

# **THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

**PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT  
PAR**

**Laurie PY**

**Le 16 Septembre 2014**

## **INFORMATION DES FEMMES ET RÉALISATION DE LA CONSULTATION PRÉ-CONCEPTIONNELLE EN RÉGION MIDI-PYRÉNÉES : UNE ETUDE OBSERVATIONNELLE.**

**DIRECTEUR DE THÈSE : LEILA LATROUS**

### **JURY**

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le Professeur Marc VIDAL	Assesseur
Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Assesseur
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH	Assesseur
Madame le Docteur Leila LATROUS	Membre invité

PY LAURIE

2014 TOU3 1065

# **THÈSE**

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

**PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT  
PAR**

**Laurie PY**

**Le 16 Septembre 2014**

**INFORMATION DES FEMMES ET RÉALISATION  
DE LA CONSULTATION PRÉ-CONCEPTIONNELLE  
EN RÉGION MIDI-PYRÉNÉES : UNE ETUDE  
OBSERVATIONNELLE.**

**DIRECTEUR DE THÈSE : LEILA LATROUS**

## **JURY**

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le Professeur Marc VIDAL	Assesseur
Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Assesseur
Monsieur le Docteur Michel BISMUTH	Assesseur
Madame le Docteur Leila LATROUS	Membre invité

## **REMERCIEMENTS**

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, merci d'avoir accepté de présider cette thèse.

Votre investissement dans la recherche en médecine générale a permis de dynamiser cette spécialité et de la rendre plus attractive.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Marc VIDAL, merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse et de juger mon travail.

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE, merci de me faire l'honneur de siéger à ce jury de thèse et d'y apporter votre point de vue.

Monsieur le Docteur Michel BISMUTH, merci pour votre aide, vos remarques pertinentes lors de l'élaboration du poster et du résumé de cette thèse.

Madame le Docteur LATROUS, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse qui a un peu traîné en longueur... Merci pour ta gentillesse, ta disponibilité et ton savoir que tu as toujours su transmettre dans la joie et la bonne humeur.

A tous mes maîtres de stages,

Aline, Olivier, Mathieu et Julien qui ont transformé les gardes aux urgences en réels moments d'apprentissage et de rigolade.

Geneviève Creplet, Dominique Chevalier et Danièle qui ont marqué mon internat par leur savoir-faire auprès des nourrissons et des enfants ; j'ai beaucoup appris à vos côtés tant sur le plan médical que humain.

Christine Cerna, qui, en tant qu'adepte de la consultation pré-conceptionnelle a contribué au travail de cette thèse et m'a permis de le présenter à des confrères. Merci pour ton accueil chaleureux et le partage de ton expérience professionnelle.

Marc Lorrain, Emeline Ducos, Sandra Mahaie et le cabinet médical de Villeneuve en général où j'ai effectué un de mes meilleurs stages. L'ambiance de travail y est tellement agréable. Merci pour votre compagnonnage, votre gentillesse, votre aide et votre soutien dans l'élaboration de cette thèse. J'espère que nous continuerons à travailler ensemble...

Aux maîtres parisiens qui ont également marqué mon parcours :

Mr le Professeur Varet et toute son équipe d'hématologie de Necker, un stage difficile mais formateur dont je garde d'excellents souvenirs.

L'équipe de l'USIP de l'HEGP, en particulier Olivier Sanchez dont je n'arrive toujours pas à me résigner à jeter les cours de P2 et Benjamin Planquette qui restera pour toujours un personnage mémorable de cet hôpital. Vous avez su nous faire confiance dès l'externat et nous faire progresser chaque jour.

Aux amis,

Ma picinette : tu es celle qui a fait de ma P1 une partie de plaisir malgré l'ambiance générale et le travail à fournir. Une jolie rencontre qui s'est transformée en véritable amitié.

Simon, Manu, Adeline, DoroT : que de bons moments passés avec vous, même les samedis matins de révision l'année de l'internat n'ont pas eu raison de notre bonne humeur.

Sophie et Eric : à nos virées au ski et aux super démo de Soso, à sa conduite façon marseillaise qui m'a un peu surprise au départ mais à laquelle on finit par s'habituer...

Jess, Pierre et Mathis et leurs drôles de chiens... Encore une belle rencontre des urgences où nos conversations un poil médisantes me soulageaient bien (Soso était trop gentille elle...). Dommage qu'on se voie moins, les gâteaux de Pierre me manquent !!!

Emma, Jeff et leurs filles qui ont toujours une année d'avance sur nous (prévenez-nous si un jour vous faites le troisième qu'on s'y prépare aussi).

Aux castrais : Helène, Adrien, Fabien, Dona, Katsuki, Bérangère et toutes ces soirées de franche rigolade qui ont fait que ces six mois sont passés si vite !!!

Sophie : à nos délires en pneumo et nos supers conversations sur les trajets pour Montauban !

Mailys : désolée pour les plans foireux de rempla de cet été, j'essayerai de trouver mieux la prochaine fois !

Aux oncologues : Audrey, Cécile, Anne, Anouchka et leurs hommes qui sont devenus bien plus que des collègues de boulot de Thibaud. C'est cool d'avoir ses entrées dans cette spécialité !!

Les castagnoles : Cyril et Laurie, vivement qu'on aille revoir les juvéniles ensemble (pour ça il faudrait qu'on arrête d'en faire...) et mille merci pour l'affiche !!

A ma famille,

Thibaud,

Ta rencontre a été la plus belle de ma vie.

A mes côtés depuis le début de ces longues études tu as su me rendre heureuse, me faire rire et faire de ce parcours une vraie promenade de santé.

Ta présence calme et rassurante, ton écoute, ton soutien, ta patience, ton sérieux ont fait de toi un véritable allié. Ensemble nous avons réussi à construire une vie à deux, puis trois, et maintenant quatre et cela me comble de bonheur.

Je sais que je pourrai toujours compter sur toi et que nous continuerons d'avancer ensemble.

Tu es ce qui m'est arrivé de mieux, un compagnon délicieux et un père formidable.

Je t'aime.

Adèle,

Tu es un peu celle qui a fait germer ce projet de thèse car avant même que tu ne prennes vie, je ne souhaitais que le meilleur pour toi.

Tu es aussi celle qui a freiné un peu (beaucoup !?!) ce projet car depuis ton arrivée je m'émerveille chaque jour à tes côtés et ne peux m'empêcher de profiter de ces moments si précieux de tendresse et de complicité.

Tu as rempli notre maison de joie, de cris, de rires, de vie et c'est un vrai bonheur.

Ma fille, sois sûre de tout l'amour que je te porte.

Soline,

Petite princesse qui vient de naître mais que je chéris déjà depuis longtemps. Quel bonheur de t'avoir avec nous, de te serrer dans mes bras et te couvrir de bisous. Bienvenue dans la famille, émerveille-nous à ton tour, à ta façon...

Mon bébé, mon amour pour toi grandit de jour en jour.

A mes parents,

Merci de m'avoir donné les clefs du bonheur. Forte de votre amour et de votre confiance je me suis sentie capable de réaliser mes rêves. C'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui. Vous avez été et êtes toujours présents et attentifs à mon bien-être (même quand cela consistait à me faire moins bosser, plus m'amuser...un comble !)

Même s'il y a encore du boulot à faire, vous m'avez permis de tirer le meilleur de moi-même.

Merci pour tout. Je vous aime.

A mon frère, Julien,

A tous ces bons moments qu'on a partagés, aux fous rires, aux jeux débiles, aux batailles avec coussins sur la tête (c'était forcément ton idée ça, non ?)...

Aux moins bons aussi qui maintenant me font sourire : le tour de nettoyage de la salle de bain, la musique douteuse que tu écoutais trop fort pendant mes révisions (j'ai souvenir d'un « putain » de coup de soleil qu'on s'est coltinés pendant 3 semaines !).

Merci d'avoir joué ton rôle de grand frère, protecteur, fonceur, un peu chieur.

J'espère que j'aurai bientôt l'occasion de voir ma belle-sœur pour une consultation pré-conceptionnelle parce que c'est bien joli de profiter à deux mais...

A ma sœur, Pauline,

Aux mêmes bons moments entre frère et sœurs, à tes folles courses en passe-partout, aux châtiments chatouilles, tu as à la fois profité et bien bavé de ta place de dernière.

A notre cohabitation rythmée par tes ronflements nocturnes, nos supers chorés qui font envie à ta moitié...

A toutes ces fois où c'était moi la maîtresse, moi la marchande, à ces moments de jalousie ou tu as subi un peu (beaucoup ?) mon mauvais caractère mais c'est ça aussi une grande sœur.

Finalement cela n'a pas entaché notre complicité toujours intacte.

Merci de m'avoir supportée.

A mes grands-pères qui seraient surement fiers de moi, je ne vous oublie pas.

A mamie Christiane, merci pour ta bienveillance et ton amour.

A mamie Carmen, merci pour toutes tes attentions et ton amour.

A toutes les deux vous m'avez appris où se trouve la juste mesure du rapport au corps médical (ni trop, ni trop peu).

A mes oncles et tantes,

Domi et Jacques, nos nombreux souvenirs de vacances petits, nos moments chaleureux toujours présents depuis.

A Nanou, marraine au grand cœur, aux paroles et pensées délicates et attentionnées.

A Fred, parrain un peu fufou mais aussi disponible et à l'écoute, prêt à offrir ses conseils de grand sage.

A Philippe, plus réservé et sensible mais toujours sympathique.

A mes cousins cousines,

Ben, Memette, Thémis, Eva et Maritxu.

Merci à tous pour votre présence et votre affection, c'est bon de vous savoir dans ma vie.

A ma belle-famille,

Merci de m'avoir accueillie à bras ouverts au sein de votre grande famille. C'est un plaisir de partager des moments avec vous et d'avoir rencontré les belles-sœurs, beaux-frères ainsi que Swann, Anaë et Iris, petits neveux et nièces adorés.

# 1 SOMMAIRE

<b>1 SOMMAIRE</b> .....	<b>1</b>
<b>2 INTRODUCTION</b> .....	<b>2</b>
<b>2.1 Etat des lieux des naissances en France</b> .....	<b>2</b>
<b>2.2 La consultation pré-conceptionnelle</b> .....	<b>3</b>
2.2.1 L'interrogatoire.....	4
2.2.2 L'examen clinique et gynécologique .....	4
2.2.3 La prescription d'une prise de sang.....	5
2.2.4 La prescription d'acide folique.....	5
<b>2.3 Intérêts et limites de la consultation pré-conceptionnelle</b> .....	<b>5</b>
<b>2.4 Situation en région Midi-Pyrénées</b> .....	<b>6</b>
<b>3 MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>8</b>
<b>3.1 Objectifs</b> .....	<b>8</b>
<b>3.2 Population</b> .....	<b>8</b>
3.3 Questionnaire .....	8
3.4 Distribution des questionnaires.....	9
3.5 Relance.....	10
3.6 Analyse statistique .....	10
<b>4 RESULTATS</b> .....	<b>11</b>
4.1 Population.....	11
4.2 Objectif principal.....	12
4.3 Objectifs secondaires.....	13
4.4 Recherche de facteurs influençant le recours à la consultation pré-conceptionnelle.....	15
4.4.1 Age des patientes.....	15
4.4.2 La situation familiale.....	15
4.4.3 Le nombre d'enfant au moment du questionnaire.....	16
4.4.4 Le niveau d'étude.....	16
4.4.5 La fréquence des consultations médicales.....	16
4.4.6 La connaissance de la consultation préconceptionnelle.....	16
4.4.7 Le statut du maître de stage.....	16
4.5 Recherche de facteurs influençant la réalisation d'une consultation pré-conceptionnelle complète.....	17
<b>5 DISCUSSION</b> .....	<b>19</b>
5.1 Synthèse des résultats.....	19
5.2 Cohorte.....	22
5.3 Limites de l'étude.....	22
5.4 Perspectives.....	23
<b>6 CONCLUSION</b> .....	<b>25</b>
<b>7 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> .....	<b>27</b>
<b>8 ANNEXES</b> .....	<b>30</b>
8.1 Questionnaire distribué aux médecins maitres de stage.....	30
8.2 Lettre explicative distribuée aux médecins généralistes.....	33
8.3 Carte .....	35
8.4 Affiche.....	36

## **2 INTRODUCTION**

### **2.1 Etat des lieux des naissances en France**

Avec l'Irlande, la France partage le plus fort taux de fertilité d'Europe depuis 2005. L'indicateur conjoncturel de fécondité est à 2 enfants par femme en 2012, ce qui la classe loin devant les autres pays de l'Union Européenne. Cet indicateur était en perpétuelle augmentation depuis les années 1990 jusqu'en 2010 [1, 2].

L'évolution des naissances est également marquée par l'âge plus tardif des femmes à l'accouchement, 30 ans en moyenne en France. L'âge plus avancé des femmes au moment de leur grossesse est un facteur de risque d'anomalies chromosomiques[3] et de complications obstétricales. La fécondité augmente après l'âge de 30 ans depuis les années 1970 mais ne cesse de diminuer avant [1].

Enfin, le nombre de naissances hors mariage a considérablement augmenté lors de ces dernières années dans notre pays. Le taux est passé de 37,2 % en 1994 à 56,7% en 2012 [1, 4].

### **2.2 La consultation pré-conceptionnelle**

Nous connaissons la consultation prénuptiale obligatoire pour les futurs époux.

Elle a été supprimée en 2007 devant le nombre croissant de naissances hors mariage [4]. Face à cette tendance, son intérêt devenait discutable. Son caractère préventif avait pour but de repérer et éventuellement intervenir sur des situations à risques pour le couple pouvant potentiellement compliquer une future grossesse.

Depuis la suppression de la consultation prénuptiale, il est recommandé que toutes les femmes en âge de procréer ou tous les couples exprimant un projet de grossesse bénéficient d'une consultation dite pré-conceptionnelle [4, 5]. Celle-ci n'est pas obligatoire.

La consultation pré-conceptionnelle vise à délivrer des messages de prévention et des interventions médicales adaptées en fonction des besoins, des risques authentifiés, afin de maintenir ou d'améliorer la santé des femmes au moment de la conception et d'éviter d'éventuelles complications obstétricales [3, 5-9]. Cette période est propice aux messages de prévention car les femmes y sont très réceptives [4, 10].

La consultation pré-conceptionnelle peut être réalisée par le médecin généraliste, le gynécologue médical ou obstétricien ou encore la sage-femme à la demande de leur patiente.

Cette consultation peut également être effectuée lorsque le professionnel de santé la juge nécessaire chez une femme en âge de procréer lors d'une consultation pour un autre motif (gynécologique ou autre) [4]. En effet, le désir de grossesse n'est pas souvent clairement évoqué mais lorsqu'il n'y a pas de moyen contraceptif utilisé, il semble approprié que le

professionnel de santé aborde le sujet, pose la question et évalue le degré de réceptivité de sa patiente.

Le médecin généraliste tient une place de choix pour devenir acteur principal de cette consultation de prévention primaire [7, 11]. En effet, proche de ses patientes, il est en première ligne pour repérer les changements présageant qu'un projet d'enfant est plus ou moins en cours. C'est durant cette période pré-conceptionnelle qu'il devra être vigilant et proposer le moment venu une consultation dédiée (en incluant le partenaire) si la demande ne vient pas spontanément de sa patiente [3, 9].

Il est important que la consultation concerne uniquement ce motif car les différents points à aborder sont nombreux et nécessitent un temps adapté.

La consultation pré-conceptionnelle reprend plusieurs points de la consultation prénuptiale et se divise en plusieurs étapes [3, 4, 8] [11].

### **2.2.1 L'interrogatoire**

Il permet de recueillir des informations concernant l'âge, les antécédents personnels gynécologiques, obstétricaux, médicaux ainsi que familiaux, sociaux et génétiques de la patiente. En fonction des situations à risque pour une future grossesse, certaines actions de prévention seront mises en place. Par exemple un suivi spécialisé en cas de grossesse antérieure compliquée, une consultation avec conseil génétique en cas d'antécédent de pathologie génétique dans la famille, un dépistage personnalisé de la trisomie 21 en fonction de l'âge de la patiente [12-14].

En cas de pathologie chronique nécessitant un traitement médicamenteux à risque tératogène avéré, l'intérêt de ce dernier sera réévalué et le traitement modifié si besoin : par exemple avec les antidiabétiques oraux, certains antihypertenseurs, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). La maîtrise de la pathologie chronique sera également recherchée notamment pour les patientes diabétiques, où l'équilibre glycémique au moment de la conception est préférable [6, 15].

Le carnet de vaccination de la femme est vérifié et les rappels sont mis à jour en ce qui concerne le Diphtérie-Tétanos-Polio et la coqueluche [16]. Un rattrapage de la rubéole est effectué en cas d'absence de deux vaccinations préalables et de sérologie négative. La vaccination contre la varicelle est proposée si la patiente n'a jamais contracté cette pathologie [17-19]. Dans tous les cas une contraception durant 3 mois après la vaccination est nécessaire. En cas de période épidémique de grippe, une vaccination anti-grippale peut être proposée sans contraception nécessaire puisqu'il n'y a aucun risque tératogène rapporté [20].

L'interrogatoire est également l'occasion de rappeler les risques de l'automédication durant une grossesse, du fait de molécules potentiellement tératogènes, notamment en ce qui concerne les AINS. Ces produits largement utilisés et commercialisés sans ordonnance ont des effets indésirables méconnus du grand public.

Il est nécessaire d'évaluer, au cours de l'interrogatoire, la pénibilité du travail, les situations de précarité ou vulnérabilité qui exposent à des risques de prématurité et à d'autres complications, ainsi que les risques professionnels (agents tératogènes) [21].

Enfin, l'interrogatoire permet de faire le point sur les consommations à risque et de proposer une aide au sevrage si besoin pour le tabac, l'alcool, la drogue [9, 22-24].

La consommation de tabac durant la grossesse s'accompagne de façon proportionnelle au niveau de consommation : d'un risque de fausse couche plus élevé, d'une insuffisance placentaire avec petit poids de naissance, de retard de croissance intra-utérin et d'accouchement prématuré [23]. En post-partum, le tabac est associé à un risque accru de mort subite du nourrisson[22].

La prise d'alcool est à proscrire complètement compte tenu des risques de syndrome d'alcoolisme fœtal, de désordres neuro-développementaux, de retards de croissance. Ces complications sont difficiles à anticiper car fonction de la sensibilité du fœtus, du moment de la prise d'alcool (plus problématique le premier et dernier trimestre de grossesse) et du degré d'incertitude concernant les effets d'une consommation faible [23, 24]. La consommation d'alcool durant la grossesse a diminué ; cependant, dans les mois qui précèdent, elle est potentiellement dangereuse et accrue par le phénomène de « binge drinking » (consommation excessive sur une courte durée) [25] répandu chez les jeunes femmes de 15 à 30 ans.

Les effets de la consommation d'autres substances addictives telles que la marijuana, la cocaïne, l'héroïne ne sont pas clairement établis du fait de l'impossibilité de mener des études sur ce sujet. Toutefois, il est rapporté un risque accru de faible poids de naissance, de retard de croissance intra-utérin, de prématurité avec, à la naissance, possibilité de syndrome de sevrage et de défaillances diverses à surveiller [23].

### **2.2.2 L'examen clinique et gynécologique**

Le praticien effectue une mesure de la tension artérielle afin d'écarter une hypertension artérielle (HTA). L'HTA gravidique chronique au cours de la grossesse est un risque de pré-éclampsie, de prématurité et de retard de croissance intra-utérin [26].

Il pèse également la patiente, et calcule l'indice de masse corporelle. Le surpoids ou au contraire la dénutrition sont des facteurs de risques de complications pour une future grossesse, qu'il faut tenter de limiter [3, 6, 27, 28].

Le médecin doit proposer des solutions, voire un suivi spécialisé si nécessaire pour contrôler les problèmes liés au poids et ainsi réduire les risques de naissances prématurées, de faible poids de naissance, de diabète gestationnels, de problèmes cardiovasculaires et d'obésité. Les messages de prévention concernant les règles hygiéno-diététiques et l'activité physique sont essentiels.

L'examen des seins et la réalisation d'un frottis si nécessaire (si le dernier remonte à plus de 3 ans) sont à effectuer au moment de cette consultation afin d'écartier tout risque de cancer du sein ou du col de l'utérus qu'il est préférable de traiter avant de programmer une grossesse.

### **2.2.3 La prescription d'une prise de sang**

Cette prise de sang permet de détecter, d'anticiper les situations à risque et d'établir une stratégie de prévention en fonction des résultats. Elle comprend :

- la détermination du groupe sanguin et rhésus.
- la sérologie rubéole : vaccination à faire si négative et absence de deux vaccinations antérieures [17-19].
- la sérologie toxoplasmose : conseils alimentaires et hygiéniques si négative avec contrôles tout au long de la grossesse pour une surveillance accrue en cas de séroconversion [17].
- la sérologie VIH 1 et 2. En cas de sérologie positive un traitement antirétroviral et un suivi spécialisé sont mis en place pour prévenir la transmission materno-fœtale. Le taux de transmission est de 1% en France lorsque la patiente est bien suivie.
- la sérologie VHC. L'hépatite C doit être traitée avant la grossesse, les traitements étant ensuite contre-indiqués. Un suivi spécialisé n'est pas indispensable durant la grossesse car aucune surveillance particulière ne s'impose. Le taux de transmission materno-fœtale est faible, elle se fait uniquement en cas d'ARN positif détecté chez la mère. L'enfant doit être dépisté à un mois par PCR ou à dix-huit mois avec une sérologie.
- la sérologie syphilis. Cette pathologie est rare mais sa transmission materno-fœtale est importante (80%) et peut conduire à des avortements spontanés, des décès néo-nataux ou une

syphilis congénitale. Le dépistage avec un traitement précoce et adapté de cette pathologie permet de prévenir ces risques.

- le taux d'Ac anti-Hbs en cas de vaccination contre l'hépatite B effectuée ou Ag Hbs si ce n'est pas le cas. Les femmes non immunisées doivent recevoir un schéma vaccinal complet avant toute grossesse. En cas d'hépatite B chronique, des immunoglobulines sont administrées au nouveau-né dès la naissance, ainsi qu'une vaccination complète afin de limiter le risque de transmission materno-fœtale [18].

#### **2.2.4 La prescription d'acide folique**

La prise de 400 microgrammes par jour d'acide folique dès le désir de grossesse (trois mois avant est le délai idéal) poursuivie jusqu'à douze semaines d'aménorrhée est recommandée afin de prévenir les défauts de fermeture du tube neural [29, 30]. En cas d'antécédent familial de défaut de fermeture du tube neural, la dose recommandée est de 4mg par jour [3]. Il a été rapporté d'autres effets bénéfiques de la supplémentation en acide folique, notamment une diminution des accouchements prématurés [31].

Toutes ces étapes rendent la consultation capitale : elle doit être détaillée avec un praticien disponible et à l'écoute pour que les messages de prévention prennent tout leur sens. Ce temps privilégié avec la patiente doit permettre d'anticiper les grossesses à risque et d'établir, si nécessaire, une stratégie thérapeutique en accord avec la patiente pour qu'elle se trouve dans les conditions idéales de santé au moment de la conception. Parfois un avis spécialisé et un suivi particulier s'avèrent nécessaires. La santé de la mère conditionne en grande partie la santé de son bébé et de l'adulte qu'il deviendra.

#### **2.3 Intérêts et limites de la consultation pré-conceptionnelle**

La France voit donc son indicateur de fécondité augmenter progressivement depuis des années mais à l'inverse, son taux de mortalité infantile stagne depuis les années 90, autour de 3- 4<sup>0</sup>/<sub>00</sub> [1, 2, 32, 33] (3,5<sup>0</sup>/<sub>00</sub> en 2011) [1, 2]. Ce taux de mortalité infantile, ainsi que la morbidité infantile ont comme causes principales la prématurité (dans 40% des cas), les anomalies congénitales et le faible poids de naissance toutes causes confondues (données de 2008 [2]) comme le soulignent plusieurs études [5, 9, 32].

La consultation pré-conceptionnelle, et par conséquent les soins pré-conceptionnels au sens large, peuvent contribuer à améliorer l'état de santé des femmes au moment de la conception

et ainsi diminuer la morbi-mortalité périnatale maternelle et foetale [5, 8, 9, 26, 34]. C'est là son intérêt majeur.

Il a été démontré que la période d'organogénèse se déroule entre le 17<sup>ème</sup> et le 56<sup>ème</sup> jour de grossesse ; à ce stade, certaines femmes ne savent même pas qu'elles sont enceintes et pourtant les risques pour l'embryon d'une éventuelle toxicité, même à dose minimale, sont réels [3, 21]. La majorité des anomalies congénitales apparaissent à un stade très précoce de la grossesse, avant même que les femmes aient conscience de leur état [5]. Les études montrent que désormais pour diminuer la morbi-mortalité périnatale, les efforts médicaux doivent se concentrer sur la période pré-conceptionnelle [5, 8, 35]. Les médecins généralistes sont convaincus de l'importance de ces soins [7].

La consultation pré-conceptionnelle permet de réduire les complications obstétricales et néonatales avec diminution des faibles poids de naissance, des accouchements prématurés, des défauts de fermeture du tube neural, des malformations congénitales (avec orientation si nécessaire vers une consultation de conseil génétique), des fausses couches spontanées du fait d'interventions précoces ciblées et adaptées [8]

L'impact d'actions ciblées de prévention et d'éducation précoces, largement suivies pour maintenir ou améliorer la santé des femmes en période pré-conceptionnelle n'a pas encore pu être évalué en France. Dans certains pays plus avancés sur ce thème comme la Hongrie, les Etats Unis, les Pays-Bas et l'Allemagne, des études avec programme pré-conceptionnel réalisées dans des cliniques spécialisées démontrent des effets bénéfiques notamment concernant le poids des patientes et leur consommation de tabac [10, 36, 37]. Il en découle moins d'accouchements prématurés, moins de faibles poids de naissance.

Bien que cette prise en charge pré-conceptionnelle semble capitale, dans les faits sa réalisation rencontre bien des difficultés et n'est donc pas largement effectuée [35].

Du point de vue des professionnels de santé, bien que les médecins généralistes soient convaincus de son intérêt, il est difficile de déterminer quand et comment aborder le sujet avec leurs patientes ; ils attendent souvent que l'opportunité se présente [6, 7, 38]. Ils disent régulièrement manquer de temps pour de tels soins [7]. De plus, plusieurs intervenants peuvent prodiguer ces soins ce qui fait que les rôles de chacun ne sont pas clairement établis. Enfin, la formation des professionnels de santé est parfois manquante quant à la prise en charge pré-conceptionnelle [7].

Du côté des femmes en âge de procréer, le principal obstacle est qu'elles ne planifient pas leur grossesse pour 20% à 40% d'entre elles [6, 35, 39].

Par ailleurs, des études montrent que les femmes n'ont pas connaissance de l'existence de cette consultation ni de ses intérêts [6, 29, 30, 35, 38, 40]. Quand leur médecin aborde ce sujet

elles ne sont pas forcément réceptives [9, 29]. Enfin, elles n'osent pas toujours pousser la porte d'un cabinet pour ce motif : n'étant pas malades, cette consultation préventive ne leur semble pas valable alors même qu'elles consultent immédiatement après la conception [7, 29].

## **2.4 Situation en région Midi-Pyrénées**

En Midi-Pyrénées, 31 688 naissances ont été recensées en 2011 par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), soit un taux de natalité de 11,1<sup>0</sup>/<sub>00</sub> habitant [1, 2, 41]. Cela place la région parmi les moins fécondes de France même si l'écart tend à se réduire : l'indicateur conjoncturel de fécondité y est à 1,84 en 2009 alors que la moyenne est à 2 en France [1].

La région n'est pas épargnée en ce qui concerne l'âge plus tardif à l'accouchement : il est de 30,6 ans en moyenne. Avec l'Île-de-France, la région Midi-Pyrénées a l'âge le plus avancé à l'accouchement du fait de femmes plus diplômées[33] et plus actives que celles des autres régions. Elles retardent donc naturellement l'arrivée du premier enfant. Les naissances hors mariage représentent 61% [1].

Dans cette région le taux de mortalité infantile est dans la moyenne : 3,4<sup>0</sup>/<sub>00</sub> habitant en 2011 avec comme cause principale la prématurité [1, 2]. En 2011, en région Midi-Pyrénées, 7,1% des naissances étaient prématurées et 6,6% des nouveau-nés pesaient moins de 2 500gr [2].

Il est impossible de connaître le nombre de patientes ayant effectué leur consultation pré-conceptionnelle en région Midi-Pyrénées. Cet élément est difficile à évaluer car la consultation n'est pas obligatoire et n'a aucune quotation particulière pour la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

Lors de mes stages chez le praticien j'ai constaté que peu de femmes demandaient une consultation pré-conceptionnelle et que peu de médecins la proposaient. Est ce un constat général ? Pourquoi un tel désinvestissement quand on connaît l'intérêt de cette consultation ? J'ai donc souhaité effectuer mon travail de thèse sur ce sujet afin de répondre à ces interrogations.

Ce travail a pour objectif principal de vérifier l'hypothèse selon laquelle la consultation pré-conceptionnelle est rarement effectuée en région Midi-Pyrénées en évaluant le pourcentage des femmes enceintes qui en ont bénéficié.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le degré de connaissance des patientes de cette consultation et les facteurs favorisant ou limitant le recours à cette consultation.

Après cette étude nous serons en mesure de proposer une action visant à améliorer le nombre de patientes ayant recours à cette consultation.

### **3 MATERIEL ET METHODE**

Cette étude transversale observationnelle a été réalisée en région Midi-Pyrénées du 15 novembre 2012 au 31 janvier 2013.

Le recueil des informations a été effectué auprès de patientes par l'intermédiaire de questionnaires anonymes distribués par les médecins généralistes maîtres de stage de la faculté de médecine de Toulouse ou leurs internes.

#### **3.1 Objectifs**

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le pourcentage de femmes ayant réalisé leur consultation pré-conceptionnelle en région Midi-Pyrénées pour une grossesse en cours ou juste après leur accouchement (jusqu'à quatre mois post-natal).

Les objectifs secondaires sont multiples :

- évaluer si les patientes ont connaissance de l'existence de la consultation pré-conceptionnelle.
- déterminer les sources d'information à ce sujet.
- déterminer les facteurs influençant le recours à la consultation pré-conceptionnelle.
- proposer, suite à l'analyse des résultats, une action concrète qui pourrait améliorer le recours à la consultation pré-conceptionnelle.

#### **3.2 Population**

Le recueil des informations a été fait auprès des personnes de sexe féminin, enceintes ou ayant accouché il y a moins de quatre mois. Elles répondaient au questionnaire de façon anonyme après avoir donné leur consentement.

La période de recrutement s'est étalée de novembre 2012 au 31 janvier 2013.

Les patientes ont été incluses lors d'une consultation chez leur médecin de ville.

#### **3.3 Questionnaire**

Le questionnaire a été élaboré après une revue de la littérature concernant la consultation pré-conceptionnelle et les connaissances des femmes autour de ce sujet. Avant sa rédaction une dizaine de patientes enceintes ont été interrogées pour confronter les données de la littérature à leurs propos concernant les obstacles à la consultation pré-conceptionnelle.

Après ce travail préliminaire, le questionnaire rédigé a été relu et retravaillé suite aux remarques de plusieurs médecins, internes, patientes.

Il a été testé sur un échantillon de dix patientes du cabinet où j'effectuais mon stage afin d'y apporter les dernières modifications.

Ce questionnaire a été validé par la commission des thèses de la région Midi-Pyrénées.

Le questionnaire se présente sur une page recto-verso. Il comprend 10 questions à choix multiples afin de faciliter le recueil des données.

La première partie concerne les caractéristiques épidémiologiques des patientes, à savoir leur âge, leur situation familiale, le nombre d'enfant, leur niveau d'étude.

La seconde partie concerne la réalisation de la consultation pré-conceptionnelle pour la grossesse actuelle ou l'enfant qui vient de naître. Les questions ont pour but d'évaluer les femmes ayant réalisé cette consultation de leur propre initiative, celles qui connaissent son existence sans pour autant oublier celles qui l'ont réalisée de façon complète ou partielle à l'initiative de leur médecin.

La troisième partie concerne uniquement les femmes qui connaissent l'existence de la consultation pré-conceptionnelle. Les questions visent alors à déterminer par quel moyen elles ont eu cette information. Dans un second temps, les femmes qui connaissent l'existence de cette consultation et qui ne l'ont pas effectuée valident les raisons expliquant l'absence de consultation. Le questionnaire est disponible en annexe 1.

### **3.4 Distribution des questionnaires**

Afin de favoriser le taux de participation, les questionnaires ont été distribués aux patientes éligibles via les médecins généralistes enseignants de la région Midi-Pyrénées ou leurs internes.

Un dossier comprenant une lettre explicative, 10 questionnaires et une enveloppe retour timbrée à mon adresse est parvenu à chaque médecin maître de stage niveau un (N : 82) ou gynéco-pédiatrie (N : 38) coordonnateur.

La lettre explicative détaillait les critères d'inclusion, expliquait l'objectif et l'intérêt de mon travail de thèse et revenait clairement sur le caractère anonyme de l'étude. La lettre comprenait également mes coordonnées téléphoniques et adresse mail pour répondre aux éventuelles questions. Lettre disponible en annexe 2.

Les médecins généralistes maîtres de stage niveau un coordonnateurs ont reçu par voie postale les dossiers à leur cabinet. Comme chaque stage offrait au moins deux lieux d'activité,

les dossiers étaient adressés aux internes afin de limiter le coût d'envoi. Les internes étaient chargés de procéder au recrutement sur les différents lieux de stage avec l'aide de leur enseignant.

Ces dossiers ont également été distribués aux maîtres de stage gynéco-pédiatrie via leurs internes lors de journées de formation pédiatrique. 36 dossiers leur ont été remis à ce moment. Leurs coordonnées téléphoniques et adresses mail ont également été récupérées à cette occasion. Deux dossiers supplémentaires ont été envoyés au cabinet des médecins généralistes gynéco-pédiatrie coordinateur dont les internes étaient absents.

Au total 120 dossiers ont été distribués : envoyés (N=84) ou remis en mains propres (N=36) soit 1200 questionnaires.

Concernant la répartition sur la région Midi-Pyrénées, comme chaque interne chez le praticien niveau un fréquente le plus souvent deux cabinets médicaux l'étude concerne un total de 193 cabinets médicaux.

La carte de la couverture de la région disponible en annexe 3.

### **3.5 Relance**

Afin de favoriser le taux de participation à notre étude, deux mails incitatifs ont été rédigés à l'attention des internes chez les médecins maîtres de stage gynéco-pédiatrie début décembre 2012 et fin janvier 2013.

Chaque sollicitation ou question de leur part a bénéficié d'une réponse par mail de façon individuelle.

Une relance par mail de tous les internes de gynéco-pédiatrie s'est faite mi-février pour récupérer les questionnaires.

Tous les cabinets des praticiens maîtres de stage niveau un ont été contactés entre fin novembre et mi-décembre 2012 pour vérifier la bonne réception des dossiers et répondre à d'éventuelles questions.

Après la période de recrutement jusqu'au 31 janvier 2013, la période de recueil des dossiers s'est déroulée jusque début avril 2013.

### **3.6 Analyse statistique**

L'analyse statistique de cette étude a été réalisée à l'aide du logiciel Graphpad Prism version 6. Les résultats présentés sont interprétés selon la méthode du  $\chi^2$  avec un p considéré significatif lorsqu'inférieur à 0,05.

## 4 RESULTATS

120 dossiers ont été constitués et distribués aux différents internes stagiaires chez les praticiens libéraux niveau un ou à orientation gynéco-pédiatrie. Cela représente 193 lieux de stages en Midi-Pyrénées et 1200 questionnaires. Sur les 120 dossiers distribués il y a eu 41 retours soit 34,16% de participation. Les internes en stage chez le praticien niveau un ont été 31,7% à répondre, ceux en gynéco-pédiatrie 42,1%. Le nombre moyen de questionnaires remplis par chaque interne participant était de 5,5 questionnaires.

Au total 220 questionnaires remplis et exploitables ont été retournés entre janvier 2013 et avril 2013.

### 4.1 Population

Les caractéristiques de la population étudiée, à savoir les femmes enceintes ou ayant accouché il y a moins de quatre mois en région Midi-Pyrénées sont décrites dans le tableau 1.

		<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Age	< 25 ans	35	15,9
	25-34 ans	154	70
	35-40 ans	26	11,8
	> 40 ans	5	2,3
Situation familiale	Célibataire	5	2,3
	En couple	215	97,7
Nombre d'enfant hors grossesse en cours ou nouveau né	Zéro	73	33,2
	Un	87	39,5
	Deux ou plus	60	27,3
Niveau d'étude	Absent	4	1,8
	Brevet	20	9,1
	BEP /CAP	38	17,3
	BAC	41	18,6
	BAC+ 2/3	60	27,3
	> BAC + 3	57	25,9

Tableau 1 : caractéristiques de la population étudiée.

Les caractéristiques étudiées chez les patientes étaient comparables aux données de l'INSEE concernant la région Midi-Pyrénées. En effet, l'âge des femmes au moment de la naissance de leur premier enfant est très majoritairement (66%) aux alentours de 30 ans. Par ailleurs, le niveau d'étude est majoritairement élevé, à savoir BAC + 2 au minimum pour plus de 50% de la population. Nous remarquons également que la quasi-totalité des femmes sont en couple. De plus, dans notre étude il s'agissait d'une première grossesse ou accouchement pour 33,2 % des femmes interrogées.

#### **4.2 Objectif principal**

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer le nombre de patientes enceinte ou ayant accouché il y a moins de quatre mois en région Midi-Pyrénées ayant eu recours à une consultation pré-conceptionnelle.

Seules 72 femmes incluses (32,7%) ont fait la démarche de consulter leur médecin afin de bénéficier d'une consultation pré-conceptionnelle dans l'échantillon étudié.

Lorsqu'elles consultent pour ce motif leur médecin généraliste, celui-ci aborde avec elles les différents temps de la consultation pré-conceptionnelle de façon complète : prévention, bilan biologique et prescription d'acide folique, dans près de la moitié des cas (35 cas sur 72, soit 48,6%). Pour les 37 patientes restantes les consultations étaient incomplètes.

Si on regarde l'échantillon de femmes ne consultant pas pour ce motif en particulier (148 femmes), nous remarquons que malgré tout, 19 d'entre elles (12,8%) bénéficient d'une consultation pré-conceptionnelle complète à l'initiative de leur généraliste.

De plus, 44 femmes (29,7%) abordent au moins un item à l'initiative de leur généraliste en pré-conceptionnel.

Les items abordés au cours de ces consultations incomplètes, ainsi que leur fréquence, sont détaillés dans le tableau 2.

	Nombre	Pourcentage
Aucun point abordé	2	2,5%
Prévention	20	24,7%
Bilan biologique	17	21%
Acide folique	8	9,9%
Prévention + Bilan biologique	22	27,1%
Prévention + Acide folique	6	7,4%
Bilan biologique + Acide folique	6	7,4%
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Tableau 2 : items abordés dans les consultations incomplètes.

Au total, 24,5% des femmes seulement bénéficient d'une consultation pré-conceptionnelle complète, que ce soit à leur demande ou à l'initiative de leur médecin généraliste.

Néanmoins, si on considère toutes les consultations pré-conceptionnelles réalisées de façon complète ou non, à la demande des femmes ou à l'initiative du médecin généraliste, le pourcentage de réalisation s'élève à 61,4%.

### 4.3 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de l'étude étaient d'évaluer le pourcentage de patientes connaissant l'existence de la consultation pré-conceptionnelle et par quel(s) moyen(s) elles en avaient été informées.

Les résultats indiquent que seulement 67 femmes (30,45%) connaissaient l'existence de la consultation pré-conceptionnelle. Dans ce cas, 40 d'entre elles (59,7%) y ont recours spontanément.

Les moyens par lesquels les patientes ont reçu l'information concernant la consultation pré-conceptionnelle sont détaillés dans le tableau 3.

	Nombre
Médecin traitant	28
Gynécologue/ Obstétricien	19
Média	13
Campagne de prévention	1
Sage-femme	1
Autres	9

Tableau 3 : mode d'information sur la consultation pré-conceptionnelle (plusieurs réponses possibles par patiente). Les autres moyens évoqués ont été : les formations professionnelles (réponses d'une femme médecin et de deux sages-femmes), le recours à une aide médicale à la procréation, une amie.

La majorité des femmes interrogées dans l'étude sont au courant de l'existence et de l'intérêt de la consultation pré-conceptionnelle via leur médecin généraliste.

Une seule femme évoque une campagne de prévention qui n'existe pas à l'heure actuelle selon mes connaissances.

Dans un deuxième temps, nous souhaitons identifier les facteurs limitant le recours à la consultation pré-conceptionnelle alors même que les patientes étaient informées de son existence.

Sur les 67 femmes qui connaissaient la consultation pré-conceptionnelle, 27 n'y ont pas eu recours, soit 41,3%. Les différentes causes évoquées par ces femmes pour expliquer l'absence de recours à cette consultation sont énumérées dans le tableau 4.

Raisons évoquées :	Nombre
Grossesse non programmée	5
Consultation déjà réalisée	9
Consultation jugée inutile	7
La grossesse n'est pas une maladie	3
Peur de l'annonce d'une pathologie	1
Peur de reproches concernant le tabac	3
Peur des reproches concernant régime alimentaire	2
Absence de bénéfice pour la mère et l'enfant	3
Manque de temps	5
Autres	3

Tableau 4 : Motifs de non réalisation de la consultation pré-conceptionnelle chez les femmes connaissant son existence (plusieurs réponses possibles par patiente).

Les autres raisons évoquées ont été : la formation professionnelle (réponse d'une femme médecin), le fait que cette consultation ne leur a pas été proposée.

Chez les femmes qui n'ont pas réalisé de consultation pré-conceptionnelle malgré sa connaissance, la raison principalement évoquée dans cette étude est sa réalisation lors d'une précédente grossesse.

En seconde argumentation il apparaît que cette consultation est jugée inutile.

Ensuite, arrivent à la même position le fait que la grossesse n'était pas programmée ou le manque de temps de la future mère.

#### **4.4 Recherche de facteurs influençant le recours à la consultation pré-conceptionnelle**

Après avoir détaillé les raisons évoquées par les patientes pour justifier leur manque de recours à la consultation pré-conceptionnelle lorsqu'elles en ont connaissance, nous avons ensuite recherché si d'autres facteurs influençaient la réalisation de cette consultation. Ces résultats sont résumés dans le tableau 5 (page 20).

##### **4.4.1 L'âge des patientes**

Les résultats de l'analyse statistique nous montrent que l'âge n'a aucune influence significative sur le recours à la consultation pré-conceptionnelle.

#### **4.4.2 La situation familiale**

Les femmes en couple ou célibataires au moment de l'étude ont recours de la même façon à la consultation pré-conceptionnelle. Cette caractéristique sociale n'est pas un facteur influençant significatif.

#### **4.4.3 Le nombre d'enfant au moment du questionnaire**

Le nombre d'enfant n'apparaissait pas comme un facteur influençant significatif probablement du fait des effectifs réduits dans chacune des catégories. Néanmoins, en analysant les données de façon différente, en comparant les femmes sans enfant à celles avec un enfant et plus, nous remarquons que le groupe sans enfant a plus recours à la consultation pré-conceptionnelle de manière significative ( $p=0,03$ ).

#### **4.4.4 Le niveau d'étude**

Le niveau d'étude n'est pas un facteur influençant significatif pour le recours à la consultation pré-conceptionnelle.

#### **4.4.5 La fréquence des consultations médicales**

La fréquence des consultations chez le médecin généraliste n'apparaissait pas comme facteur influençant significatif du fait des effectifs réduits dans chacune des catégories. En regroupant les femmes qui consultent fréquemment et régulièrement versus celles qui consultent rarement ou jamais, nous constatons un recours à la consultation pré-conceptionnelle plus fréquent de manière significative ( $p=0,04$ ) chez les femmes qui consultent le plus souvent leur généraliste.

#### **4.4.6 La connaissance de la consultation pré-conceptionnelle**

De manière logique, lorsque les femmes sont informées, quelle qu'en soit la manière, de l'existence de la consultation pré-conceptionnelle, elles ont plus recours à cette consultation de prévention que celles qui ignorent son existence de façon significative ( $p=0,0001$ ).

#### **4.4.7 Le statut du médecin maître de stage**

Enfin, en analysant les données recueillies chez les praticiens maîtres de stage niveau un et celles chez les praticiens maîtres de stage gynéco-pédiatrie, nous remarquons que les femmes

suivies par un médecin généraliste maître de stage gynéco-pédiatrie réalisent plus fréquemment une consultation pré-conceptionnelle de façon significative ( $p=0,034$ ).

En comparant ces deux groupes sur les autres items il n'y a pas de différence significative retrouvée en ce qui concerne la connaissance de la consultation pré-conceptionnelle, et le mode de connaissance.

		Cs faite	Cs non faite	p	Odds Ratio
Age		/	/	NS	/
Situation familiale		/	/	NS	/
Nombre d'enfant	0	31	42	$p=0,03$	1,908 IC95(1,06 ;3,435)
	1 et +	41	106		
Niveau d'étude		/	/	NS	/
Fréquence consultation médicale	Occasionnellement + Jamais	19	60	$p= 0,04$	0,5258 IC95(0,2833 ;0,9759)
	Fréquemment + Régulièrement	53	88		
Connaissance de la consultation PC	Oui	40	27	$p<0,0001$	5,602 IC95(2,999 ;10,46)
	Non	32	121		
Suivi par un praticien Gynéco- pédiatrie	Oui	36	44	$p=0,034$	2,364 IC95(1,322 ;4,227)
	Non	36	104		

Tableau 5 : facteurs influençant ou non le recours à la consultation pré-conceptionnelle.

Légende : PC : pré-conceptionnelle, Cs : consultation, NS : non significatif.

#### 4.5 Recherche de facteurs influençant la réalisation d'une consultation pré-conceptionnelle complète

Si nous nous attachons à étudier désormais les facteurs qui favorisent la réalisation d'une consultation pré-conceptionnelle de qualité, à savoir une consultation avec chacun des

différents items recommandés abordés, nous pouvons retenir deux résultats significatifs (détaillés dans le tableau 6).

Premièrement, il ressort que cette consultation est mieux réalisée quand elle est faite à la demande des patientes. En effet, sur les 72 femmes qui consultent leur médecin généraliste pour ce motif, 35, soit 48,6%, bénéficient d'une consultation complète contre seulement 19 sur 63 (30,1%) lorsque cette consultation est à l'initiative du médecin ( $p=0,029$ ).

Deuxièmement, il apparaît que la consultation pré-conceptionnelle est réalisée de manière plus complète chez les praticiens maîtres de stage gynéco-pédiatrie et cela de façon significative. En effet, 28 consultations à la demande des patientes ou à l'initiative du médecin ont été réalisées de manière complète sur 62 (45%) versus 26 sur 102 (25%) consultations réalisées chez les praticiens maîtres de stage niveau un ( $p=0,0093$ ).

Facteur étudié	Nombre de consultations complètes	Nombre de consultations incomplètes	p	Odds ratio IC95(1,078 ;4,453)
Démarche patiente	35	37	0,029	2,191 IC95(1,078 ;4,453)
Démarche médecin	19	44		
Médecin gynéco-pédiatrie	28	34	0,0093	2,407 IC95(1,232 ;4,704)
Praticien niveau un	26	76		

Tableau 6 : facteurs favorisant une consultation pré-conceptionnelle complète.

## 5 DISCUSSION

### 5.1 Synthèse des résultats

Ce travail rétrospectif réalisé sur un échantillon de 220 femmes enceintes ou venant d'accoucher en région Midi-Pyrénées nous permet d'objectiver plusieurs informations intéressantes concernant la consultation pré-conceptionnelle.

Tout d'abord, comme pressenti au cours de mes différents stages en libéral, peu de patientes en bénéficient. En effet, dans l'échantillon étudié seulement 32,7% des femmes interrogées déclarent avoir consulté leur médecin généraliste pour une consultation pré-conceptionnelle. Nous retrouvons des taux similaires dans les données de la littérature (autour de 39% de participation) [38].

L'existence de cette consultation est malheureusement peu connue puisque seulement 30,45% des femmes interrogées affirment connaître son existence.

Par ailleurs, les femmes qui connaissent l'existence de cette consultation ne consultent pas nécessairement pour ce motif et cela pour plusieurs raisons. Les premières raisons évoquées étant qu'elles ont déjà réalisé cette consultation auparavant lors d'une précédente grossesse ou alors qu'elles la jugent inutile ce qui est également rapporté dans la littérature [29, 38]. Cela est surprenant, puisqu'elles considèrent, une fois enceintes, qu'elles doivent consulter rapidement.

De façon logique, les femmes connaissant l'existence de la consultation pré-conceptionnelle consultent plus fréquemment pour ce motif.

Au vu de ces résultats, il semblerait qu'une information plus largement diffusée concernant l'existence et les intérêts de la consultation pré-conceptionnelle améliorerait le recours à cette consultation. Au cours du congrès européen de 2010 à Bruxelles, de telles actions de communications ont d'ailleurs été recommandées [5]. D'autres préconisent des interventions dans les écoles afin de toucher les jeunes femmes ainsi que les jeunes hommes[34].

On peut supposer que les femmes informées et conscientes de l'intérêt de réaliser une consultation pour chaque grossesse consulteraient également plus volontiers, plusieurs autres études le confirment [29, 35, 40].

Il est donc nécessaire d'insister sur l'intérêt et les bénéfices de cette consultation de prévention pour chaque femme en âge de procréer et cela avant chaque grossesse.

La démarche doit venir des patientes car lorsqu'elles consultent d'elles-mêmes pour ce motif, la consultation est réalisée de façon plus complète par le médecin généraliste, quelle que soit son orientation professionnelle.

On peut partir de l'hypothèse que dans ce cas, la consultation est dédiée uniquement à ce motif, que la femme s'est déjà un peu documentée et peut poser des questions pertinentes. Le médecin est quant à lui concentré uniquement sur ce même motif et peut consacrer tout son temps de consultation à renseigner, informer, faire le bilan et prescrire de façon adaptée ce qui lui semble nécessaire pour sa patiente. Cette notion de temps est capitale ; c'est la première raison évoquée dans une étude auprès de généralistes pour justifier leur manque d'investissement dans les soins pré-conceptionnels au sens large, alors qu'ils sont parfaitement conscients de leur intérêt [7].

Du point de vue des médecins, les résultats montrent que les généralistes concernés par notre étude diffusent bien l'information sur l'existence de la consultation pré-conceptionnelle. Ceux sont eux les principaux informateurs (41,8%) sur ce sujet pour les patientes interrogées.

De plus, contrairement à ce qui est dit dans la littérature [7, 29, 35], les médecins généralistes la proposent régulièrement sans que les femmes ne le leur demandent. Dans notre étude, sur les 148 femmes n'ayant pas consulté spontanément pour ce motif, nous remarquons que 63 d'entre elles (42,6%) bénéficient d'une consultation pré-conceptionnelle à l'initiative de leur médecin généraliste. Cela amène le taux de réalisation de la consultation pré-conceptionnelle à 61,4% au lieu de 32,7% quand la demande vient des patientes.

Cela est important car le médecin généraliste joue ici un rôle primordial : les femmes lui font confiance et souhaitent se tourner vers lui en priorité pour ce motif [29, 40].

Pour autant, les médecins ne sont pas forcément bien formés ou manquent de temps pour réaliser cette consultation de prévention longue et particulière.

L'étude démontre que lorsqu'ils réalisent une consultation pré-conceptionnelle (à l'initiative des femmes ou à leur propre initiative) elle est bien souvent incomplète, dans 60% des cas (81 /135).

La formation des médecins généralistes est un point important pour permettre aux patientes de bénéficier de consultation de prévention de qualité. En effet, les résultats montrent que les médecins généralistes maîtres de stage gynéco-pédiatrie délivrent plus de consultations complètes à leurs patientes et que leurs patientes réalisent de façon plus fréquente des consultations pré-conceptionnelles.

Ce manque de formation a été objectivé par une thèse de médecine générale menée auprès de médecins généralistes interrogés sur la consultation pré-conceptionnelle et son contenu dans les Alpes-Maritimes. Les médecins considéraient cette consultation importante à 69% mais 65% se disaient peu formés et avaient des difficultés à délivrer des consultations de qualité,

notamment seulement 25% prescrivait de l'acide folique [42]. D'autres études font le même constat dans d'autres pays : en Angleterre [7, 30], aux Etats-Unis.

Nous remarquons également dans notre étude que peu de médecins prescrivent l'acide folique (74 sur 220) malgré les bénéfices largement décrits depuis plusieurs années sur les défauts de fermeture du tube neural. La supplémentation en folates en période pré-conceptionnelle doit être poursuivie durant le premier trimestre de grossesse. Aux Etats-Unis, une supplémentation des céréales est même utilisée pour permettre une bonne observance de la population qui, malgré une information largement diffusée, ne reçoit une supplémentation que trop rarement en pré-conception [6].

Le bilan biologique est quant à lui largement plus prescrit par les médecins généralistes (116 sur 220) à plus de 50% en période pré-conceptionnelle. Pour autant, ce résultat est à tempérer car l'étude ne permet pas de connaître en détail le bilan effectué. Ce bilan biologique était-il complet ? Ce bilan biologique était-il en rapport avec une prévention effectuée en période pré-conceptionnelle ou les patientes ont surévalué sa réalisation du fait de bilans biologiques autres plus couramment prescrits ?

Les messages de prévention en ce qui concerne les conduites à risque durant la grossesse, à savoir la consommation d'alcool, de tabac, de drogue, le régime alimentaire, les aliments à éviter sont également fréquemment abordés par les médecins généralistes d'après les patientes. En effet, 54% d'entre elles en ont bénéficié (119 sur 220). Là encore, impossible de connaître en détail les différents points abordés mais ce résultat est plutôt encourageant en ce qui concerne la capacité des médecins généralistes à aborder des sujets de prévention avec leur patientes.

Des travaux futurs, réalisés auprès des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées, pourraient venir étoffer, compléter ces résultats.

Une fois les patientes mieux informées sur l'existence de cette consultation, une fois les médecins mieux formés pour délivrer une consultation adaptée et complète, une amélioration devrait se faire. Pour autant, plusieurs freins persisteraient malgré tout pour que la prise en charge soit optimale.

Tout d'abord se pose le problème des consultations de prévention en France. Comme dans d'autres pays, les français sont réticents pour consulter leur médecin alors qu'ils sont en bonne santé [40]. Ils préfèrent attendre de contracter une pathologie souvent bénigne et se servent de ce prétexte pour poser des questions de prévention au cours de cette même consultation [29]. Cela pose le problème des consultations à multiples motifs où le médecin ne dispose pas d'assez de temps pour tout traiter correctement. La consultation pré-conceptionnelle est particulièrement longue pour aborder chaque point et doit être entièrement

dédiée à ce motif. Au médecin de proposer un nouveau temps de consultation pour optimiser la prise en charge. Comme indiqué par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans ses recommandations sur la consultation pré-conceptionnelle, cette consultation ne relève pas d'une prise en charge financière particulière. Une valorisation des consultations longues de prévention permettrait peut-être aux médecins d'y consacrer plus de temps et donc d'améliorer la qualité des soins prodigués [6].

Par ailleurs, malgré une politique de santé publique permettant une planification des naissances avec une information, un large choix et une accessibilité à la contraception pour toutes, il existe encore en France, comme dans les autres pays, beaucoup de grossesses non programmées de l'ordre de 20 à près de 50% [39, 40]. Cela n'apparaît pas clairement car ce n'était pas la question posée dans cette étude. Si la grossesse n'est pas programmée, impossible de réaliser une consultation pré-conceptionnelle.

Pour pallier ces obstacles, certains préconisent de proposer une consultation pré-conceptionnelle à toutes les femmes en âge de procréer avec ou sans projet de grossesse à plus ou moins long terme. Chaque femme doit être considérée comme une éventuelle future mère et le médecin ne doit pas attendre que le projet d'enfant soit évoqué mais agir préventivement quand il juge le moment opportun [6, 9]. Cette façon de procéder semble difficilement réalisable en pratique car les femmes ne sont pas toujours réceptives si une grossesse n'est pas clairement envisagée, le médecin prendrait alors une position délicate [29, 38].

Il est par ailleurs possible de profiter d'une consultation gynécologique, d'un renouvellement de contraceptif, d'une visite pour un certificat sportif pour parler de l'existence et de l'importance de cette consultation sans insister. Dans une étude britannique, 93% des femmes étaient d'accord pour aborder le sujet au moment d'un renouvellement contraceptif [38]. La femme sera donc informée de la pratique, de son intérêt, elle apprendra au passage que son médecin peut réaliser cette consultation et qu'il est ouvert à une consultation pour un motif de prévention primaire uniquement [29].

## **5.2 Cohorte**

L'échantillon de femmes étudié dans ce travail observationnel est en accord avec les données recensées par l'INSEE pour la région Midi-Pyrénées en ce qui concerne l'âge des patientes au premier enfant et leur niveau d'étude [1].

## **5.3 Limites de l'étude**

L'étude comporte un certain nombre de biais.

Tout d'abord c'est une étude déclarative basée sur des faits qui sont relatés par les patientes interrogées. Celles-ci peuvent se tromper, ne pas comprendre une question.

De plus il existe un biais de mémorisation. En effet, les femmes interrogées peuvent ne pas se souvenir exactement de ce qu'il s'est passé il y a presque un an.

L'étude est rétrospective, ce qui constitue un biais en soit ; l'analyse porte sur des faits antérieurs et non sur des faits en cours de réalisation.

Pour limiter ces biais, les questionnaires étaient distribués aux patientes en présence du médecin ou de l'interne stagiaire afin d'aider si besoin les patientes pour la compréhension des questions, ou consulter le dossier médical en cas de doute.

Par ailleurs il existe également plusieurs biais de sélection.

En effet, les questionnaires ont été adressés uniquement à une partie des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées. Ces médecins sélectionnés sont tous maîtres de stage, ils sont formés pour recevoir des internes et participer à leur formation professionnelle. De ce fait, ils sont susceptibles d'être plus impliqués dans la formation médicale continue. De plus, seuls 34,16% ont répondu et là encore, ce sont peut être les plus impliqués en ce qui concerne la consultation pré-conceptionnelle.

L'autre biais de sélection est celui des patientes. Là aussi, le questionnaire n'a été distribué qu'à une partie des femmes de Midi-Pyrénées enceintes ou ayant accouché dans les quatre mois.

L'étude comporte des limites du fait d'un échantillon restreint à 220 questionnaires. Ce petit effectif limite certaines analyses statistiques où il est possible d'observer une tendance sans obtenir de résultat significatif.

#### **5.4 Perspectives**

L'amélioration du recours à la consultation pré-conceptionnelle, en se basant sur l'analyse des résultats, se fera en ciblant deux axes : l'information des patientes et la formation des médecins.

Les patientes informées le sont majoritairement via leur médecin généraliste ou leur gynécologue ; très peu le sont via les média ou une campagne de prévention. Nous pouvons imaginer qu'en élaborant une affiche à destination des femmes, ou couples en âge de procréer incitant à consulter en cas de projet de grossesse et expliquant l'intérêt de cette démarche, l'information serait plus largement diffusée et le recours à la consultation pré-conceptionnelle plus largement utilisé [29].

Ces affiches pourraient se trouver dans les salles d'attente des cabinets médicaux, dans les centres de protection maternelle et infantile (PMI), les maternités. Avec ce type d'affiche, même si le médecin oublie de mentionner l'importance d'une consultation pré-conceptionnelle, les femmes seront informées et sauront qu'elles peuvent s'adresser à leur médecin quand le moment sera venu. Cela permettrait également de sensibiliser les femmes qui consultent peu et qui n'ont donc pas souvent l'occasion d'évoquer ces problématiques avec leur médecin généraliste [29].

Une proposition d'affiche est disponible en annexe 4.

Le deuxième axe pour améliorer le recours et la consultation pré-conceptionnelle en elle-même est la formation des médecins généralistes. Désormais les internes de médecine générale de la région Midi-Pyrénées reçoivent tous une formation à ce sujet lors des enseignements obligatoires du module gynéco-pédiatrie.

Pour les médecins installés, cette formation est accessible chaque année lors de formation médicale continue (FMC). Elle se présente sous forme de séminaires comme celui du suivi de grossesse à FMC action par exemple, auquel il faut s'inscrire. L'intérêt grandissant des médecins généralistes en ce qui concerne le domaine de la gynécologie et du suivi de grossesse du fait de la féminisation de la profession montre un réel réinvestissement, avec lequel doivent coïncider les offres de formation.

Le médecin généraliste peut également s'aider d'outils pour l'aide à la consultation et à la prescription ; un travail de thèse a été effectué pour élaborer un outil informatique permettant de guider cette consultation particulièrement longue et complexe [43].

## 6 CONCLUSION

En région Midi-Pyrénées, comme partout en France, le taux de fécondité ne cesse d'augmenter et est proche de 2. En revanche, le taux de morbi-mortalité materno-fœtale est stable depuis les années 90. Les spécialistes ont tendance à croire que nous ne pourrions obtenir une amélioration de ce taux qu'avec des soins prodigués en pré-conceptionnel malgré l'absence d'études de haut niveau de preuve à ce sujet.

Notre étude a démontré que 32,7% des femmes interrogées en région Midi-Pyrénées avaient recours spontanément à la consultation pré-conceptionnelle, bien que cela soit recommandé par l'HAS depuis 2007 pour toute femme en âge de procréer.

Si nous y ajoutons les consultations réalisées à l'initiative du médecin généraliste, ce taux remonte à 61,4%. Ce chiffre est fort encourageant et montre que les médecins généralistes concernés par cette étude sont impliqués dans les soins pré-conceptionnels et mesurent sans doute leur intérêt.

Ceci étant, seules 24,5% des patientes bénéficient d'une consultation abordant tous les items recommandés par l'HAS. La consultation pré-conceptionnelle est significativement mieux réalisée lorsqu'elle est effectuée par un médecin maître de stage gynéco-pédiatrie et lorsque la démarche vient des patientes qui ne consultent donc que pour ce motif. Une meilleure formation des médecins généralistes sur le sujet ainsi qu'un temps de consultation dédié semblent être les deux points à améliorer pour optimiser ces résultats.

L'amélioration du recours à la consultation pré-conceptionnelle de la part des femmes se fera grâce à une information plus claire et plus largement diffusée à ce sujet. Dans notre étude, seules 30,45% d'entre elles en connaissaient l'existence, souvent même sans en connaître réellement les intérêts et l'utilité.

Il n'existe pas pour le moment de campagne d'information à ce sujet, et nous projetons de créer une affiche qui serait exposée dans les cabinets des professionnels de santé impliqués.

Toulouse le 29-08-14

~~Vu permis d'imprimer~~  
Le Doyen de la Faculté  
de Médecine Purpan  
J.P. VINEL

27/8/14  
Vu, le Président du Jury  
Pr. Stéphane OLUSTIC

## 7 REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. INSEE. *Thème : Naissance-Fécondité*. 2014; Available from: <http://www.insee.fr>.
2. Conseil general de Haute Garonne, *La santé de la mère et de l'enfant*, 2011.
3. Frey, K.A., *Preconception Care by the Nonobstetrical Provider*. Mayo Clinic Proceedings, 2002. **77**(5): p. 469-473.
4. HAS, *Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer*. Document d'information pour les professionnels, HAS, 2009.
5. *Recommandation on preconceptional care*, in *1rst European congress on preconception care and preconception health 2010*: Brussels.
6. Curtis, M.G., *Preconception care: a clinical case of "think globally, act locally"*. Am J Obstet Gynecol, 2008. **199**(6 Suppl 2): p. S257-8.
7. Heyes, T., S. Long, and N. Mathers, *Preconception care: practice and beliefs of primary care workers*. Fam Pract, 2004. **21**(1): p. 22-7.
8. Kay, J., et al., *Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care in United States*. A Report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care, 2006. **55**.
9. Wise, P.H., *Transforming preconceptional, prenatal, and interconceptional care into a comprehensive commitment to women's health*. Womens Health Issues, 2008. **18**(6 Suppl): p. S13-8.
10. Ockhuijsen, H.D., et al., *Integrating preconceptional care into an IVF programme*. J Adv Nurs, 2012. **68**(5): p. 1156-65.
11. Cerna, C., et al., *Consultation préconceptionnelle*. La revue du praticien. Médecine générale, 2013(910): p. 780-81.
12. HAS, *Comment mieux informer les femmes enceintes?* Recommandations HAS, 2005.
13. HAS, *Préparation à la naissance et à la parentalité*. Recommandations HAS, 2005.
14. HAS, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* Recommandations HAS, 2007.
15. Kim, C., et al., *Preconception care in managed care: the translating research into action for diabetes study*. Am J Obstet Gynecol, 2005. **192**(1): p. 227-32.
16. Mooi, R., *The case for maternal vaccination against pertussis* Lancet Infect Dis, 2007. **7**: p. 614-624.
17. Forsgren, M., *Prevention of congenital and Perinatal infections*. Eurosurveillance, 2009. **14**(9).
18. Coonrod, D.V., et al., *The clinical content of preconception care: immunizations as part of preconception care*. Am J Obstet Gynecol, 2008. **199**(6 Suppl 2): p. S290-5.
19. Pandolfi, E., et al., *Prevention of congenital rubella and congenital varicella in Europe*. Eurosurveillance. **14**(9).
20. Tamma, P.D., et al., *Safety of influenza vaccination during pregnancy*. Am J Obstet Gynecol, 2009. **201**(6): p. 547-52.
21. Grandjean, P., D. Bellinger, and A. Bergman, *The Faroes Statement: Human Health Effects of Developmental Exposure to Chemicals in Our Environment* Basic and Clin Pharm and Toxic, 2007. **102**: p. 73-75.
22. Jauniaux, E. and A. Greenough, *Short and long term outcomes of smoking during pregnancy*. Early Hum Dev, 2007. **83**(11): p. 697-8.
23. Keegan, J., et al., *Addiction in pregnancy*. J Addict Dis, 2010. **29**(2): p. 175-91.
24. Khalil, A. and P. O'Brien, *Alcohol and pregnancy*. Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, 2010. **20**(10): p. 311-313.

25. Grant, T.M., et al., *Alcohol use before and during pregnancy in western Washington, 1989-2004: implications for the prevention of fetal alcohol spectrum disorders*. Am J Obstet Gynecol, 2009. **200**(3): p. 278 e1-8.
26. Barker, D.J., *The fetal and infant origins of adult disease*. BMJ, 1990. **301**(6761): p. 1111.
27. Halloran, D.R., et al., *Effect of maternal weight on postterm delivery*. J Perinatol, 2012. **32**(2): p. 85-90.
28. McMillen, C., S. MacLaughlin, and B. Mulhhauser, *Developmental Origins of Adult Health and Disease: The Role of Periconceptional and Foetal Nutrition*. Basic and Clin Pharm and Toxic, 2007. **102**: p. 82-89.
29. Mazza, D. and A. Chapman, *Improving the uptake of preconception care and periconceptional folate supplementation: what do women think?* BMC Public Health, 2010. **10**: p. 786.
30. Wild, J., *The prevention of neural tube defects in post-partum women* British Journal of General Practice, 1997. **Letter**.
31. Bukowski, R., et al., *Preconceptional folate supplementation and the risk of spontaneous preterm birth: a cohort study*. PLoS Med, 2009. **6**(5): p. e1000061.
32. Roussillon, O.L. *Évolution des indicateurs de mortalité foeto-infantile en Languedoc-Roussillon*. 2010; Available from: [http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/reseaux/LR/reseau\\_NLR/journee\\_reseau/2010/NGLR\\_dec2010\\_acte2.pdf](http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/reseaux/LR/reseau_NLR/journee_reseau/2010/NGLR_dec2010_acte2.pdf).
33. Pyrennées, O.M.  
*L'état de santé de la population de Midi-Pyrénées*  
2009; Available from: <http://www.orsmip.org/tlc/documents/syntheseetatdesante2009.pdf>.
34. Bille, C. and A. Nybo andersen, *Preconception care ; Public health campaigns are not reaching most women*. BMJ. **338S**.
35. Hillemeier, M.M., et al., *Women's preconceptional health and use of health services: implications for preconception care*. Health Serv Res, 2008. **43**(1 Pt 1): p. 54-75.
36. Weisman, C.S., et al., *Improving women's preconceptional health: long-term effects of the Strong Healthy Women behavior change intervention in the central Pennsylvania Women's Health Study*. Womens Health Issues, 2011. **21**(4): p. 265-71.
37. Czeizel, A.E., *Experience of the Hungarian Preconception Service between 1984 and 2010*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2012. **161**(1): p. 18-25.
38. Wallace, M. and B. Hurwitz, *Preconception care: who needs it, who wants it, and how should it be provided?* Br J Gen Pract, 1998. **48**(427): p. 963-6.
39. INED, *Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?* 2004.
40. Frey, K.A. and J.A. Files, *Preconception healthcare: what women know and believe*. Matern Child Health J, 2006. **10**(5 Suppl): p. S73-7.
41. DREES, *Les certificats de santé du 8e jour, 9e mois et 24e mois*. <http://www.sante.gouv.fr/les-certificats-de-sante-aux-8e-jour-9e-mois-et-24e-mois.html>, 2010.
42. Daukantaite-TeXier, J., *Intérêt de la consultation préconceptionnelle au cabinet de médecine générale : enquête pratique* Thèse de médecine, 2008.
43. Blanc, S., *Elaboration d'une procédure informatisée de soins de la "consultation préconceptionnelle"*. Thèse de médecine, 2011.

## 8 ANNEXES

### 8.1 Questionnaires distribués aux médecins généralistes

#### QUESTIONNAIRE

1. Quel âge avez vous?
  - Moins de 25 ans.
  - Entre 25 et 34 ans.
  - Entre 35 et 40 ans.
  - Plus de 40 ans.
  
2. Quelle est votre situation familiale?
  - Célibataire.
  - En couple.
  
3. Combien d'enfant avez-vous (sans compter la grossesse en cours)?
  - Zéro.
  - Un.
  - Deux, ou plus.
  
4. Quel est votre niveau d'étude?
  - Brevet
  - CAP / BEP
  - BAC
  - BAC+2 / BAC+3
  - Plus de BAC+3
  
5. A quelle fréquence consultez-vous votre médecin traitant en moyenne dans l'année?
  - Fréquemment (presque une fois par mois).
  - Régulièrement (deux à six fois par an).
  - Rarement (une à deux fois par an).
  - Jamais.

6. Avez vous consulté un professionnel de santé (médecin traitant, gynécologue, sage femme) afin de réaliser une consultation pré-conceptionnelle, c'est à dire une consultation spécifique avant votre grossesse ?

Oui

Non

7. Votre médecin traitant vous avait t-il déjà:

	OUI	NON
Prescrit une prise de sang avec les sérologies VIH, hépatites, rubéole et toxoplasmose avant votre grossesse ?		
Prescrit de l'acide folique, des vitamines avant votre grossesse ?		
Parlé des dangers du tabac, de l'alcool, des médicaments avant votre grossesse ?		

8. Connaissiez-vous l'existence de cette consultation spécifique dite pré-conceptionnelle à faire avant une grossesse?

Oui

Non

**Si vous n'avez pas effectué cette consultation car vous ne connaissiez pas son existence le questionnaire s'arrête ici pour vous. Merci de votre participation.**

Si vous connaissiez l'existence de cette consultation merci de répondre à la seconde partie du questionnaire.

1. Comment aviez vous été informée de l'existence de la consultation pré-conceptionnelle?

Par votre médecin traitant.

Par votre gynécologue.

Par votre sage femme.

Par les média (presse, internet, télévision).

Par une campagne de prévention.

Autre (préciser) :

2. Vous connaissiez l'existence de la consultation pré-conceptionnelle et ne l'avez pas effectuée car:

	OUI	NON
Votre grossesse n'était pas programmée.		
Vous l'aviez déjà réalisée lors d'une précédente grossesse.		
Vous la pensiez inutile puisque vous êtes en bonne santé.		
Vous pensez que la grossesse n'est pas une maladie et ne devrait pas être médicalisée.		
Vous aviez peur qu'elle vous apporte une mauvaise nouvelle. Si oui, laquelle ? <input type="checkbox"/> Stérilité <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :		
Vous pensiez savoir d'ores et déjà ce qu'on allait vous conseiller et ne souhaitiez pas vous sentir jugée. Si oui, quel point redoutiez vous ? <input type="checkbox"/> Arrêt du tabac. <input type="checkbox"/> Arrêt de l'alcool. <input type="checkbox"/> Arrêt d'autre toxique. <input type="checkbox"/> Régime alimentaire. <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :		
Vous ne voyiez pas le bénéfice que vous ou le bébé pouviez en tirer.		
Vous avez manqué de temps.		
Elle représentait un coût important.		
Autre (préciser) :		

**Le questionnaire est terminé merci de votre participation.**

## 8.2 Lettre explicative distribuée aux médecins généralistes



Toulouse le 15/11/2012

Mesdames, Messieurs les maitres de stage de Midi-Pyrénées,

Actuellement médecin généraliste remplaçante, j'effectue mon travail de thèse sur la réalisation de la consultation pré-conceptionnelle en région Midi-Pyrénées.

Comme vous le savez sans doute, l'examen et le certificat pré-nuptial ne sont plus obligatoires depuis 2007 et ont été remplacés par la consultation pré-conceptionnelle. Cette consultation n'est pas obligatoire et, d'après mon expérience professionnelle, elle est rarement réalisée. L'intérêt de cette consultation de prévention est pourtant majeur et démontré. Ce sujet d'actualité a fait l'objet de la rédaction d'un document reprenant chaque étape de la consultation pré-conceptionnelle par l'HAS en 2009.

L'objectif principal de ma thèse est d'évaluer à quelle fréquence est réalisée cette consultation en région Midi-Pyrénées. Partant de l'hypothèse qu'elle est peu effectuée, l'objectif secondaire est de déterminer quels en sont les freins.

Pour cela, ma directrice de thèse le Dr Leila LATROUS et moi même faisons parvenir à tous les internes des maitres de stage praticien niveau 1 et gynéco-pédia de la région Midi-Pyrénées des questionnaires anonymes à faire remplir par vos patientes.

Le questionnaire est destiné à toutes les **femmes enceintes** qui se présentent à votre cabinet ainsi qu'à celles **ayant accouché il y a moins de 4 mois**. Il n'y a pas de critère d'exclusion.

Le recueil des données se fera de **novembre 2012** (dès réception des questionnaires) au **31 janvier 2013**. Vous me retournerez les questionnaires remplis à la fin de cette période, quelque soit leur nombre, à l'aide de l'enveloppe timbrée fournie.

Votre travail consistera à distribuer les questionnaires aux patientes concernées et à les aider au remplissage en cas de besoin. Votre interne pourra se charger de ce travail et assister les femmes lors du remplissage du questionnaire durant sa présence.

En vous remerciant par avance de votre participation, je vous prie Madame, Monsieur d'agréer l'expression de mes sentiments respectueux.

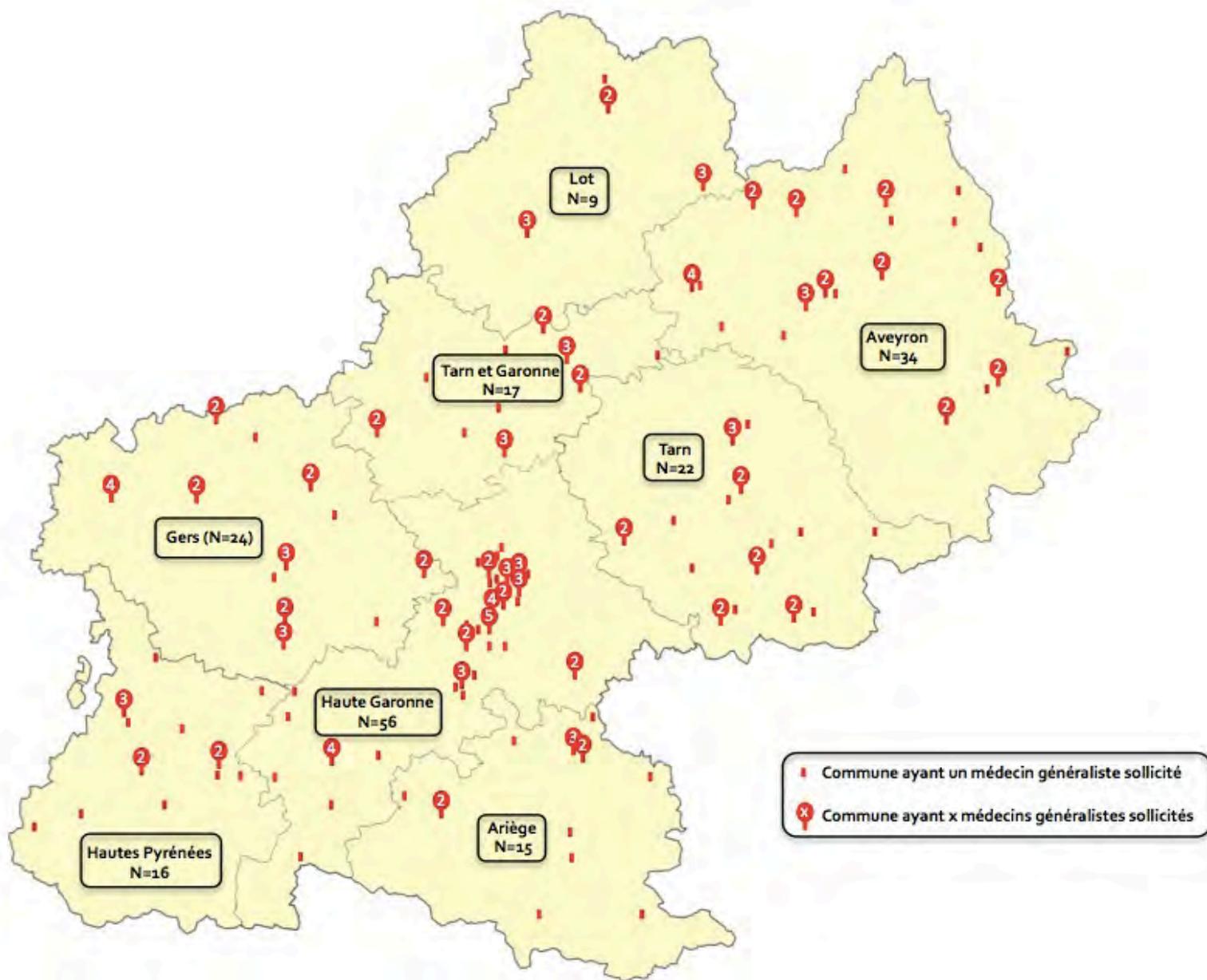
Laurie PY.

Dr Leila LATROUS.

[lauriepaille@hotmail.com](mailto:lauriepaille@hotmail.com) 06 63 62 90 55

PS : Vous pouvez utiliser les questionnaires sur les différents terrains de stage.

### 8.3 Carte représentant la répartition des différents cabinets médicaux sollicités pour l'étude



# Un projet d'enfant ?

**Venez consulter  
un professionnel  
de santé avant !**

**Médecin traitant,  
gynécologue,  
sage-femme.**



© rtdo

La Haute Autorité de Santé recommande, pour toutes les femmes en âge de procréer et tous les couples à chaque projet d'enfant (que ce soit le premier ou non), de réaliser une consultation pré-conceptionnelle auprès d'un professionnel de santé qualifié. Cette consultation vise à maintenir ou améliorer la santé des femmes au moment de la conception par des actions de prévention ou des interventions médicales si nécessaire afin de réduire au maximum les complications obstétricales et la morbi-mortalité materno-foetale.

## 8.5 Poster présenté au congrès des jeunes chercheurs de médecine générale 2014

# INFORMATION DES FEMMES ET RÉALISATION DE LA CONSULTATION PRÉ-CONCEPTIONNELLE EN RÉGION MIDI-PYRÉNÉES : UNE ETUDE OBSERVATIONNELLE.

PY Laurie, LATROUS Leila (1)

1: Département Universitaire de Médecine Générale (DUMG), Université Paul Sabatier, Toulouse



**INTRODUCTION :** Il est reconnu qu'un des axes de l'amélioration de la morbi-mortalité materno-foetale est l'amélioration des soins pré-conceptionnels. Or, la consultation pré-nuptiale a été supprimée en 2007. En remplacement, il est recommandé que toutes les femmes en âge de procréer ou tous les couples exprimant un projet de grossesse bénéficient d'une consultation dite pré-conceptionnelle, qui n'est pas obligatoire. Cette consultation pré-conceptionnelle (Cs PC) vise à délivrer des messages de prévention et certaines interventions médicales adaptées en fonction des besoins, des risques authentifiés, afin de maintenir ou d'améliorer la santé des femmes et d'éviter d'éventuelles complications obstétricales.

Le recours à cette consultation reste rare et son évaluation en France est difficile, du fait de son caractère non obligatoire et de l'absence de cotation CPAM spécifique.

**BUT DE CETTE ETUDE :** évaluer de façon rétrospective le recours à cette consultation dans la région Midi-Pyrénées, et essayer d'identifier les facteurs favorisant sa réalisation, ainsi que l'information des femmes à ce sujet.

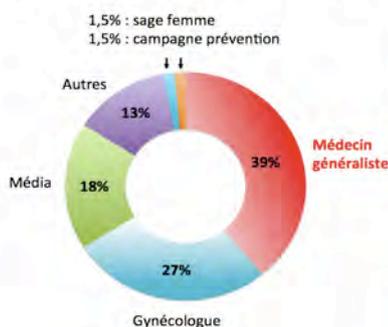
**MATERIELS ET METHODES :** Le recueil d'information a été fait de façon rétrospective entre le 15/11/2012 et le 31/01/2013. Au total, 1200 questionnaires ont été envoyés à 193 cabinets de médecins généralistes maîtres de stage à la faculté de médecine de Toulouse de la région Midi-Pyrénées.

Les questionnaires s'adressaient aux femmes enceintes ou ayant accouché il y a moins de quatre mois au moment de la consultation. Il évaluait le recours à la consultation pré-conceptionnelle ou à ses différents items, ainsi que les raisons ayant abouti à sa non réalisation le cas échéant.

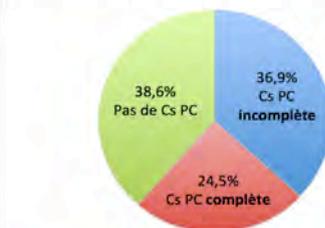
**RESULTATS :** 220 questionnaires exploitables ont été récupérés, avec un taux de participation de 31,7% chez les praticiens maîtres de stage niveau 1, et de 42,1% chez les praticiens maîtres de stage gynéco-pédiatrie.

### Information des patientes

1 femme / 3 connaissait la consultation pré-conceptionnelle, information donnée par :



### Réalisation de la consultation



- Cs PC complète dans 48,6% des cas quand sollicitée par la patiente vs dans 12,2% des cas à l'initiative du généraliste
- 45% Cs PC complète si réalisée par maître de stage en Gynéco/pédiatrie, vs 25% par les maîtres de stage niveau 1

### Facteurs influençant sa réalisation

		Cs PC faite	p HR (IC95)
N enfant	0	31/73	0,03 1,908 (1,06 ; 3,435)
	1 et +	41/147	
Fréq Cs médicale	Rare	19/79	0,04 0,53 (0,283 ; 0,976)
	Fréquent	53/141	
Connaiss De la Cs PC	Oui	40/67	<0,0001 5,602 (2,999 ; 10,46)
	Non	32/153	
Praticien a activité Gynéco/Péd	Oui	36/80	0,034 2,364 (1,322 ; 4,227)
	Non	36/140	

**DISCUSSION /CONCLUSION :** Les femmes interrogées consultent peu ( 32%) en pré-conceptionnel car elles ne connaissent pas l'existence de la consultation pré-conceptionnelle pour près de 70% d'entre elles. Les autres principaux facteurs limitant le recours à cette consultation évoqués par les femmes sont qu'elles l'ont déjà effectuée lors d'une précédente grossesse ou la jugent inutile. De plus, les données de la littérature montrent qu'environ 30% des grossesses en France ne sont pas programmées, ce qui peut être un facteur confondant mais n'apparaît pas clairement dans notre étude. Une information plus largement diffusée concernant la consultation pré-conceptionnelle et ses intérêts pour chaque grossesse pourrait améliorer la situation.

Un constat positif de notre étude est l'implication des médecins généralistes de Midi-Pyrénées dans les soins pré-conceptionnels. En effet, ils sont les principaux informateurs de leurs patientes à ce sujet et proposent de façon spontanée une consultation pré-conceptionnelle dans 42% des cas. Malheureusement, les consultations délivrées sont trop rarement complètes (24,5%) du fait sans doute d'un manque de formation ou de temps. En effet cela est suggéré par le fait que les consultations pré-conceptionnelles complètes sont plus souvent réalisées par des médecins généralistes maîtres de stage gynéco-pédiatrie ou si c'est le motif de consultation des patientes.

Afin de sensibiliser les professionnels de santé ainsi que les patientes à cette problématique, nous travaillons actuellement à la réalisation d'une affiche de prévention sur la consultation pré-conceptionnelle.

---

## **INFORMATION DES FEMMES ET RÉALISATION DE LA CONSULTATION PRÉ-CONCEPTIONNELLE EN RÉGION MIDI- PYRÉNÉES**

---

Un des axes majeurs d'amélioration de la morbi-mortalité materno-fœtale est l'optimisation des soins pré-conceptionnels. A ce but, la consultation pré-conceptionnelle consiste à délivrer aux femmes en âge de procréer, des messages de prévention et certaines interventions médicales. Ce travail vise à évaluer l'information des femmes et la réalisation de la consultation pré-conceptionnelle en région Midi-Pyrénées. 1200 questionnaires ont été envoyés à 120 médecins généralistes afin d'inclure les patientes enceintes ou ayant accouché il y a moins de quatre mois. 220 patientes ont été incluses. Les résultats montrent que 32,7% (72/220) des femmes consultent en pré-conceptionnel et 30,45% (67/220) connaissent l'existence de cette consultation. Le médecin traitant est leur principal informateur à ce sujet. Ce dernier prend l'initiative d'effectuer une consultation pré-conceptionnelle dans 39,9%(61/153). Au total, 61,4% (133/220) des femmes interrogées ont bénéficié de cette consultation. Seules 24,5% des consultations réalisées abordent tous les items recommandés par l'HAS. Notre étude montre donc un faible recours à la consultation pré-conceptionnelle de la part des patientes du fait essentiellement d'un manque d'information à ce sujet. Par ailleurs, les médecins généralistes améliorent considérablement ce recours, malheureusement les consultations délivrées sont rarement complètes.

---

**Title :** Women's knowledge and adhesion to preconceptional care in Midi-Pyrénées region.

---

**Mots-clés :** consultation pré-conceptionnelle, patientes, Midi-Pyrénées, prévention primaire.

---

**Discipline administrative :** MEDECINE GENERALE

---

Faculté de Médecine Rangueil- 133 route de Narbonne- 31062 TOULOUSE Cedex 04-  
France

---

**Directeur de thèse :** Dr Leila LATROUS.