite, il y aura une analyse de vos interventions par moi même et une autre chercheuse. Les retranscrits de l'entretien ainsi que les résultats seront à votre disposition.

Merci par avance de votre participation à cette étude

Si vous êtes d'accord nous allons démarrer l'enregistrement.

Situation sociodémographique

- **Quel âge avez-vous ?**
- **Dans quel milieu vivez-vous ?** (Campagne : à plus de 30 km d'une grande ville, Village, Ville : > 2000 habitants)
- **Quel est votre continent d'origine ?** (Europe, Asie, Afrique, Amérique, Océanie)
- **Quel est votre niveau d'études ?**
- **Que faites-vous dans la vie ?**
- **Quelle est votre situation familiale ?**
 - o *Au niveau du couple ?*
 - o *Avez-vous déjà des enfants ?*
- **Pratiquez-vous une activité sportive ? A quelle fréquence ?**
- **Consommez-vous le ou les produits suivants : tabac, alcool, cannabis... ? A quelle fréquence ?**
- **A quelle fréquence consultez-vous votre médecin traitant en moyenne dans l'année ?**
- **De quels types de médecine vous sentez-vous la plus proche : médecine douce/homéopathie/naturopathie ? ou médecine classique ?**
- **Prenez-vous des médicaments tous les jours ? Lesquels et pourquoi ?**
- **Souffrez-vous d'un des troubles suivants : anorexie, boulimie ?**
- **Y-a-t-il dans vos familles proches (parents, enfants, frères/sœurs) des maladies particulières ?**
 - o *Héréditaires, génétiques ?*
 - o *Pouvez-vous m'en dire plus ? (Le saviez-vous avant la consultation ?)*

Mise en place du thème

- **Qu'est-ce qu'une consultation préconceptionnelle pour vous?**
 - *De quoi s'agit-il ?*
 - *Quel est le but de cette consultation ?*

Contexte

- **A quelle occasion s'est déroulée cette consultation ?**
 - *Qui en est l'instigateur / à l'origine ? Vous ? Votre médecin ?*

- *Comment en aviez-vous connaissance ?*
- *Comment vous êtes vous préparée à cette consultation ?*

Place du père

- **Selon vous, quelle est la place du futur père au cours de cette consultation ?**
 - *Etait-il présent ?*
 - *Que pensez vous de sa présence à cette consultation?*
 - *Pensez-vous qu'il serait intéressé ? Qu'en a t-il dit ?*

Thématiques importantes

- **Pour le bon déroulement de votre grossesse (au-delà des vaccins) quels autres thèmes vous semblent importants ?**
 - *Quels thèmes auriez-vous souhaité aborder ?*
 - *Et si on vous parlait d'alimentation ? d'activité physique ? automédication ?*
 - *Et si on vous parlait d'alcool ? de tabac ? de cannabis ? (en fonction du profil de la patiente)*
 - *Et si on vous parlait de votre travail, des risques liés à votre métier ?*
 - *Et si on vous parlait de sexualité ?*
 - *Que penseriez vous si le médecin pose la question de maltraitance subie, de violence ? Je veux dire des pressions psychologiques, des coups...*
 - *Quelles informations vous ont manquées ?*

Etat des connaissances après la consultation

- **Qu'avez-vous retenu de cette consultation ?**
 - *Qu'est ce qui vous a marquée ?*
 - *Quel était votre sentiment à la fin de la consultation : racontez moi ?*
 - *Comment pourrait-on faire pour vous transmettre toutes ces informations ?*
 - *Peut-on imaginer un autre support en plus de la consultation ?*

Organisation de la consultation

- **A quelle occasion selon vous faudrait-il parler de cela ?**
 - *Quel serait le moment idéal ?*
 - *Y a-t-il un moment de la vie où les femmes seraient plus réceptives à ces informations ?*
 - *Que pensez-vous d'une consultation dédiée uniquement pour cela ?*
 - *Que pensez-vous du fait de répéter cette consultation? De l'organiser en plusieurs temps ?*

Conclusion

- **Comment avez-vous trouvé cette consultation ?**
 - *En un mot ?*
 - *Vous sentez-vous prête à débiter une grossesse ?*

Phrases de relance :

Ce que vous me dites est intéressant pouvez-vous m'en dire plus ?

Pourquoi dites-vous cela ? Racontez-moi comment ça s'est passé ?

Qu'avez-vous ressenti à ce moment là ?

Comment auriez-vous pensé ou aimé que ça se passe ?

V. Annexe : Formulaire de consentement de participation libre à notre étude

Titre : Le vécu de la consultation préconceptionnelle par les patientes : comment répondre à leurs attentes ?

Projet conjoint de Elodie JELSCH-DEBAR et Annabelle BOSCH, chercheurs.

But de l'étude : Depuis 2007, cette consultation remplace l'examen médical du certificat prénuptial. N'étant pas obligatoire, elle est très peu réalisée bien que son bénéfice soit démontré en terme de prévention et d'amélioration de la santé globale de la mère et de l'enfant à venir.

Participation à l'étude : La participation à l'étude requiert votre présence à un entretien individuel et vous permet de vous exprimer librement sur le sujet.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré sur bande audio à l'aide d'un dictaphone. L'entretien sera retranscrit dans son intégralité en mot à mot. Les bandes son seront détruites un an après la validation du travail de recherche. Nous tiendrons à disposition pour d'autres chercheurs un carnet contenant les retranscrits des différents entretiens réalisés.

Vous êtes entièrement libre de participer à l'entretien et vous pourrez vous retirer à tout moment sans avoir à fournir de raison ni à subir de désagrément ou de préjudice quelconque.

Nous tenons à vous assurer de la plus stricte confidentialité des renseignements qui nous seront fournis. Aucun risque ne sera lié à la participation à cette étude, d'autant plus que l'anonymat et la confidentialité seront assurés par les mesures suivantes :

- les noms des participantes ne paraîtront sur aucun résultat, rapport ou note ;
- s'il doit arriver que les retranscriptions obtenues dans le cadre de la présente étude soient soumises à des analyses ultérieures, aucun nom réel ne sera utilisé sur les divers documents.

Je déclare avoir pris connaissance de ce formulaire de consentement et j'accepte de participer à cette étude.

Nom Prénom Date et Signature

Nous vous remercions sincèrement pour votre collaboration à notre travail de recherche.

VI. Annexe : Formulaire d'information délivré aux participants

Bonjour,

Nous sommes deux chercheurs et nous travaillons sur un projet conjoint dont le titre est « Le vécu de la consultation préconceptionnelle par les patientes : comment répondre à leurs attentes ? ».

Le but de cette étude est de savoir si la consultation préconceptionnelle, telle qu'elle est enseignée aux médecins actuellement répond aux attentes, aux interrogations des femmes.

En effet, depuis 2007, cette consultation remplace l'examen médical du certificat prénuptial, examen obligatoire avant le mariage. Cette consultation n'étant pas obligatoire, elle est très peu réalisée bien que son bénéfice soit démontré notamment sur le bon déroulé de la grossesse à venir.

Pour réaliser cette étude, nous vous proposons une rencontre avec un chercheur. L'objectif est de discuter ensemble autour de la consultation préconceptionnelle. Cet entretien vous permet de vous exprimer librement sur le sujet.

Pour permettre ce travail de recherche, la rencontre sera enregistrée avec un dictaphone. Le travail sera entièrement anonyme. Les entretiens réalisés seront entièrement retranscrits. Pour les besoins de l'étude, les enregistrements pourront être écoutés par les deux chercheurs. Ces enregistrements seront détruits après la fin des travaux de recherche. Les retranscriptions pourront être réutilisées pour des travaux de recherche futurs.

Le retranscrit de l'entretien ainsi que les résultats sont à votre disposition.

Ce travail viendra enrichir les connaissances actuelles en matière de préconception et permettra que cette consultation soit plus adaptée aux attentes des femmes.

Nous vous remercions sincèrement pour votre collaboration à notre travail de recherche.

VII. Annexe : Avis de la commission éthique du DUMG de Midi-Pyrénées



Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées

Secrétariat : *Dr Serge BISMUTH*

59 rue de la Providence – 31500 Toulouse

Tél. : 05.61.80.01.23 – 06.82.63.45.70- Fax 05.61.34.61.16 – dr-bismuth@wanadoo.fr

Président : Mme Laurencine VIEU

Secrétaire : M Serge BISMUTH

DEMANDE D'AUTORISATION ET DEMANDE D'AVIS À LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DEPARTEMENT DE MEDECINE GÉNÉRALE NE PORTANT PAS SUR UN ESSAI THERAPEUTIQUE

Nom BOSCH Annabelle
Qualité, Interne de Médecine Générale
Adresse, 16 Rue des Axxxxxx, 31XXX
Courriel annabelleXXX@gmail.com
Numéro de téléphone 06 XX XX XX XX

Nom JELSCH DEBAR Élodie
Qualité, Interne de Médecine Générale
Adresse, 24 Rue Mxxxxxx, 31XXX
Courriel elodie.XXXX@gmail.com
Numéro de téléphone 07 XX XX XX XX

Renseignements concernant le promoteur :

Nom Christine CERNA
Qualité MSU, Directrice de thèse
Adresse 7 Avenue de l'Europe, 31600 Muret
Courriel xxxxx.xxx@gmail.com
Numéro de téléphone 05 XX XX XX XX

Titre complet de la recherche : La consultation préconceptionnelle, telle que décrite par la HAS, correspond-elle aux attentes des femmes ?

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

Avis favorable
le 12 Février 2016

Dr Serge BISMUTH

VIII. Annexe : Extrait du tableau d'analyse

	A	B	C	D
1	IMPACT DE LA CONSULTATION	changement en préconception		
2			Alcool	En préconception, arrêtée l'alcool
3			Alcool= modification des habitudes	Éviction de l'alcool pensant être enceinte
4			Alcool= modification des habitudes	compréhension du rôle néfaste de l'alcool sur le fœtus
5			Alimentation	En préconception, fait attention à l'alimentation
6			Arrêt du tabac	Arrêt du tabac en lien avec prévision d'une grossesse
7			Caractériser= modification des habitudes	Éviction de certains aliments pensant être enceinte
8			Caractériser= modification des habitudes	compréhension qu'il existe des aliments dangereux pendant la grossesse
9		légitimité de la consultation	Habitus	Période préconceptionnelle entraîne une modification inconsciente des habitudes
10			Rafais de médicalisation	La patiente s'oppose à une médicalisation de la préconception
11			Acte naturel	La conception est quelque chose de naturel
12			Dubitative de l'effet	doute sur efficacité de la consultation préconceptionnelle pour prévenir une MAP
13			Médicaliser la préconception	La femme estime qu'il faut voir son médecin lors d'un projet de grossesse
14			moins inquiet	des copines moins inquiètes avant de concevoir
15			Non indispensable	Consultation préconceptionnelle vécue comme non indispensable
16			Pas une évidence pour les femmes	La femme n'a pas pensé à consulter pour son projet de grossesse
17			pour débiter une grossesse dans les me	intérêt de préparer la grossesse pour être dans les meilleures conditions
18			Reconnue	elle pense que c'est mal de ne pas consulter en préconceptionnel
19		action directe	Trop médicalisé	Le coté médicalisation de cette période là est surprenant
20			mise à jour décalée vaccins	la mise à jour du vaccin est impossible car la patiente est déjà enceinte
21			Accord médical	Permission pour une nouvelle grossesse
22			Amies consultent leurs médecins	Promotion de la consultation autour d'elle
23			Amies se font vacciner	Les copines se font vacciner
24			au sein du couple	le couple parle après la consultation
25			Conseillée	Consultation conseillée
26			famille consulte	la femme encourage sa cousine à consulter en préconceptionnel
27			Interroge son mari	La femme vérifie la compréhension de l'homme après la consultation
28			lève le pied	une consultation qui rappelle de prendre soin de soi
29			Père pose des questions	Père, méconnaissance de la toxoplasmose
30			Prise en cours	Prise d'acide folique en préconceptionnel
31			Rélaté la consultation à son mari	La patiente raconte la consultation à son compagnon
32		Emotionnel	s'approprié	avant la consultation la grossesse c'était chez les copines, détachement
33			positive	une consultation appréciée car réponse positive
34			apaisée	la femme s'est sentie apaisée et rassurée
35			bien être	la femme se sent bien en sortant de la consultation
36			Bizarre	Parler de conception avec un médecin est quelque chose de bizarre
37			Chamboulement	La grossesse est un chamboulement
38			Confus	Pas plus clair après la consultation préconceptionnelle
39			Déboussolée	La patiente ne sait pas quoi faire en cas de grossesse
40			Déception	la femme est déçue qu'on ne lui retire pas le DIU immédiatement
41			Déterminée	Sentiment de savoir où elle va
42			doute sur exhaustivité	se demande si elle a reçu toutes les informations
43			Enchantée	la femme a hâte d'apprendre la bonne nouvelle à son conjoint
44			enchantée et rassurée	la femme est enchantée de démarquer sa grossesse
45			Étonnement	Enchantée et rassurée après la consultation
46			Grossesse incroyable	La patiente est étonnée de la consultation
47			impressionnée	Le taux de fertilité rend la grossesse incroyablement
48			incertitudes/Crohn	surprise et impressionnée par l'échographie réalisée au début de grossesse
49			incertitudes/Crohn	sentiment d'être dans le flou car manque de recul sur sa maladie et primiparité
50			liberté de concevoir	inquiétude sur son état de santé et ses capacités après l'accouchement
51			libre de poser des questions	le couple décide du moment pour concevoir
52			Optimisme	une consultation ouverte où l'on peut poser ses questions

IX. Annexe : Caractéristiques de l'échantillon

	1	2	A	3	B	C	4	5	D	6
Entretien	1	2	A	3	B	C	4	5	D	6
Âge	31	32	29	31	34	29	34	24	30	26
Milieu de vie	village (31)	campagne (31)	village (31)	village (31)	village (82)	village (82)	village (31)	village (31)	ville (31)	campagne (31)
Continent d'origine	Europe	Europe	Europe	Europe	Europe	Europe	Europe	Europe	Europe	Europe
Mode de recrutement	Médecin généraliste	Médecin généraliste	Médecin généraliste	Interne médecine générale	Sage Femme	Sage Femme	Médecin généraliste	Médecin généraliste	Médecin généraliste	Connaissance
Niveau d'études	bac +2	bac +2	bac +5	bac +4	bac +5	bac pro +1	bac +2	bac pro +1	bac +5	bac +5
Profession	Conseillère de vente	Mère au foyer	Secrétaire administrative	Professeure d'espagnol	Infirmière anesthésiste	Aide soignante	Assistante commerciale	Concours d'auxiliaire de puériculture	Alternante en chimie	Ingénieure informatique
Situation familiale	Mariée sans enfant	Pacsée, G2P1	Mariée sans enfant	Pacsée sans enfant, grossesse en cours	Mariée, 2 enfants, grossesse en cours	Mariée sans enfant	Mariée, 2 enfants, grossesse en cours	Concubinage, sans enfant	Concubinage, sans enfant, grossesse en cours	Mariée, sans enfant, grossesse en cours
Activité sportive	1h30/sem	non	3 fois/sem	2 fois/sem	occasionnel	1 fois/sem	2 fois/sem	non	1 fois/sem	2 fois/sem
Tabac, autres toxiques	Arrêt depuis 3 sem, vapote	5 à 10 cig/jour	non	non	non	non	5 à 10 cig/jour	non	non	non
Alcool	occasionnel	occasionnel	occasionnel	occasionnel	occasionnel	non	non	non	non	non
Fréquence de consultation du médecin traitant	2 fois / an	3 fois / an	2 fois / an	5 fois / an	< 1 fois / an	2 fois / an	1 fois / an	3-4 fois / an	1 fois / an	< 1 fois / an
Type de médecine	allopathie	allopathie	allopathie, médecines douces	allopathie, médecines douces	allopathie et homéopathie	allopathie	allopathie et homéopathie	allopathie et homéopathie	allopathie, médecines douces	médecines douces
Antécédants	non	FCS tardive	non	non	non	non	non	non	asthme effort	Maladie de Crohn
Antécédants familiaux	hérédité pathologie ORL	coronaropathie père	non	non	non	non	non	non	Problèmes thyroïdiens	non

TITRE : Après la consultation préconceptionnelle, paroles de femmes. Recherche qualitative par entretiens semi-dirigés.

Introduction : Améliorer la santé préconceptionnelle est un enjeu de santé publique.

Objectif principal : Explorer le ressenti des femmes ayant eu la consultation préconceptionnelle pour mieux répondre à leurs attentes.

Méthode : Recherche qualitative par entretiens individuels semi-dirigés, par analyse thématique, réalisée entre mai 2016 et mars 2017 auprès de dix femmes ayant eu une consultation préconceptionnelle, dans les départements de la Haute Garonne et du Tarn-Et-Garonne.

Résultats : Les femmes plébiscitent cette consultation, la considèrent comme une étape à part entière de la grossesse et souhaitent la mise en place d'un suivi préconceptionnel. Elles demandent une information médicale claire, personnalisée, validée et une attitude rassurante concernant la fertilité. Elles souhaitent une amélioration de sa promotion.

Conclusion : Ces résultats montrent l'adhésion des femmes, encourageant ainsi les professionnels de santé à proposer plus largement cette consultation.

Mots clefs : Consultation préconceptionnelle, Ressenti, Vécu, Attentes, Femmes

TITLE: After preconception visit: women's words. Qualitative descriptive study using semi-structured individual interviews

Introduction : Improving preconception care is a public health challenge.

Objective : Review the experience of women having received preconception care in order to better understand and address their needs.

Method : Qualitative descriptive study using semi-structured individual interviews of 10 women having received a preconception visit. Interviews performed from May 2016 to March 2017 in Haute-Garonne and Tarn-Et-Garonne, France

Results : Interviewed women enjoyed the preconception visit and consider it as an important step in pregnancy. They would like to see a process of preconception follow-up being put in place. They ask to receive clear, personalised, and best-practice medical information. They also expect medical professionals to adopt a reassuring attitude on fertility. Finally, women also ask for preconception care to be better promoted.

Conclusion : These results highlight the support of women for preconception care, thereby encouraging medical professionals to develop further their preconception visit offering.

Keywords : Preconception visit, Emotion, Awareness, Needs assessments, Women

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE
