

LA SANTÉ PRÉCONCEPTIONNELLE
à destination
des professionnels de la santé
en Fédération Wallonie-Bruxelles



La fiche de consultations préconceptionnelle a été revue et corrigée par le Comité scientifique de l'ONE du Hainaut et le groupe d'Actions et de Réflexion « Procop ».

Nous remercions particulièrement Mme S. Buonomo, Mme H. Desmet, le Dr L. Duprez, Mme A. Luyckfasseel et le Dr Th. Sonck, pour leurs commentaires et suggestions.

Les recommandations ont été présentées et discutées en Collège des Conseillers Médicaux Gynécologues de l'ONE. Faisaient partie de ce Collège : S. Alexander, D. Chaumont, A. Colin, P. Delvoye et H. Thoumsin à qui a succédé V. Masson.

Elles sont reprises dans le livre «Guide de la consultation prénatale» rédigé en 2009, en partenariat par le GGOLFB et l'ONE. Faisaient partie du comité éditorial : F. Debiève, C. Kirkpatrick et V. Masson pour le GGOLFB et S. Alexander, AF Bouvy et P. Delvoye pour l'ONE.

Coordination de la brochure : Direction Médicale de l'ONE (M.-C. Mauroy et Vanessa Pontet)

Graphisme : Cellule Infographie de l'ONE - Dominique Vincent

Avant-propos

Si la santé est cet état de bien-être physique, mental et social tel que décrit par l’OMS, la santé préconceptionnelle est un état de bien-être physique, mental et social à une période spécifique de la vie d’une femme et d’un couple, à savoir la période qui précède et entoure la conception, en vue de donner à l’enfant à naître le maximum de chances pour un développement harmonieux tant physique que mental.

La consultation préconceptionnelle est une visite médicale particulière qui va contribuer, par des actions de dépistage, de prévention, d’accompagnement et des recommandations diététiques, à la promotion de la santé préconceptionnelle.

La Santé préconceptionnelle n’est pas une nouvelle idée, car celle-ci est évoquée déjà dans l’ancien testament et on la retrouve chez Plutarque. Mais, ...

La Santé préconceptionnelle est un nouveau concept car les premières publications qui y sont consacrées remontent à 30 ans (1978).

La Consultation préconceptionnelle est une nouvelle approche en santé de la reproduction, car elle va déplacer son champ d’action du curatif et de la prévention secondaire (le dépistage) vers la prévention primaire.

La Santé préconceptionnelle est aussi un nouveau paradigme, car l’approche médicale, même interdisciplinaire, va être complétée par une approche intersectorielle qui implique des domaines aussi différents que le monde de l’agriculture (l’enrichissement des farines en acide folique, ...), le monde de l’industrie (lutte contre la pollution industrielle : exemple des émanations chargées de plomb), le domaine de l’environnement (lutte contre le tabagisme), le domaine de l’éducation (à la fois éducation à la santé via les PSE—promotion de la santé à l’école- par exemple, mais aussi révision des curricula des études médicales et paramédicales) ou encore le domaine de la santé publique (vaccination des adolescents), toutes actions qui se situent en amont de la consultation préconceptionnelle.

La promotion de la santé préconceptionnelle est enfin une nouvelle philosophie, car en s’intéressant et en s’adressant aux générations futures, elle s’inscrit dans l’optique, la politique et la philosophie du développement durable.

Pierre Delvoye

Table des matières

CHAPITRE 1 - Objet, principes et méthode	7
1. Intérêt de la consultation préconceptionnelle	7
2. Définitions	9
2.1. Consultation préconceptionnelle	9
2.2. Prise en charge préconceptionnelle	9
2.3. Consultation interconceptionnelle	9
2.4. Prise en charge interconceptionnelle	9
2.5. Prévention primaire	9
2.6. Prévention secondaire	9
3. Populations cibles	10
3.1. Les patients ou les patientes qui ont des antécédents médicaux ou obstétricaux particuliers ou qui présentent une affection particulière	10
3.2. Les patients ou les patientes qui ont des antécédents familiaux particuliers	10
3.3. Les patients ou les patientes issus de groupes ethniques particuliers	10
4. Organisation de la consultation préconceptionnelle	10
4.1. Le lieu	10
4.2. Les missions de la consultation préconceptionnelle	11
4.3. Contenu d'une consultation préconceptionnelle	11
4.4. L'interdisciplinarité	11
4.5. Implications d'un dépistage positif	12
5. Quelques exemples de stratégies de promotion de la santé dans le monde	12
6. Références	13
CHAPITRE 2 - Considérations éthiques	15
1. La question de l'eugénisme	15
2. Le consentement éclairé	16
2.1. Définition	16
2.2. Valeurs et Principes généraux (8, 9)	17
2.3. Conditions du Consentement éclairé	17
2.4. Contenu et méthodologie du Consentement éclairé	17
2.5. Consentement éclairé et Consultation préconceptionnelle	17
2.6. Conclusions	18
3. Les principes de la bioéthique et tests génétiques	19
4. Références	20
CHAPITRE 3 - Recommandations	22
1. Principes	22
2. Discussions	23
2.1. Le choix des examens du dépistage génétique	23
2.2. Le dépistage de la syphilis, de l'HIV et des hépatites	24
2.3. Enfin, les recommandations concernant l'usage de l'alcool	24
3. Références	24
4. Tableaux	25

CHAPITRE 4 - La fiche de consultation préconceptionnelle 31

- 1. Les fonctions du dossier médical31
 - 1.1. Fonction de mémoire ou fonction d’archivage31
 - 1.2. Fonction opérationnelle31
 - 1.3. Fonction statistique32
 - 1.4. Fonction pédagogique32
 - 1.5. Fonction de recherche32
 - 1.6. Fonction médico-légale32
- 2. Présentation de la fiche33
- 3. Définition des paramètres psycho-sociaux35
- 4. Référence au tabacologue36
- 5. Recommandations pour le volet psychosocial de la fiche préconceptionnelle36
- 6. Glossaire des critères de risque dépressif répertoriés36
- 7. Références38

CHAPITRE 5 - Ressources à disposition 40

- 1. La situation en Belgique et le rôle de l’ONE40
- 2. Conseils avant d’envisager une grossesse45
- 3. Les publications de l’ONE46
- 4. Références47

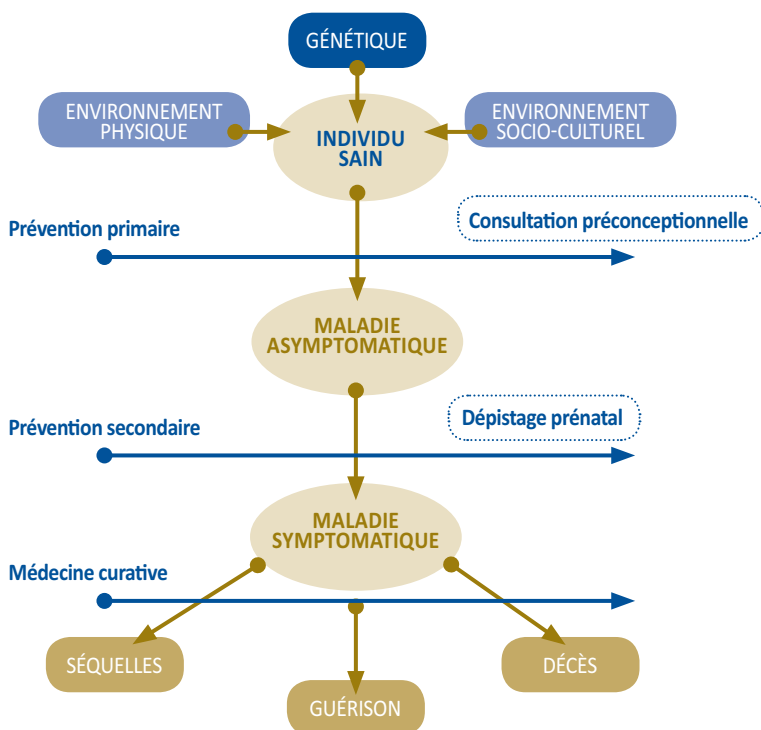


Figure 1. Histoire naturelle de la maladie, les différentes formes de prévention et les points d'impact en consultation prénatale et préconceptionnelle.

1. INTÉRÊT DE LA CONSULTATION PRÉCONCEPTIONNELLE

L'organogenèse des principaux organes vitaux est terminée à la 15^{ème} semaine de la vie intra-utérine (1). C'est au cours des 8 premières semaines que ces organes sont les plus vulnérables. C'est en effet au cours de ces semaines que le système nerveux sera le plus sensible à des déficits nutritionnels (acide folique), à des agressions virales (rubéole, varicelle), ou toxiques (alcool, drogues) (Fig.1). Or, la première consultation prénatale se situe en général entre la 6^{ème} et la 10^{ème} semaine de grossesse (2) (Fig. 2), quand l'organogenèse des premières ébauches du système nerveux est déjà terminée (3, 4).

En conséquence, la consultation prénatale ne permet le plus souvent que le dépistage (prévention secondaire) de nombreuses maladies affectant le fœtus, alors que plusieurs affections pourraient bénéficier d'une prévention primaire (avant l'apparition de la maladie) si les soins adéquats ou les conseils utiles étaient dispensés AVANT le début d'une grossesse (5).

Il importe donc de sensibiliser tant la population en âge de reproduction que les prestataires de santé impliqués dans la santé maternelle et infantile, sur l'importance d'une consultation préconceptionnelle. En dehors de consultations organisées stricto sensu, il existe de nombreuses opportunités pour le praticien d'engager un dialogue avec la patiente dans la perspective d'une grossesse à venir (6).

Ainsi, certaines malformations du système nerveux (spina bifida, anencéphalie, ...) et cardio-vasculaires devraient bénéficier d'une prévention primaire par la prise systématique d'acide folique dès qu'un couple envisage une grossesse (6). Malheureusement, alors que beaucoup de femmes enceintes prennent des compléments vitaminiques, trop peu ont eu l'occasion de commencer cette supplémentation AVANT la grossesse. Or c'est à ce moment que l'efficacité d'un tel traitement est optimale. Il en va de même pour le diabète : beaucoup de praticiens et aussi beaucoup de futures mères connaissent les effets d'un diabète mal équilibré : mais ce sont surtout les effets sur le fœtus déjà formé (risque de macrosomie) et les complications de l'accouchement (dystocie des épaules) qui sont retenus ; on oublie trop souvent les risques de malformations chez les enfants de mères dont le diabète est mal équilibré au moment de la conception.

Il ne faut pas attendre nécessairement que la patiente pose la question des précautions à prendre avant une grossesse pour l'engager à prendre certaines mesures, comme le rappel du vaccin anti-coqueluche, ou la définition de l'état d'immunité vis-à-vis de certaines infections.

Il convient donc d'agir le plus tôt possible et d'initier une nouvelle culture de prévention qui peut se résumer par cette assertion : « La consultation prénatale commence AVANT la grossesse ».

Semaines d'aménorrhée	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		Système nerveux central							
		Cœur							
			Bras						
			Yeux						
			Jambes						
			Oreilles						
					Dents				
					Palais				
						Organes génitaux			

Fig.2 Périodes critiques (= de plus grande vulnérabilité) de l'organogenèse. D'après Atrash H, 2008 (2), adapté de Larson WJ, Human Embryology 2nd edition. New-York: Churchill Livingstone; 1997. Page xvi,(3).

2. DÉFINITIONS

- 2.1. **Consultation préconceptionnelle** : consultation spécifique s'adressant à toute personne ou tout couple qui programme une grossesse dans un avenir rapproché.
- 2.2. **Prise en charge préconceptionnelle** (« preconception care ») : toute prise en charge préconceptionnelle à l'intérieur de consultations courantes : consultations de médecine générale, consultations gynécologiques, consultations de planning familial, consultations de fertilité ; ce sont en fait des « consultations préconceptionnelles d'opportunité ». C'est actuellement le mode de prise en charge préconceptionnelle dans notre pays, mais de façon non structurée, sans guidelines bien définis. Elle vise tant l'information préconceptionnelle que la réalisation ou la prescription de certains actes.
- 2.3. **Consultation interconceptionnelle** : il s'agit d'un cas particulier de la consultation préconceptionnelle, après un accouchement, où l'on passera en revue tous les incidents de la dernière grossesse (diabète gestationnel, menace d'accouchement prématuré, etc....) en vue de programmer une grossesse ultérieure.
- 2.4. **Prise en charge interconceptionnelle** : il s'agit d'un cas particulier de la prise en charge préconceptionnelle, à l'occasion d'une visite postnatale. Elle permet d'analyser les événements ou les incidents particuliers de la grossesse ou de l'accouchement pour en tirer des conclusions afin de programmer dans les meilleures conditions une nouvelle grossesse.
- 2.5. **Prévention primaire** : toute action qui tend à diminuer l'incidence de la maladie ; elle se situe en « amont » de la maladie. Cette action peut porter soit sur l'environnement (éviter de rentrer en contact avec des agents toxiques : tabac, alcool, viande non cuite pour les personnes non immunisées vis à vis de la toxoplasmose) soit sur le patient lui-même (vaccins, suppléments d'acide folique, etc.) (7)
- 2.6. **Prévention secondaire** : toute action qui tend à diminuer la prévalence de la maladie ; elle n'empêche pas l'apparition de la maladie, mais en la dépistant à un stade asymptomatique, et en agissant très tôt dans l'histoire naturelle de l'affection, elle permet d'en diminuer l'importance ou la gravité. Rentrent dans le cadre de la prévention secondaire, toutes les actions de dépistage (7).

La prévention primaire et secondaire correspondent grosso modo à des moments particuliers de l'histoire d'une grossesse : la consultation préconceptionnelle recouvre plus des actions de prévention primaire, et la consultation prénatale, des actions de dépistage ou de prévention secondaire (voir Figure 1).

3. POPULATIONS CIBLES

- **Toutes les personnes en âge de reproduction sont susceptibles de recevoir une information préconceptionnelle et certaines actions sont systématiques**, telle la prescription d'acide folique ou le dépistage de l'immunité vis à vis de la toxoplasme.
- Si certains examens seront systématiques ou quasi-systématiques, d'autres seront ciblés vers des populations spécifiques : **parmi ces sous-groupes de population qui bénéficieront d'examens ou de traitements particuliers, on notera :**

3.1. les patients ou les patientes qui ont des antécédents médicaux ou obstétricaux particuliers ou qui présentent une affection particulière, telle que :

- Fausses-couches à répétition et tout échec de reproduction
- Accouchement prématuré
- Macrosomie
- Diabète
- Epilepsie
- Troubles thyroïdiens
- Hypertension artérielle

3.2. les patients ou les patientes qui ont des antécédents familiaux particuliers, tels que :

- Malformations
- Retard mental (X fragile)
- Maladies génétiques connues (Tay-Sachs, Huntington, Duchenne, ...)

3.3. les patients ou les patientes issus de groupes ethniques particuliers tels que :

- Populations originaires du bassin méditerranéen (Italie, Maghreb) pour la recherche de la thalassémie
- Populations d'Afrique subsaharienne pour la recherche de la drépanocytose
- Population juive Ashkénazes pour la recherche du Tay-Sachs

4. ORGANISATION DE LA CONSULTATION PRÉCONCEPTIONNELLE

4.1. Le lieu :

Où doit s'effectuer une consultation préconceptionnelle ? La démarche préventive spontanée concernant le bien-être d'un enfant imaginaire, non encore conçu, n'est pas une démarche évidente et l'offre de service par la création de consultations spécialisées n'est pas garantie de succès immédiat. Dans une optique de prise en charge globale (8), il semble tout aussi efficient d'intégrer la consultation préconceptionnelle dans les soins de santé de première ligne, c'est à dire dans la consultation de médecine générale, dans la consultation de gynécologie générale, dans les centres de planification familiale ou encore dans les consultations pré et postnatales qui deviendraient des « consultations préconceptionnelles, prénatales et postnatales ». Les consultations postnatales doivent intégrer la prise en charge interconceptionnelle et élargir ainsi leur champ d'action qui se limite actuellement et trop souvent au dépistage du cancer du col et à la prescription contraceptive.

4.2. Les missions de la consultation préconceptionnelle :

Les missions de la consultation préconceptionnelle s'articulent selon 4 grands axes :

- Une mission de dépistage de certaines maladies génétiques (hémoglobinopathies, mucoviscidose et X fragile) (9) et de maladies endocriniennes (diabète et dysthyroïdies) ou psychiatriques (dépression, psychose).
- Une mission de prévention de maladies infectieuses (rubéole, rougeole, tétanos, toxoplasmose, CMV, varicelle, hépatite B, hépatite C, HIV, syphilis).
- Une mission d'accompagnement dans le dépistage et le sevrage des assuétudes (tabac, alcool, drogues, psychotropes), d'éducation à la santé pour la prévention des risques environnementaux (toxiques, irradiations, ...) et de soutien à la parentalité.
- Une mission de prescription, en particulier la prescription systématique d'acide folique est démontrée efficace (10). Dans le contexte de la carence en iode, endémique en Belgique, nous recommandons d'y ajouter une prescription systématique d'iode. Le faible ensoleillement de notre pays étant propice à des déficits en Vitamine D3, celle-ci sera aussi recommandée.

4.3. Contenu d'une consultation préconceptionnelle

2 visites sont proposées pour la prise en charge préconceptionnelle : (11)

- la première visite comprend l'anamnèse, la prescription des examens et la prescription des compléments vitaminiques et nutritionnels..
- la 2ème visite consiste en une analyse des résultats, une information personnalisée sur la base de ces résultats et une orientation éventuelle vers certains spécialistes (psychologue, diététicienne, généticien...), enfin, l'exécution de vaccins, si nécessaire.

Parmi les examens demandés, nous distinguerons les examens pratiqués systématiquement et les examens pratiqués sélectivement en fonction des antécédents ou du profil particulier de la patiente ou de son partenaire (Tab. 1.)

- Les actions systématiques comprennent : (i) des informations sur le tabac, l'alcool, les drogues et les produits toxiques (plomb, pesticides, solvants) ; (ii) un examen de sang pour l'étude de l'immunité vis-à-vis de maladies infectieuses ; (iii) et pour le dépistage de pathologies endocriniennes ou génétiques ; (iv) la prescription d'acide folique et d'iode et de vitamine D3.
- Parmi les actions sélectives, on retiendra la recherche de maladies génétiques spécifiques (en fonction des antécédents familiaux).

4.4. L'interdisciplinarité

La visite préconceptionnelle, qu'elle soit effectuée par un gynécologue, une sage-femme, un médecin généraliste, un pédiatre ou un généticien, reste une consultation de première ligne et ne sera efficace que si elle repose sur une équipe pluridisciplinaire pour les références parmi lesquelles la psychologue, la diététicienne, l'endocrinologue ou le généticien sont les disciplines indispensables.

4.5. Implications d'un dépistage positif

La patiente et son partenaire doivent être informés des implications de ce dépistage préconceptionnel, implications soit immédiates (examen du conjoint) soit au cours d'une grossesse future (techniques de diagnostic anténatal, interruption de grossesse).

Le tableau 2 résume les gestes à poser et les informations à donner en cas de dépistage positif.

5. QUELQUES EXEMPLES DE STRATÉGIES DE PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LE MONDE

En 2006, S. Ebrahim et collaborateurs ont dressé un tableau de la situation dans quelques pays (12), et en 2007, le Conseil de la santé aux Pays-Bas (Health Council of the Netherlands) publie un rapport au Ministre de la Santé, du Bien-être et des Sports, dans lequel il est fait également référence à des expériences étrangères (13). Le texte qui suit est inspiré de ces deux publications

Les pays cités qui ont mené des actions dans ce domaine sont : la Hongrie, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, la Belgique (Communauté française), Les Etats-Unis, Hong-Kong, la Corée du sud et la Chine

- En Hongrie, une expérience d'un programme de soins préconceptionnels a été menée entre 1984 et 1994. Ce programme a montré son efficacité en ce qui concerne l'introduction d'acide folique en périconceptionnel, la réduction de la consommation de tabac ainsi que celle de l'alcool. Chez les femmes entrées dans le programme, le taux d'anomalies congénitales était statistiquement plus faible (20.6/1000) que dans le groupe témoin (35/1000) (14). Depuis lors, le programme est devenu un programme national.
- Au Royaume-Uni, une organisation privée apporte des informations aux futurs parents et organise une formation pour les professionnels (15). Des cliniques spécialisées ont aussi vu le jour sous la forme de services donnant des conseils en période préconceptionnelle (16).
- Les Etats-Unis n'ont pas encore un programme intégré. En 2006, le CDC (Center for Disease Control and Prevention) a publié des recommandations pour améliorer la santé préconceptionnelle. En collaboration avec d'autres organisations, le CDC met actuellement sur pied un vaste programme intégré de soins préconceptionnels (17). Le CDC joue le rôle de coordonnateur et de facilitateur dans cette initiative.
- Les Pays-Bas, contrairement à l'optique de santé publique du CDC aux Etats-Unis, proposent un programme plus centré sur l'individu en termes de bénéfice-santé et en termes de choix possibles. Les Pays-Bas ont créé une association officielle pour la promotion de la santé préconceptionnelle (Dutch Foundation of Preconception Care). Le Conseil de la Santé aux Pays-Bas a présenté un rapport au Ministre de la Santé, du Bien-être et des Sports, proposant, sur la base de la médecine par la preuve (EBM Evidence base medicine), d'offrir des soins préconceptionnels à tous les couples qui envisagent une grossesse (13). Et récemment, le Ministre de la Santé a apporté son soutien à l'introduction des soins préconceptionnels aux Pays-Bas et les disciplines concernées élaborent les protocoles appropriés.

- En Asie, c'est à Hong Kong qu'on rencontre les meilleures opportunités pour les soins préconceptionnels, lesquels sont proposés par l'Association de Planning Familial d'Hong-Kong. Ces services, fournis par des cliniques privées, consistent en informations, conseils et interventions (tests sanguins, etc.) et sont facilement accessibles sur le plan financier (12, 16).
- En Chine, jusqu'en 2003, tous les couples devaient subir un examen prénuptial (éducation à la santé, Test HIV, prescription d'acide folique, ..). A partir de 2003, cette visite n'a plus été obligatoire et l'on a assisté à une chute drastique du nombre de couples recevant des soins préconceptionnels, avec une augmentation concomitante de l'incidence des anomalies congénitales par défaut de fermeture du tube neural (spina bifida, méningo-myélocœles, anencéphalies) (16).
- En Corée du Sud, c'est la Société de médecine Fœtale et maternelle qui a décidé de promouvoir et d'améliorer la santé préconceptionnelle. Le programme repose sur deux axes : conseils et informations d'une part, délivrances de services d'autre part. Des séances éducatives concernent tant les femmes en âge de procréer que les prestataires de soins (12).

Il résulte de cette analyse que, d'une part il existe un intérêt croissant pour la santé préconceptionnelle, mais que parallèlement, il existe une très grande variété des approches en fonction des pays.

6. RÉFÉRENCES

1. Tuchmann-Duplessis, Embryologie, 3 Volumes, Masson et Cie Editeurs, Paris, 1997.
2. ONE, Banque de Données Médico-sociales, Rapport 2004
3. H.K. Atrash, Changing the Prevention Paradigm: The Role of Preconception Health and Health Care in the Prevention of Birth Defects, 1st Central and Eastern European Summit on Preconception Health and Prevention of Birth Defects, Budapest, Hungary, August 27-30, 2008.
4. Larson WJ. Human Embryology 2nd edition. New York: Churchill Livingston; 1997. Page xvi
5. H.K. Atrash, K. Johnson, M. Adams J.F. Cordero, J. Howse, Preconception Care for Improving Perinatal Outcome: The Time to Act, *Matern Child Health J.* 10, S3-S11, 2006
6. H.K. Atrash and L.G. Keith Eds, Preconception care: Science, Practice, Challenges and Opportunities, *Maternal and Child Health Journal*, Vol. 10, N° 5, 2006 (Numéro spécial)
7. Pierre Delvoye, Le concept de Prévention, in *La Santé de la Reproduction*, Gaston Legrain, Pierre Delvoye et Justin Ranjalahy, FNUAP Eds, 2001.
8. A. Dunlop, B. Jack, K. Frey, National Recommendations for Preconception Care: The essential Role of the Family Physician, *J. Am Board Fam Med*, 20, 81-84, 2007
9. European Society of Human Genetics, Population genetic screening programmes: technical, social and ethical issues, *European Journal of Human Genetics*, 11, Suppl. : 2 55-57, 2003

10. R. Douglas Wilson, The Use of Folic Acid for the Prevention of Neural Tube Defects and Other Congenital Anomalies, SOGC Clinical Practice guidelines, 138, 2003
11. P. Delvoye La consultation préconceptionnelle, Education du Patient et Enjeux de Santé, Vol 23, N° 3, 2005
12. Ebrahim S, Lo SST, Zhuo J, Han JH, Delvoye P, Zhu L. Models of Preconception Care Implementation in Selected Countries. Maternal and Child Health Journal. 2006; 10 : S37-S42
13. Health Council of the Netherlands. Preconception Care: a good beginning, publication N° 2007/19E., The Hague, 2007.
14. Czeizel AE, Dobo M, Dudas I, Gasztonyi Z, Lantos, I.. The Hungarian periconceptual service as a model for community genetics. Community Genet. 1998; 1 (4) : 252-259.
15. www.forsight-preconception.org.uk
16. Boulet SL, Parker C, Atrash. Preconception Care in International Settings. Matern Child Health J. 2006; 10: S 29-35
17. Johnson K, Posner SF, Bierman J. Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care - United States. CDC MMWR Recommendations and Reports. 2006 ; 55 : 1-23

L'objectif de la consultation préconceptionnelle étant d'éviter la venue au monde d'enfants porteurs de handicaps difficilement conciliables avec une vie de qualité, la question de l'eugénisme se pose immédiatement. Ce mot, depuis les exactions commises en son nom au cours de la deuxième guerre mondiale, est devenu tabou ; et les médecins, consciemment ou inconsciemment, peuvent avoir des réticences à porter des actes que d'aucuns qualifieraient d'« eugénisme ». Il convient néanmoins de faire la différence entre un eugénisme d'état, imposé par une idéologie, et un eugénisme privé inspiré par la philosophie des droits de l'homme. Les implications d'une consultation préconceptionnelle ne sont pas anodines pour la vie d'un couple : examens complémentaires chez le mari, procédures invasives au cours d'une grossesse ultérieure,... Il convient dès lors que le praticien soit armé pour pouvoir donner toutes les informations utiles aux futurs parents, de façon claire et précise afin d'obtenir leur consentement éclairé. Enfin dans le domaine de la génétique, particulièrement sensible, le Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique a émis une série de recommandations pour l'exécution de tests, inspirées par les quatre grands principes de bioéthique autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, justice.

L'exercice de la médecine, et de l'obstétrique en particulier, est un art où se conjuguent des aspects scientifiques, techniques, humains, sociaux et philosophiques.

Le développement des techniques, le développement de la médecine prédictive, la multiplicité des choix possibles, ont contribué à l'émergence d'une réflexion éthique qui à son tour va influencer sur la décision médicale et les choix diagnostiques et thérapeutiques. L'intérêt de la consultation préconceptionnelle est qu'elle combine ces différentes dimensions de la médecine et pose entre autre la question douloureuse de l'eugénisme.

1. LA QUESTION DE L'EUGÉNISME

Depuis le livre de Darwin sur « L' Evolution des espèces au moyen de la sélection naturelle » (1) jusqu'aux ouvrages de Jean Rostand (2), en passant par la philosophie de Galton, un proche parent de Darwin, la question de l'eugénisme dans la pratique médicale a été une question récurrente.

Avec la découverte des crimes contre l'humanité, perpétrés par des médecins nazis pendant la 2ème guerre mondiale, au nom d'une certaine conception de l'eugénisme, le mot d'eugénisme devint tabou et fut couvert d'un opprobre généralisé.

Avec les progrès techniques de la médecine et l'émergence de la médecine prédictive, le concept de « nouvel eugénisme » ou « eugénisme démocratique » est apparu. La question qui se posait était de savoir s'il existait une continuité historique entre l'ancien et le nouvel eugénisme, s'il y avait une communauté de nature, si les critères éthiques d'évaluation de l'ancien et du nouvel eugénisme étaient les mêmes.

Le développement d'une conscience bioéthique inspirée par la philosophie des droits de l'homme, d'une part, la charte des droits du patient et le concept d'autonomie d'autre part, devaient mettre en exergue la rupture fondamentale entre l'ancien eugénisme qu'on qualifiera d'eugénisme d'état et le nouvel eugénisme qu'on appellera eugénisme privé ou démocratique(3, 4), dont relèvent plusieurs types de consultations médicales, dont la visite préconceptionnelle, héritière de l'ancienne consultation prénuptiale.

Les formes actuelles de l'eugénisme démocratique :

- La consultation préconceptionnelle
- La consultation prénatale
- Le conseil génétique
- Le diagnostic anténatal
- La médecine fœtale
- La thérapie génique

Comme l'exprime Jean Gayon :

« Des individus viennent, qui se soucient de leur propre capacité de faire face aux enfants qu'ils auront et à les élever dignement. L'appareil médical offre des tests, des informations, des traitements possibles ou l'avortement. Ce n'est pas ici l'appareil médical – mandaté par l'autorité publique- qui prend le contrôle de la société; c'est au contraire la société des hommes qui va vers l'hôpital, et vient chercher réponse à des souffrances réelles ou anticipées. » (5).

CONTROVERSE

Si les concepts d'eugénisme d'état et d'eugénisme privé sont maintenant bien clarifiés, il n'en demeure pas moins vrai que le concept, pris dans son acception globale est encore condamné, y compris dans des textes qui s'illustrent pourtant par des percées significatives dans le domaine bioéthique. Ainsi, la Charte Des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne (6), dans le chapitre consacré à la DIGNITE, condamne toute pratique eugénique. Après les lois sur l'avortement, l'euthanasie et les techniques de PMA, le législateur devra sans doute se pencher, dans les années à venir, tant sur la « dépenalisation » du nouvel eugénisme que sur ses limites.

2. LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Compte tenu de l'importance des implications éthiques de la consultation préconceptionnelle (certains tests génétiques étant proposés dans l'optique d'une éventuelle interruption de grossesse), une information claire et précise sur les risques d'une affection génétique et sur les différentes expressions cliniques de ces maladies génétiques, constitue un des volets centraux de la consultation préconceptionnelle.

2.1. Définition

Le consentement du patient se définit comme l'acte autorisant le médecin à mettre en œuvre un traitement spécifique qu'il a, au préalable, expliqué au patient. (7). La notion de traitement doit s'étendre à toute intervention de nature thérapeutique ou diagnostique.

2.2. Valeurs et Principes généraux (8,9)

L'importance attribuée à la notion du consentement éclairé résulte de l'émergence de la philosophie des Droits de l'homme, appliquée au domaine de la Santé, et concrétisée en Belgique par un texte législatif : la loi sur les droits du patient (10).

Les valeurs qui sous-tendent le concept de consentement éclairé sont celles de liberté et de dignité.

Le principe éthique qui sous-tend la méthodologie du consentement éclairé est le principe d'autonomie lequel s'exprime ainsi : « le patient a la possibilité d'exercer son jugement et d'évaluer si le traitement proposé est acceptable compte tenu de sa spécificité individuelle ».

Or, la condition de ce jugement est le partage de l'information médicale. La procédure de consentement rend donc possible cette capacité de juger du patient et s'ouvre sur la possibilité d'une alliance thérapeutique entre le médecin et le patient.

2.3. Conditions du Consentement éclairé

La possibilité du consentement éclairé et sa qualité sont soumises à 3 conditions :

- Son caractère volontaire (libre de toute contrainte)
- L'information du patient
- Etre le fait d'une personne capable au sens juridique

2.4. Contenu et méthodologie du Consentement éclairé

La demande de consentement éclairé doit exposer les éléments suivants :

- L'intervention proposée (traitement ou examen)
- Le diagnostic et le pronostic
- Effets secondaires de l'intervention
- Les risques et les bénéfices de l'intervention
- Les solutions alternatives
- La durée et les contraintes matérielles de l'intervention

La demande de consentement suppose des démarches complémentaires :

- Vérifier que l'information est bien comprise
- Susciter des questions
- Evaluer le degré d'anxiété du patient et tenter d'y remédier
- Obtenir l'accord verbal du patient

2.5. Consentement éclairé et Consultation préconceptionnelle.

- En théorie, le consentement éclairé devrait être obtenu pour tous les examens demandés, même si ceux-ci ne présentent pas de risque; certains résultats positifs vont conduire à d'autres examens qui eux ne sont pas sans risque, comme la ponction de liquide amniotique lors d'une grossesse ultérieure ; et le résultat de ce dernier examen peut déboucher sur une interruption de grossesse. Le médecin se doit d'informer la patiente des implications éventuelles d'un résultat positif. Et la patiente, (ou le couple), peut refuser l'examen si elle pense qu'elle poursuivrait la grossesse, quel que soit le résultat.

- Un des problèmes éthiques liés aux examens de dépistage est l'existence de résultats faux positifs et de faux négatifs : si cette information est souvent difficile à communiquer à la patiente, il importe néanmoins qu'un message clair soit énoncé. Cela pose le délicat problème de la communication du risque (11).
- Le dépistage de l'HIV a posé problème quand aucun traitement n'était disponible. Mais maintenant que des traitements existent, les conséquences d'un résultat positif ne doivent pas être ignorées de la patiente lorsqu'elle subit un dépistage.
- En médecine prédictive, le consentement éclairé se heurte à la difficulté de faire percevoir à la patiente la notion du risque et à l'extrême subjectivité avec laquelle ce risque est perçu.

2.6. Conclusions

Le concept de consentement éclairé implique un double devoir pour le médecin: le devoir d'information et le devoir d'obtention de l'accord du patient, dans le cadre du contrat qui, depuis toujours, lie le médecin à son patient, contrat subsumé dans le principe de Loyauté (12).

Mais ce devoir d'information impose une autre obligation : celle de mettre à la disposition des prestataires impliqués dans la consultation préconceptionnelle les informations utiles, voire des formations spécifiques, en particulier dans les domaines de la génétique et de l'éthique.

CONTROVERSE

Nous évoquons ici une série de problèmes concernant **les limites du consentement éclairé** :

(i) La primauté accordée au principe d'autonomie exclut-il à jamais le principe de bienfaisance de la pratique médicale ? (ii) Le consentement éclairé qui débouche sur le concept de choix éclairé ne s'oppose-t-il pas au principe d'utilité qui place l'intérêt de la communauté avant l'intérêt de tel patient en particulier ? (iii) L'acceptation in fine, dans le processus de décision, du choix personnel du patient ne s'oppose-t-elle pas à la qualité optimale des soins ? (iv) L'information doit-elle être précise et scientifiquement correcte au risque d'être incompréhensible par la patiente ? (v) L'information doit-elle être exhaustive au risque d'être iatrogène ? (vi) le consentement éclairé, qui débouche sur le concept de choix éclairé, retire-t-il au médecin son rôle de décideur et donc sa responsabilité devant tout acte posé ? (vii) Quelle personne pourra se substituer au patient jugé « incapable » pour donner son consentement éclairé ? (Qui peut décider du bien d'autrui ?) Et jusqu'où les décisions de ce mandataire peuvent-elles être prises en considération? (Comment décider du bien d'autrui ?) (viii) Tout acte médical doit-il toujours obtenir un consentement éclairé explicite ? Et quel est le champ d'intervention du consentement présumé ? (ix) Le « choix éclairé » est souvent un choix entre deux risques. Le risque est-il un concept objectif ou une notion subjective ? (x) Le devoir du médecin, l'impératif éthique, en ce domaine, est l'obtention du consentement et l'obligation d'information. Qui peut garantir la qualité de l'information ? (xi) En théorie, il faudrait demander **le consentement pour tous les examens demandés** ; en pratique cela n'est le plus souvent pas possible, d'autant qu'il existe souvent un accord tacite entre la patiente et le médecin et que, sa démarche étant spontanée et volontaire, on peut considérer qu'implicitement elle accepte les examens proposés. Néanmoins, pour lever toute équivoque, nous proposons de donner

à la patiente un document qui reprenne les différents examens et leur timing, en lui suggérant de poser toutes les questions utiles si nécessaire, document qui pourra mettre le médecin à l'abri de litiges éventuels.

3. LES PRINCIPES DE LA BIOÉTHIQUE ET TESTS GÉNÉTIQUES

En 1979, Beauchamp et Childress (13) énoncent les 4 grands principes de bioéthique qui ont valeur universelle et doivent régir l'exercice professionnel de l'ensemble des prestataires de santé :

- (i) le respect de l'autonomie ;
- (ii) la bienfaisance ;
- (iii) la «non malfaisance » (ne pas nuire) ;
- (iv) et le principe de justice

En référence à ces quatre principes de base de bioéthique, le comité consultatif de Bioéthique de Belgique a édicté des recommandations (14) concernant l'usage des tests génétiques,

- les tests génétiques doivent être faits sur une base volontaire, au nom du principe d'autonomie.
- avant de pratiquer un test génétique, une information complète portera sur les buts de l'examen, les résultats éventuels, et les options thérapeutiques en cas de positivité, au nom des principes d'autonomie et de non-malfaisance.
- des tests génétiques en vue d'études épidémiologiques peuvent être réalisés à condition qu'ils soient anonymes et que l'information pertinente ait été donnée, au nom du principe d'autonomie.
- La confidentialité des données doit être garantie au nom des principes d'autonomie et de non-malfaisance.
- Si la divulgation des résultats présente un intérêt majeur soit pour le patient, soit pour la communauté, le praticien doit aider le patient à prendre la décision, au nom des principes de bienfaisance, non-malfaisance et de justice.
- Les résultats d'un test génétique doivent être suivis d'un conseil génétique, au nom du principe d'autonomie et de bienfaisance.
- Si des actions préventives sont disponibles, elles doivent être proposées sans délai, au nom des principes de bienfaisance et de non-malfaisance.
- Les tests de dépistage chez les nouveau-nés doivent être gratuits et obligatoires si des traitements sont disponibles, au nom des principes de bienfaisance et de justice.

Le rôle du conseiller généticien a aussi été défini en insistant sur son devoir de neutralité. Il doit informer, s'abstenir de tout jugement ou recommandation, respecter les opinions des parents. Le conseiller est au service des patients, non de la société. La reproduction est une affaire privée.

CONTROVERSE

1. La principale controverse porte **sur le choix des examens du dépistage génétique** (15). Si des raisons d'économie de santé orientent vers des examens sélectifs, cette optique peut être battue en brèche et des arguments éthiques existent pour justifier le dépistage systématique. Ainsi pour le dépistage du X fragile, le choix restant in fine le privilège du couple, serait-il éthique de ne pas l'informer de l'existence de cette maladie et de la possibilité d'un test de dépistage ? (16).
2. Concernant le **timing de l'examen** : si le dépistage de la future mère se fait en début de grossesse, les délais consécutifs à l'examen du conjoint puis de l'amniocentèse ne laissent que peu de temps au couple pour prendre une décision dans la sérénité. Si le dépistage est pratiqué en préconceptionnel, et si les deux conjoints sont porteurs de la mutation, ils peuvent planifier une grossesse en ayant envisagé les différentes options dont ils restent bien évidemment les maîtres. Ceci justifie le dépistage en préconceptionnel plutôt qu'en prénatale.
3. **Le diagnostic préimplantatoire** des maladies génétiques pose problème : l'usage actuel, en cas d'hétérozygotie des 2 conjoints, est de proposer un examen en début de grossesse (biopsie de trophoblaste ou amniocentèse) et une éventuelle IMG en cas d'homozygotie du fœtus. Le recours au diagnostic préimplantatoire (sélection des embryons sains après fécondation in vitro) permettrait d'éviter le recours à l'IMG. Néanmoins, certains estiment ne pouvoir réserver le diagnostic préimplantatoire que dans les cas où une fécondation in vitro est de toute façon requise pour des raisons d'infertilité du couple.
4. **Le dépistage de la syphilis, de l'HIV et des hépatites** ont été envisagés comme des dépistages systématiques. Ce dépistage universel lors de la visite préconceptionnelle est justifié, entre autres, en raison des actions importantes qui peuvent être réalisées déjà avant une grossesse au cas où un de ces tests serait positif (dépistage du conjoint, bilan, etc.). Seules des raisons économiques peuvent justifier un dépistage réservé aux seules populations à risque.

4. RÉFÉRENCES

1. Darwin C., L'origine des espèces au moyen de la sélection naturelle ou la lutte pour l'existence dans la nature, Editions Reinwald, Paris, 1876
2. Rostand C, Peut-on modifier l'homme ? Gallimard, NRF, 1956
3. Missa JN et Susanne C (Eds), De l'eugénisme d'Etat à l'Eugénisme privé, De Boeck Université, 1999.
4. Gayon J et Jacobi D, L'éternel retour de l'eugénisme, PUF, 2006
5. Gaillon J, Eugénisme, in Dictionnaire de la Pensée médicale, sous la direction de Dominique Lecourt, PUF, 2004
6. Union Européenne, Charte Des Droits Fondamentaux, Traité de Nice, 2000.
7. Parizeau MH, Consentement, In « Les mots de la bioéthique », G. Hottois et M.H. Parizeau, De Boeck Université, 1995

8. Métayer M, La Philosophie éthique, Le Renouveau pédagogique, 1997
9. Gold F, Choutet P et Burfin E, Repères et situations éthiques en médecine, Ellipses, 1996
10. Loi sur les droits du patient, Moniteur Belge, 26-9-2002
11. BMJ, Communicating risks, volume 327, 27 septembre 2003, pp 691-757
12. Fletcher GP, De la loyauté, Editions de l'Université de Bruxelles. 1996
13. Beauchamp T. et Childress J, Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press, 1979
14. Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, Avis n° 20 relatif aux tests génétiques prédictifs et test HIV dans le cadre du travail, Novembre 2002.
15. European Society of Human Genetics, Population genetic screening programmes : technical, social and ethical issues, European Journal of Human Genetics, 11, Suppl. : 2 55-57, 2003
16. Delvoye P, Hilbert P, Verellen-Dumoulin C, Alexander S. Which Genetic investigations to propose during preconception care? Second National Summit on Preconception Care (proceedings), Oakland, USA, October 29-31, 2007

CHAPITRE 3 - Recommandations

En médecine préventive, plus encore qu'en médecine curative, les propositions de recommandations doivent être étayées sur la preuve (EBM : evidence based medicine). Beaucoup d'études ont été réalisées pour évaluer l'efficacité et l'efficacité de la plupart des gestes proposés en consultation préconceptionnelle. Si nous proposons ces recommandations sur la base de l'EBM, nous avons aussi tenu compte de l'épidémiologie locale et de considérations éthiques, pour nuancer des recommandations parfois trop abruptes. Nous proposons une consultation préconceptionnelle en deux temps : une première visite pour informer la patiente ou le couple, et programmer une série d'exams ; une deuxième visite pour analyser les résultats d'exams, poursuivre les informations d'éducation à la santé, prescrire des vitamines ou oligoéléments et proposer des exams complémentaires ou des consultations chez des prestataires de deuxième ligne (généticien, diététicien, psychologue, endocrinologue,..). Nous avons aussi distingué les exams systématiques et les exams sélectifs, et regroupé les actes en fonction de leur spécificité (administratifs, médicaux, éducatifs, sociaux, psychologiques, ..). Comme certaines attitudes peuvent être contestées, nous avons proposé une rubrique « controverses » pour éclairer le lecteur sur l'origine de la controverse et lui donner des éléments pour qu'il puisse fonder ses propres choix.

1. PRINCIPES

Sur la base des constats évoqués dans les deux articles précédents, sur la base de données épidémiologiques locales (1, 2), et sur la base de recommandations de la littérature internationale (3), nous avons proposé une procédure standard (4) pour gérer de façon optimale la consultation préconceptionnelle. (Tableaux 1, 2, 3, 4)

La prise en charge préconceptionnelle n'est pas l'apanage d'une discipline : elle peut être pratiquée par des gynécologues, des médecins généralistes, des sages-femmes, des pédiatres ou encore des généticiens (Fig. 4).

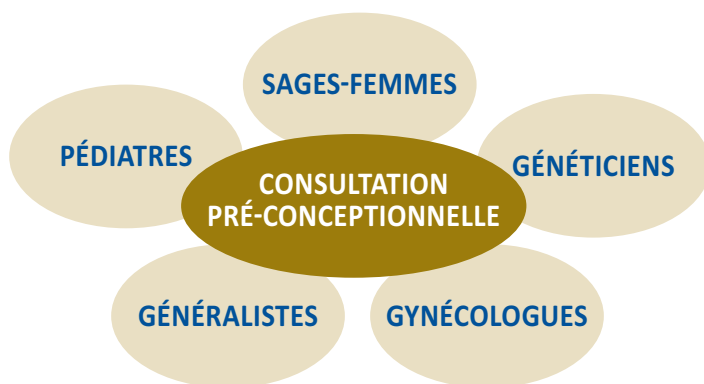


Figure 4. Disciplines impliquées en première ligne dans les soins préconceptionnels. Plusieurs disciplines sont concernées, mais tous les prestataires d'une même discipline ne doivent pas nécessairement faire de la consultation préconceptionnelle.

A l'inverse, tous les spécialistes d'une même discipline ne doivent pas faire de la consultation préconceptionnelle : elle appartient aux plus motivés, aux plus concernés, c'est-à-dire, concernant les gynécologues, surtout les gynécologues généralistes, ceux de première ligne, ceux à orientation médicale ou obstétricale. Ce qui importe, c'est que le prestataire qui s'investit dans ce domaine ait en mains tous les éléments pour gérer au mieux cette consultation.

Ces guidelines se veulent simples.

Ils sont ici présentés sous forme de deux visites. Cependant, chaque praticien peut les adapter en fonction de sa pratique propre :

- **La première visite** comprend l'anamnèse, la prescription des examens et la prescription des compléments vitaminiques et nutritionnels..
- **La 2^{ème} visite** consiste en une analyse des résultats, une information personnalisée sur la base de ces résultats et une orientation éventuelle vers certains spécialistes (psychologue, diététicienne, généticien...), enfin, l'exécution de vaccins, si nécessaire.
- Parmi les examens demandés, nous distinguerons **les examens pratiqués systématiquement et les examens pratiqués sélectivement** en fonction des antécédents ou du profil particulier de la patiente ou de son partenaire.
- Pour la clarté des recommandations, nous avons distingué, d'une part, **les actions de type informations** (anamnèse, dialogue) **et les actes techniques**.
- Et enfin, nous avons distingué les différentes formes d'approches (médicale, psychologique, sociale...), qu'elles soient réalisées par le même prestataire (approche intégrée) ou par des prestataires différents (approche pluridisciplinaire), quoique l'approche pluridisciplinaire ne devrait être exercée que dans le cadre de références (2ème ligne).

2. DISCUSSIONS

Ces guidelines sont le résultat d'un consensus, et il est vrai que plusieurs recommandations peuvent faire l'objet de discussions. En plus des controverses liées aux aspects éthiques, auxquelles il a été fait allusion dans l'article précédent, sont apparues des controverses liées à la perception subjective de l'importance à accorder à un problème de santé publique.

2.1. Le choix des examens du dépistage génétique

La principale controverse porte sur le choix des examens du dépistage génétique et en particulier la réponse à la question : examens systématiques, quasi-systématiques ou sélectifs ? Si des raisons d'économie de santé orientent vers des examens sélectifs, cette optique peut être battue en brèche et des arguments existent, en plus de l'argument éthique, pour justifier le dépistage systématique.

- Ainsi pour la mucoviscidose : l'importance de la maladie en terme de prévalence (1 personne caucasienne sur 25 est porteuse de la mutation) et en terme de sévérité de l'affection, ainsi que de son coût par patient, peuvent justifier un dépistage systématique ou en tout cas justifient de le proposer aux couples en préconceptionnel. Néanmoins, la prévalence de la mutation et de la maladie dans la population noire est beaucoup plus faible que dans la population blanche : aussi n'est-il pas justifié de faire le dépistage systématiquement chez les Africains sub-sahariens. On parlera donc d'un dépistage quasi-systématique.

- Quant au dépistage du X fragile, si certains le réservent sélectivement aux patientes ayant des antécédents familiaux (X fragile ou histoire de retard mental), d'autres arguent de la fréquence du problème (1ère cause héréditaire de retard mental), de la sévérité de la maladie (qui peut légitimer le recours à une interruption thérapeutique de grossesse), de l'inefficacité d'un dépistage sélectif basé sur les antécédents familiaux (importance des faux négatifs), ou de considérations techniques (les premières étapes techniques du dépistage du X fragile sont les mêmes que pour la mucoviscidose, ce qui en diminue le coût si les deux examens sont pratiqués en même temps), pour justifier le dépistage systématique.
- Quant aux hémoglobinopathies, 2 examens sont proposés : l'examen hématologique (EH) avec l'analyse du Volume Corpusculaire Moyen (VCM), examen de 1ère ligne, et l'électrophorèse de l'hémoglobine (Hb), examen de 2ème ligne : le dépistage systématique de la thalassémie (EH, VCM et Electrophorèse de l'Hb), pour la recherche des hétérozygotes, est justifié, d'une part par le coût modique de l'examen, d'autre part en raison des mélanges de population (mariages mixtes : populations autochtones et populations immigrées du bassin méditerranéen) en particulier dans les grandes villes, et ce depuis plusieurs générations ; concernant la recherche de la drépanocytose, le dépistage systématique, en première intention, par l'électrophorèse de l'hémoglobine n'est justifié que pour les populations noires d'origine subsaharienne.

2.2. Le dépistage de la syphilis, de l'HIV et des hépatites ont été envisagés comme des dépistages systématiques. Ce dépistage universel lors de la visite préconceptionnelle est justifié, entre autres, en raison des actions importantes qui peuvent être réalisées déjà avant une grossesse au cas où un de ces tests serait positif (dépistage du conjoint, bilan, etc.). Seules des raisons économiques peuvent justifier un dépistage réservé aux seules populations à risque.

2.3. Enfin, les recommandations concernant l'usage de l'alcool sont loin de faire l'unanimité : si certains acceptent une certaine tolérance (maximum un verre par jour et pas tous les jours), d'autres proposent la tolérance zéro, en arguant du fait que l'on ne connaît pas, pour un individu particulier, sa sensibilité propre à l'alcool et par le fait qu'une tolérance même très limitée est une porte ouverte à certains excès. En vertu du principe de précaution, nous avons retenu cette dernière attitude : la tolérance zéro.

3. RÉFÉRENCES

1. Delvoye P, Delestrait M, Collard S, Derzelle E, et al. . Promotion of Preconception Care : The Belgian Project. National Summit on Preconception Care; proceedings: 67-68
2. http://www.marc.com/files/PR_Delvoye.ppt
3. Johnson K, Posner SF, Bierman J. Recommendations to Improve Preconception Health And Health Care - United States. CDC MMWR Recommendations and Reports. 2006; 55 : 1-23
4. S. Ebrahim, S. Seen-Tsing Lo, J. Zhuo, J.-Y. Han, P. Delvoye, L. Zhu, Models of Preconception Care Implementation in Selected Countries, Maternal and Child Health Journal, Vol. 10, supp 7, pp S37-S42 , 2006
5. A. Dunlop, B. Jack, K. Frey, National Recommendations for Preconception Care : The essential Role of the Family Physician, J. Am Board Fam Med, 20, 81-84, 2007
6. Delvoye P. La consultation préconceptionnelle. Education du Patient & Enjeux de Santé. 2005; 23(3) : 87-92

4. TABLEAUX

Tableau 1. Recommandations :

1^{ère} consultation préconceptionnelle (pour la nulligeste): informations

Dialogue + Éducation	
Systématique	Sélectif
<p>Administratif</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accueil • Ouverture du dossier ou de la fiche préconceptionnelle • Identification • Statut familial • Statut soc. et Couverture sociale 	<p>Informations sur les issues possibles de certains examens Obtenir le consentement éclairé</p>
<p>Médical : Anamnèse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antécédents familiaux • Antécédents personnels : <ul style="list-style-type: none"> - Méd- Chir – Gyn- Obst • Assuétudes • Antécédents du père • Histoire actuelle <ul style="list-style-type: none"> • Etat général • Type de contraception • Notion de fécondabilité • Fertilité post contraception 	<p>Exposer les risques des assuétudes pendant la grossesse : tabac, alcool, drogues, Exposer les risques des médicaments, des radiographies, des toxiques (pesticides, plomb)</p>
<p>Social</p> <ul style="list-style-type: none"> • conditions de vie • conditions de travail 	<p>Exposer les risques de certains produits toxiques de la vie professionnelle</p>
<p>Psychologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etat psychologique présent • Relations familiales & conjugales • Dépister les états dépressifs 	<p>Soutien à la parentalité personnalisé dans les populations vulnérables</p>
<p>Promotionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • But de la CPN • Services offerts en consultation préconceptionnelle et prénatale • Hygiène et style de vie • Soutien à la parentalité 	<p>Recommandations particulières en fonction de l'âge et des antécédents.</p>
<p>Références</p>	<p>Conseil génétique</p>

Tableau 2. Recommandations :

1^{ère} consultation préconceptionnelle (pour la nulligeste): examens et actes techniques

Examens + Actes	
Systématique	Sélectif
<p>Administratif</p> <ul style="list-style-type: none"> Prise de RV pour la prochaine visite 	<p>Informations sur les issues possibles de certains examens</p> <p>Obtenir le consentement éclairé</p>
<p>Médical</p> <p>Examen</p> <ul style="list-style-type: none"> Clinique <ul style="list-style-type: none"> poids ; taille ; TA ; urines (S ;A; N) Spéculum TV Biologique <ul style="list-style-type: none"> sérologie : voir tableau p. 27 glycémie groupe rhésus Maladies génétiques : voir tableau p. 27 <p>Prescription :</p> <p>vitamines D3, iode et Acide folique</p>	<ul style="list-style-type: none"> RCC si pas récent = Recherche de cellules cancéreuses : frottis de dépistage du cancer du col Biologie Maladies génétiques <ul style="list-style-type: none"> > Drépanocytose > autres
<p>Social</p> <p>Droits sociaux de la femme enceinte</p>	<p>Accompagnement de difficultés sociales</p>
<p>Psychologique</p>	<p>Accompagnement de difficultés psychologiques (assuétudes)</p>
<p>Promotionnel</p> <p>Remise de documents de promotion de la santé et en particulier le folder «conseils avant d’envisager une grossesse »</p>	<p>Recommandations particulières en fonction de l’âge et des antécédents.</p>
<p>Références</p>	<p>Spécialiste si pathologie (ex : génétique > caryotype)</p> <p>Psychologue</p> <p>Diététicienne</p>

Tableau 3. Examen de sang lors de la première consultation préconceptionnelle.

1^{ère} consultation préconceptionnelle (pour la nulligeste): examens et actes techniques

Pathologies	Examens systématiques ou quasi-systématiques	Examens sélectifs	Remarques
<i>Allo-immunisation</i>	Groupe sanguin + Rhésus	Agglutinines irrégulières	
<i>Bêta Thalassémie</i>	Examen hémato (VCM) Electrophorèse de l'Hb		
<i>Drépanocytose</i>	Electrophorèse de l'Hb		
<i>Diabète</i>	Glycémie à jeun		
<i>Dysthyroïdies</i>	TSH – T4		
<i>Mucoviscidose</i>	Recherche d'une mutation		Non indiqué chez les patientes de race noire
<i>X fragile</i>	Recherche de la mutation		Sélectif pour certains auteurs
<i>Rubéole</i>	IgG		
<i>Toxoplasmose</i>	IgG		
<i>CMV</i>	IgG		Sélectif pour certains auteurs
<i>Varicelle (Herpes Z.)</i>	IgG anti-HZV (Elisa)		Sélectif pour certains auteurs
<i>Hépatite B</i>	Anticorps HBs et HBc + Antigène HBs		
<i>Hépatite C</i>	Anticorps anti-HCV		Sélectif pour certains auteurs
<i>Syphilis</i>	VDRL - TPHA		Sélectif pour certains auteurs
<i>HIV</i>	Anticorps anti-HIV1/HIV2		Sélectif pour certains auteurs

LA VACCINATION DE L'ADULTE EN RAPPORT AVEC LA SANTÉ DU JEUNE ENFANT :

La Belgique et d'autres pays Européens (France, Suisse) ainsi que les Etats Unis font face à une recrudescence de rougeole et de coqueluche.

Les personnes qui ne sont pas immunisées parce qu'elles n'ont jamais contracté la maladie, qu'elles n'ont jamais été vaccinées, ou qu'elles le sont de manière insuffisante, sont susceptibles d'être infectées et de contaminer des jeunes enfants. La mise à jour de la vaccination des adultes est fortement recommandée pour les protéger et qu'à leur tour ils protègent les enfants dont ils ont la charge ou avec lesquels ils sont en contact et qui n'ont pas encore l'âge d'être complètement vaccinés. Le Conseil Supérieur de la Santé fait cette recommandation depuis 2008.

Rougeole : Les nourrissons non vaccinés sont les plus exposés au risque de rougeole et de complications, comme la pneumonie et l'encéphalite, éventuellement mortelle. De plus, la rougeole peut compliquer une grossesse et entraîner des avortements, des accouchements prématurés et des naissances de bébés de petit poids.

(Ref : <http://www.cdc.gov/measles/about/complications.html>)

Coqueluche : Alors que la coqueluche de l'adulte se manifeste généralement comme par infection atypique sans grandes conséquences (toux persistant pendant quelques semaines) les enfants qui n'ont pas encore atteint l'âge d'être complètement vaccinés risquent de présenter une coqueluche caractéristique pouvant avoir des lourdes conséquences.

Pneumonie, convulsions, encéphalopathie, apnées, mortalité par coqueluche sont rares mais la grande majorité de ces complications touche les bébés de moins de 6 mois, pas encore ou insuffisamment vaccinés sans aucun autre facteur de prédisposition.

(Réf : <http://www.cdc.gov/pertussis/about/complications.html>)

Pour rappel, la première dose de vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche (Infanrix Hexa®) se donne à l'âge de 2 mois et la protection est partielle jusqu'à l'administration de la deuxième dose à l'âge de 3 mois.

RECOMMANDATIONS DE VACCINATION DE L'ADULTE EN PÉRIODE PRÉCONCEPTIONNELLE :

Vaccination contre la coqueluche* :

Une dose de la vaccination dite « cocoon » à tout adulte en contact avec les nourrissons (une dose de rappel contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche: **Boostrix**®). Le vaccin trivalent permet également de réaliser le rappel de vaccin contre le **tétanos**.

Vaccination contre la rougeole* :

Pour être correctement vacciné contre la rougeole, tout adulte né après 1970 doit avoir reçu au moins deux doses de vaccin contre la rougeole. (vaccin trivalent rougeole, rubéole oreillon) Si l'adulte n'a reçu aucune dose, il faut au minimum un mois entre les deux doses. S'il a déjà reçu une dose, la deuxième dose est à faire dès que possible. Le fait de penser qu'on a fait la maladie n'est pas une garantie de protection.

Vaccination contre la grippe :

Pour protéger la future mère durant sa grossesse et en fournissant à l'enfant les anticorps maternels pour les premiers mois de sa vie.

Plus d'informations : <http://www.vaccination-info.be>

* *Bien qu'aucun effet indésirable n'ait été rapporté, par mesure de précaution, il est préférable de prévoir un mois de contraception lors de la vaccination d'une femme en âge de procréation. Les vaccins peuvent tous être administrés le même jour dans des sites d'injection différents.*

Tableau 4. Recommandations :

2^{ème} consultation préconceptionnelle (pour la nulligeste): informations

Dialogue + Éducation	
Systématique	Sélectif
Administratif <ul style="list-style-type: none"> • Accueil • Information sur les résultats des examens 	Informations sur les issues possibles de certains examens Obtenir le consentement éclairé
Médical : <ul style="list-style-type: none"> • Discussion des résultats • Conseils d'hygiène générale • Timing de la 1^{ère} visite prénatale 	Conseils d'hygiène générale et alimentaire si Toxo et CMV négatifs (hygiène des mains)
Social <ul style="list-style-type: none"> • 	Exposer les risques de certains produits toxiques et de la vie professionnelle
Psychologique <ul style="list-style-type: none"> • Exposer le sentiment d'Ambivalence en début de grossesse 	Grille d'Edinburgh
Promotionnel (rappel) <ul style="list-style-type: none"> • But de la CPN • Services offerts en prénatale <ul style="list-style-type: none"> • Séances de préparation à la naissance • Soutien à la Parentalité • Attachement • Vie familiale 	Recommandations particulières en fonction de l'âge et des antécédents.
Références	Conseil génétique

Tableau 5. Recommandations :

2^{ème} consultation préconceptionnelle (pour la nulligeste): examens et actes techniques

Examens + Actes	
Systématique	Sélectif
Administratif Mise à jour du dossier	
Médical Examen Prescription : vitamines D3, iode et Acide folique	<ul style="list-style-type: none"> • vaccin antirubéole si nécessaire • autres vaccins si nécessaires (hépatite B, varicelle) • autres vaccins éventuels (coqueluche, tétanos) • Contrôle sérologie si nécessaire • Traitement des pathologies
Social	Accompagnement de difficultés sociales
Psychologique	Accompagnement de difficultés psychologiques
Promotionnel (rappel) Distribution de folders	Soutien à la parentalité
Références	<ul style="list-style-type: none"> • Médecin spécialiste si Pathologie • Diététicienne • Psychologue, Tabacologue • Tests génétiques (Caryotype)

Tableau 6. Implications d'un dépistage positif.

Pathologies	Résultats positifs	Examens complémentaires	Attitudes en cas de positivité
Diabète	Glycémie à jeun > 95 g/l	OGTT (Triangle d'hyperglycémie)	Traitement + contraception jusqu'à équilibre parfait
Dysthyroïdies	TSH – T4 anormales	Avis endocrinologue	Traitement
Obésité	BMI > 30		Accompagnement diététique
Etat Dépressif	Grille d'Edinburgh +		Accompagnement psychologique
Assuétude (Alcool/ Tabac)			
Précarité sociale			
Hémoglobino-pathies	hétérozygotie	Examen du conjoint : recherche d'une hétérozygotie	Si les deux conjoints sont hétérozygotes : biopsie de trophoblaste ou PLA et interruption médicale de grossesse possible en cas d'homozygotie du fœtus Diagnostic préimplantatoire
Mucoviscidose	hétérozygotie		
X fragile	Mutation positive		Caryotype fœtal et interruption médicale de grossesse possible en cas de fœtus masculin porteur du gène défectueux (X fragile)
Rubéole	IgG négatif		Vaccination et contraception temporaire
Varicelle (Herpes Z.)	IgG anti-HZV négatif		
Hépatite B	Anticorps + Antigène HBs négatifs		Vaccination pour les populations à risque
	HBs positif	Avis gastro-entérologue	Traitement antiviral avant la grossesse
Hépatite C	HCV positif	Tests de la fonction hépatique	
Toxoplasmose	IgG négatif		Information sur les mesures de prévention primaire (hygiène des mains, hygiène alimentaire) et de prévention secondaire (dépistage d'un virage d'AC pendant la grossesse)
CMV	IgG négatif		
Syphilis	VDRL TPHA positifs		Traitement
HIV	Anticorps anti-HIV1/HIV2	Avis infectiologue	Traitement

La fiche de consultation préconceptionnelle

Après des considérations d'ordre théorique, il convient de proposer au prestataire de soins un outil pratique pour qu'il puisse aisément aborder une consultation préconceptionnelle. La fiche de consultation présentée ici se veut opérationnelle, c'est-à-dire être un outil d'aide à la décision. Les facteurs psycho-sociaux demandaient quelques explications pour pouvoir utiliser la fiche utilement: c'est pourquoi, ce volet non négligeable de la consultation préconceptionnelle est développé plus en détails.

1. LES FONCTIONS DU DOSSIER MÉDICAL

Comme tout dossier médical, le dossier préconceptionnel a trois fonctions principales auxquelles nous ajouterons trois fonctions complémentaires.

FONCTIONS DU DOSSIER

Principales :

- Fonction de mémoire ou fonction d'archivage
- Fonction opérationnelle
- Fonction statistique

Complémentaires :

- Fonction didactique
- Fonction de recherche
- Fonction médico-légale

1.1. Fonction de mémoire ou fonction d'archivage

Certains paramètres ne vont pas évoluer au cours du temps, la date de naissance ; le groupe sanguin, l'immunité acquise vis-à-vis de certaines infections, les vaccinations reçues, un caryotype ou des résultats d'analyse génétique, etc.

Outre le fait de pouvoir trouver facilement ces données, leur enregistrement une fois pour toutes permet d'éviter la répétition inutile de ces examens et donc contribue à des économies de santé.

Cette fonction est aussi indispensable du **point de vue médico-légal**.

1.2. Fonction opérationnelle

Il s'agit d'une conception de dossier qui permet au praticien d'utiliser les données d'anamnèse, les données cliniques ou biologiques, pour définir une attitude soit diagnostique, (prescription d'un autre examen) soit thérapeutique (y compris la référence à un spécialiste). C'est une fonction d'**aide à la décision**. Certaines données, dites d'archivage, peuvent être aussi des données opérationnelles ; ainsi la date de naissance, qui permet d'identifier la patiente, définit aussi son âge, donnée opérationnelle qui va déterminer une conduite pratique.

1.3. Fonction statistique

Certaines données (items) auront une fonction statistique, à la fois une statistique descriptive et une statistique analytique, dans un but d'autoévaluation mais aussi de **recherche épidémiologique**.

Ce n'est pas la fonction essentielle de cette fiche qui ne permet qu'une statistique descriptive ; la fiche informatisée, intégrée au dossier général, permet plus facilement de fournir des statistiques descriptives mais aussi des statistiques analytiques.

1.4. Fonction pédagogique

La mise en tableau, systématique, de toutes les pathologies auxquelles il faut penser lors d'une consultation préconceptionnelle, permet, telle une check-list, d'assimiler rapidement tous les problèmes à aborder avec les patientes, de connaître tous les facteurs de risque, ainsi que les critères de normalité. La fonction pédagogique n'est pas la moindre de cette fiche préconceptionnelle.

1.5. Fonction de recherche

Cette fonction est plus performante dans la version informatisée de la fiche et ne sera pas abordée ici.

1.6. Fonction médico-légale

Cette fonction essentielle de tout dossier médical sera d'autant plus pertinente que la fiche aura été remplie de façon exhaustive.

2. PRÉSENTATION DE LA FICHE

Pathologies / Signes	Critères	Résultats	+/-	Actions si +	Fait le
1. Identification					
Date de naissance	Age > 35			Info risque > 35 ans (folder)	
Groupe sanguin M et P	Incompatibilité			Info risque	
2. Antécédents Personnel / Familiale					
2.1. Malformations	Présence			Conseil génétique	
2.2. Retard Mental	Présence			Conseil génétique	
2.3. Mal. héréditaire, génétique	Présence			Conseil génétique	
2.4. Thalassémie	Systématique			Electrophorèse de l'Hémoglobine	
2.5 Drépanocytose	Systématique			Electrophorèse de l'Hémoglobine	
2.6. X Fragile	Systématique			Analyse ADN	
2.7. Mucoviscidose	Systématique			Analyse ADN	
2.8. Consanguinité	Mariage consanguin			Avis génétique	
3. Antécédents obstétricaux					
3.1. Prématurité/ RCIU	< 37 sem. / < 2500 gr			Rechercher facteurs de risque	
3.2. Mort fœtale	Au moins 1 mort in ut.			Avis génétique	
3.3. F.C. 1er ou 2ème trimestre	1 (2ème tr.); >=2(1er tr.)			Avis génétique	
3.4. Dystocie expulsion	C.S ou V.S			Radiopelvimétrie	
3.5. Séjour du bébé en NICU				Avis pédiatre / néonatalogue	
4. Assuétudes					
4.1. Tabac	Tabac + Désir d'arrêt			Info Risque(folder) +/- Réf.tabacol.	
	Tabac + Non-désir d'arrêt			Mesure du CO expiré >Réf. Tabacol.	
4.2. Alcool	Social – Non dépendant			Info Risque (folder)	
	Dépendance			Référer alcoologie	
4.3. Médicaments	Systématique			Info risque	
	Méthadone			Référer psychosocial	
4.4. Drogues	Héroïne/ Cocaine/ Cannabis			Référer psychologue	
4.5. Autres drogues	Usage			Référer psychologue	
4.6. Produits toxiques	Systématique			Info Risque / Référer toxicologue	

5. Immunité					
5.1. Rubéole IgG	IgG négatif			Vaccin	
5.2. Toxoplasmose IgG	IgG négatif			Info Risque (folder)Hygiène / Chats	
5.3. CMV IgG	IgG négatif			Info Risque (folder)Hygiène-mains	
5.4. Parvovirus	IgG négatif			Info Risque (folder)Hygiène-mains	
5.5. HIV	Positif			Référer Consultation SIDA	
5.6. Hépatite B Ag A + Ac	Ag + et Ac négatif			Info risque +Bilan hépatique	
	Ag – et Ag - + risque			Vaccin pour les cas à risques	
5.7. Hépatite C Ac	Ac +			Info risque + Bilan hépatique	
5.8. Syphilis VDRL	VDRL +			Contrôle; Avis Mal. Infect.; Traiter	
5.9. Varicelle IgG	IgG négatif			Vaccin	
5.10. Coqueluche	Vaccination > 15 ans			Vaccin	
5.11. Tuberculose	Risque (Ant. / Contact...)			Intradermoréaction	
6. Examen clinique					
6.1. Poids/Taille	BMI 25- 30			Conseils diététiques	
	BMI > 30			Référer diététicienne	
6.2. Gynéco	Plaintes (L/ D/ C/ S)*			Référer gynéco	
	Patiente à risque			Rechercher Chlamydia	
6.3. Tension Artérielle	> 14 / 9			Mise au point Cardio-vasculaire	
7. Biologie - Endocrinologie					
7.1. Glycémie à jeun	> 100			Faire Triangle HG	
7.2. Thyroïde (TSH - T4)	Anormal			Référer endocrinologue	
8. Psychosocial					
8.1. Dépression Périnatale	Risque dépressif			Référer Psychologue	
8.2. Troubles de l'attachement	Population à risque			Soutien à la parentalité (TMS- SF)	
8.3. Précarité/Risque social	Population à risque			Réf. Ass. Sociale/Soutien parentalité	
8.4. Echec de reproduction	Présence d'un échec			Référence Psychologue	
9. Prescription					
9.1. Acide folique	Systématique			Prescription d'acide folique	
9.2. Iode	Pas de problème thyroïdien			Prescription d'I2 systématique	
9.3. Vitamine D3	Systématique			Prescription de Vit D3 +/- Ca++	

Note : Il existe une version informatisée qui découple les fonctions opérationnelles et statistiques.

EXPLICATION DE LA FICHE ET DE SON MODE D'UTILISATION

- > **La 1^{ère} colonne** correspond à l'ensemble des pathologies qu'il convient de dépister, ou aux données anamnestiques, cliniques ou biologiques qu'il faut rechercher. Cette première colonne est subdivisée en 9 grandes rubriques qui correspondent aux différents champs d'investigation en consultation préconceptionnelle : génétique, assuétudes, infections, endocrinologie, etc.
- > **La 2^{ème} colonne** correspond aux critères de normalité/anormalité pour chacun des items définis dans la 1^{ère} colonne.
- > **La 3^{ème} colonne** correspond aux résultats obtenus chez la patiente, par l'anamnèse, l'examen clinique ou les examens biologiques
- > **La 4^{ème} colonne** correspond à la confrontation du résultat obtenu chez la patiente et du critère de normalité/anormalité : un résultat anormal sera « coché » + (positif)
- > **La 5^{ème} colonne** correspond à la liste des actions à mener, pour chacun des items, si le résultat est positif.
- > **La 6^{ème} colonne** correspond à la date à laquelle l'action a été menée.

3. DÉFINITION DES PARAMÈTRES PSYCHO-SOCIAUX

Si les critères concernant les données purement médicales sont simples et faciles à retenir, il en va tout autrement pour les données psychologiques ou sociales, c'est pourquoi, le verso de la fiche comporte une explication des critères de risque psycho-sociaux.

CRITÈRES DE RISQUE DÉPRESSIF

1. Grossesse tardive ou précoce (<18 ans et > 35 ans)
2. Antécédent de deuil périnatal
3. Antécédent de dépression puerpérale
4. Instabilité professionnelle
5. Faible niveau de revenus
6. Isolement social et/ou sentiment de solitude
7. Déracinement culturel
8. Précarité de la relation de couple
9. Mauvaise qualité du réseau social
10. Mauvaise qualité du lien à la mère et/ou au père
11. Événements traumatiques de l'enfance
12. Vécu antérieur d'un échec dans la vie de reproduction
13. Désir de grossesse ou de maternité et non désir d'enfant

LES ÉCHECS DE REPRODUCTION

1. Antécédent de Fausse couche
2. Antécédent de Mort périnatale
3. Malformation congénitale
4. Accouchement prématuré
5. Une hospitalisation pendant la grossesse précédente
6. Un accouchement compliqué : césarienne, manœuvre obstétricale

4. RÉFÉRENCE AU TABACOLOGUE**LE PROBLÈME DU TABAGISME**

« Si quelqu'un te demande de le guérir, commence par lui demander s'il est prêt à supprimer les causes de sa maladie ; alors seulement tu pourras l'aider »

Hippocrate

1. Le nombre de cigarettes fumées quotidiennement n'est pas un bon critère d'« intoxication tabagique », car la façon de fumer diffère beaucoup d'un individu à l'autre : mode d'inhalation, cigarette fumée partiellement ou dans sa totalité...
2. La référence au tabacologue sera fonction de la motivation du patient, quel que soit le nombre de cigarettes fumées par jour.
3. La mesure du CO expiré peut se faire soit systématiquement (fumeurs et non fumeurs), soit chez tous les fumeurs, soit seulement chez les fumeurs peu enclins à voir un tabacologue mais pour qui la quantification de l'intoxication par mesure du CO peut convaincre de l'intérêt de cette consultation de tabacologie.

5. RECOMMANDATIONS POUR LE VOLET PSYCHOSOCIAL DE LA FICHE PRÉCONCEPTIONNELLE :

Lors de l'entretien préconceptionnel, le volet « psychosocial » ne doit pas être abordé au travers d'une approche directive. Il est préférable de privilégier une démarche semi-directive dans laquelle le sujet peut s'exprimer librement et est, au besoin, orienté dans son discours vers l'une ou l'autre thématique.

6. GLOSSAIRE DES CRITÈRES DE RISQUE DÉPRESSIF RÉPERTORIÉS : (NOTE : DPP = DÉPRESSION DU POST-PARTUM)

1. Grossesse tardive et/ou adolescente
Grossesse chez une femme âgée de plus de 35 ans ou de moins de 18 ans.
2. Antécédent de deuil périnatal
Un deuil périnatal a un impact préjudiciable sur le vécu d'une grossesse lui faisant suite.

3. Antécédent de dépression puerpérale

Des antécédents de dépressions de la maternité dans la vie de la femme aujourd'hui enceinte est un facteur de risque bien établi, qu'il s'agisse de la dépression anténatale lors de l'actuelle grossesse ou d'une DPP après une naissance précédente. Par contre, une dépression non puerpérale, dans le parcours de vie de la femme, ne s'avère pas être un critère de risque discriminant pour le développement d'une DPP.

4. Instabilité professionnelle

L'absence d'emploi ne serait pas un critère de risque pour la dépression périnatale. Par contre, l'instabilité de ce dernier ou sa perte suite à l'état de grossesse, et donc la non reprise du travail après le congé de maternité, s'avèrent confirmés par plusieurs études comme un critère de risque significatif.

5. Faible niveau de revenus

Différentes études montrent l'absence d'impact de l'appartenance à une classe sociale particulière, à un niveau éducatif ou culturel spécifiques. Par contre, le niveau de revenu s'avèrerait faiblement, mais significativement, corrélé avec la présence d'une DPP.

6. Isolement social et/ou sentiment de solitude

L'isolement social en tant que donnée objective d'un réseau de soutien quantitativement peu représenté ou le vécu subjectif d'un sentiment de solitude sont des éléments à considérer lors de l'entretien préconceptionnel, visant à repérer des facteurs de risque de dépression dans le champ périnatal.

7. Déracinement culturel

Le déracinement culturel de personnes vivant à distance de leur pays d'origine, et/ou d'appartenance, peut se conjuguer avec une perte de repères, potentiellement source d'une fragilisation psychologique. A cet élément s'ajoute souvent un vécu douloureux de solitude car la distance géographique peut atténuer largement le vécu de soutien par les personnes ayant fait fonction de références étayantes jusque là.

8. Précarité de la relation de couple

Le statut marital est corrélé avec l'apparition d'une DPP. L'isolement ou l'absence de la sécurité du statut de femme mariée seraient des facteurs de risque discriminants. Concernant la relation de couple actuelle, il semble exister une corrélation négative entre la qualité de cette dernière et la présence d'une DPP.

9. Mauvaise qualité du réseau social

Il existe une corrélation importante entre un soutien social médiocre et une dépression périnatale.

10. Mauvaise qualité du lien à la mère et/ou au père

Quel que soit le niveau envisagé (difficultés relationnelles actuelles ou anciennes de la future mère avec sa propre mère ; carences affectives importantes dans le lien à la mère durant les premières années de l'enfance), l'impact d'une défaillance dans la qualité de ce rapport à l'image maternelle est un facteur de risque majeur pour le développement d'une dépression périnatale. Par ailleurs, le lien à l'image paternelle nous semble également un élément d'une grande importance et ne peut donc être omis.

11. Événements traumatiques de l'enfance

La présence de différents types d'abus ou de négligences durant l'enfance a une valeur prédictive quant à la possibilité d'apparition d'une dépression dans le champ périnatal, parce qu'ils sont fragilisants sur le plan psychiatrique et psychologique en général. L'abus sexuel est un facteur de risque supplémentaire.

12. Vécu antérieur d'un échec dans la vie de reproduction

Un vécu subjectif d'échec lors d'une grossesse et/ou d'une période postnatale précédente(s) peut fragiliser une femme dans son vécu actuel de projet d'enfant. Certaines souffrances psychologiques, liées à un événement concret (accouchement avec complications) ou non (blessure narcissique d'une mère s'étant jusque là jugée moins « bonne-mère » qu'elle ne l'aurait souhaité), peuvent ainsi être réactivées.

13. Désir de grossesse ou de maternité et non désir d'enfant

Une grossesse, n'est pas systématiquement initiée par un « désir d'enfant ». Il peut s'agir d'un désir de maternité (la femme est centrée sur le désir de devenir la figure nourricière et omnipotente face à un bébé qui lui reflète le bébé qu'elle a été). Par ailleurs, chez des femmes à l'identité psychologique fragile marquées par un parcours de vie parfois plus difficile, il peut s'agir exclusivement d'un désir de grossesse.

7. RÉFÉRENCES

1. P. Leleux et P. Delvoye, Recueil de données médico-sociales en médecine périnatale à usage local et régional ; Innov. Tech. Biol. Med; vol 9, N°1, pp 38-47, 1988
2. P. Delvoye ; Le Dossier Prénatal ; In la consultation prénatale - *Guide pour un Itinéraire Clinique*, S Alexander, AF Bouvy, F Debiève, P Delvoye, C Kirkpatrick, V Masson, De Boeck Université, sous presses.
3. M.W. O'Hara, L.L Gorman and E.J. Wright, Description and evaluation of the Iowa Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program, Am J Psychiatry,153, pp 645-649, 1996
4. J. Manzano, M. Righetti-Veltema, E. Conne Perreard ; Le syndrome de dépression du pré-partum. Résultat d'une recherche sur les signes précurseurs de la dépression du post-partum ; La Psychiatrie de l'enfant ; vol. 40, no2, pp. 533-552, 1997
5. Dayan J., Dugnat M., Andro G. (1999), Psychopathologie de la périnatalité, Paris : Masson.
6. C. De Tychey, E. Spitz, S. Briançon, ML. Costantini, C. Messembourg, V. De Luigi, M. Vaillant and B. Limousin; Prévalence de la dépression prénatale et stratégies de coping ; Communication au 2e Congrès international de psychologie de la santé de langue française, université de Metz, 26–27 juin 2003.
7. L.R. Bridge, B.C. Little, J. Hayworth, J. Dewhurst, R.G. Priest; Psychometric ante-natal predictors of post-natal depressed mood; Journal of psychosomatic research; vol. 29, no3, pp. 325-331; 1985.
8. E.P. Mills, G. Finchilescu, S.J. Lea; Postnatal depression: an examination of psychosocial factors; SAMJ. South African medical journal ; vol. 85, no2, pp. 99-105, 1995
9. D. Murray, J.L Cox, G. Chapman and P. Jones; Childbirth: life event or start of a long-term difficulty? Further data from the Stoke-on-Trent controlled study of postnatal depression; *The British Journal of Psychiatry*, vol. 166: pp. 595-600, 1995
10. R. Warner, L Appleby, A. Whitton and B. Faragher; Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity; *the British Journal of Psychiatry*; vol. 168: 607-611, 1996

11. A. Guedeney, C. Bungener, D. Widlocher; Le post-partum blues: une revue critique de la littérature ; *La Psychiatrie de l'enfant* ; vol. 36, no1, pp. 329-354, 1993
12. M.W. O'Hara, J.A. Schlechte, D.A. Lewis, E.J. Wright ; Prospective study of postpartum blues : biologic and psychosocial factors; *Archives of general psychiatry*; vol. 48, no9, pp. 801-806, 1991
13. V. Bastien, M. Braconnier, C. de Tychev ; Dépression postnatale facteurs de risque et modalités de prévention : Nostalgies ; *Evolution psychiatrique* ; vol. 64, no2, pp. 289-307, 1999
14. B. Wickberg, CP. Hwang ; Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample ; *Acta Psychiatr. Scand.* ; vol 95, n° 1: pp. 62-66. 1997
15. T. Lempérière ; Problems posed to general practitioners by the diagnosis and treatment of depression; *Ann. Med. Psychol.*; vol. 142, n° 4:pp. 493-499, 1984
16. J. Briere; Methodological Issues in the Study of Sexual Abuse Effects ; *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 60. No. 2,196-203, 1992
17. A. Bifulco, GW. Brown, P. Moran, C. Ball, C. Campbel; Predicting depression in women : the role of past and present vulnerability; *Psychol Med*; vol. 28, n° 1, pp. 39-50, 1998

CHAPITRE 5 - Ressources à disposition

1. LA SITUATION EN BELGIQUE ET LE RÔLE DE L'ONE

En Belgique, il existe peu de consultations préconceptionnelles organisées. Les « soins » préconceptionnels (conseils, examen clinique, sérologie, prescription de folates) sont uniquement des soins d'« opportunité », à l'occasion d'une visite chez le médecin généraliste ou chez le gynécologue ou lors des consultations de planning familial par exemple.

Si la consultation prénatale a déjà permis le dépistage de nombreuses maladies affectant le jeune enfant, plusieurs affections pourraient bénéficier d'une prévention primaire (avant l'apparition de la maladie) si les soins adéquats ou les conseils utiles étaient dispensés AVANT le début d'une grossesse (1, 2, 3).

De plus, nous observons beaucoup d'attitudes différentes dans ce domaine. Or, il existe actuellement beaucoup d'études basées sur l'évidence qui démontrent l'intérêt et l'efficacité de toute une série de pratiques (4).

En Belgique, dans les années nonante, à l'initiative de Mme D. Leclair, Administratrice Générale de l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance) et du Dr H. Thoumsin, Conseiller Médical à l'ONE, une première initiative a vu le jour. Mais faute de moyens, cette action est restée limitée à la publication d'une revue « Un enfant, bientôt », destinée tant au personnel des consultations de l'ONE qu'aux parents ou futurs parents qui fréquentent ces consultations.

En 2004, dans le cadre d'un vaste projet de réactualisation des consultations prénatales, l'ONE a initié une campagne de promotion de la consultation préconceptionnelle.

La première étape a consisté en la création d'outils : des dépliants (folders), des affiches, un spot télévisé pour l'émission de l'ONE « Air de famille ». Les guidelines ont été rédigés en consensus avec le collège des Conseillers médicaux gynécologues de l'ONE. Une lettre aux professionnels de santé ainsi qu'aux Centres de PF et aux PSE accompagnait les guidelines. Enfin, le site web de l'ONE (www.one.be) intègre désormais une rubrique « la consultation préconceptionnelle » où le lecteur peut retrouver les guidelines ainsi que le texte des émissions TV ou des résumés de communications à des congrès.

La plupart de ces outils ont été pré-testés par les membres du comité et testés auprès d'un groupe de travailleurs sociaux de l'ONE.

La campagne de promotion et de sensibilisation de l'ONE est décrite dans deux publications (5, 6), ainsi que l'établissement de guidelines réalisés en partenariat avec le Groupement des Gynécologues-Obstétriciens de Langue Française de Belgique (GGOLFB) avec la perspective de voir s'instaurer les recommandations élaborées (voir ci-dessus). Récemment une association de fait s'est créée : Procop, « Groupe de réflexion et d'action pour la Promotion de la Consultation préconceptionnelle et de la Santé préconceptionnelle ».

En octobre 2010, l'ONE a organisé le premier colloque sur les soins et la santé préconceptionnelle à Bruxelles. Il a réuni 300 personnes venues du monde entier.

Le colloque était structuré autour de sessions plénières et de breakout sessions ayant pour sujet divers thèmes en lien avec la santé préconceptionnelle, tels que l'acide folique, la génétique, l'environnement, les assuétudes...

Ces différentes sessions ont permis de rédiger une trentaine de recommandations qui ont été transmises aux différents gouvernements de l'Union européenne et plus particulièrement aux ministres de la santé.

RECOMMANDATION :

Attendu que :

- La plupart des progrès en néonatalogie seront observés si nous portons un intérêt accru à la Santé Préconceptionnelle (SPC) et à la Consultation Préconceptionnelle (CPC), dans une optique de développement durable ;
- La première cause de mortalité et de morbidité périnatales sont les « anomalies de naissance » (en ce compris la prématurité, les anomalies congénitales, les bébés de petits poids et les troubles neuro-développementaux) ;
- Ces pathologies peuvent en grande partie être prévenues si l'on agit le plus tôt possible, c'est-à-dire le plus souvent avant la conception ;
- Les anomalies congénitales surviennent très tôt pendant la grossesse avant même que les femmes, pour la plupart d'entre elles, n'apprennent leur état de grossesse ;
- Beaucoup d'aspects de la SPC sont en dehors du champ d'action des prestataires de soins mais se situent en amont et doivent être pris en considération non seulement par le ministère de la santé mais aussi par d'autres ministères ;
- La SPC n'est pas limitée aux quelques mois qui précèdent la conception mais recouvre toute la vie de reproduction de la femme et de l'homme ;
- La santé est le fondement du progrès social et la SPC est la base de la santé de son futur enfant en devenir d'adulte.

Prenant en compte :

- Les données épidémiologiques concernant les anomalies congénitales ;
- Les résultats des recherches en « Evidence Based Medicine » concernant les actions efficaces à mener en période préconceptionnelle ;
- Le fait que beaucoup d'actions pour promouvoir la SPC sont en dehors du champ d'action des prestataires de soins, mais se situent souvent en amont.

Les participants au 1^{er} Congrès Européen sur les « Soins Préconceptionnels et la Santé Préconceptionnelle », qui s'est tenu à Bruxelles du 6 au 9 octobre 2010, suggèrent aux Gouvernements de l'Union Européenne, et aux Ministres de la Santé en particulier, les recommandations suivantes :

Comme recommandations générales :

1. Soutenir toute action de promotion en faveur de la santé préconceptionnelle (par exemple l'organisation d'une semaine ou d'une journée de la SPC en Europe).
2. Favoriser et soutenir la réalisation d'outils pour informer les prestataires de soins de l'importance de la SPC et de la CPC et fournir aux prestataires de 1^{ère} ligne des guides d'attitudes pour la CPC.
3. Favoriser et soutenir la réalisation d'outils pour toute la population en âge de reproduction afin de l'informer de l'importance de la CPC.
4. Introduire la CPC parmi les missions des Centres de Planning Familial (CPF) et favoriser toute approche interdisciplinaire ou intégrée de la CPC
5. Modifier les curricula d'études des médecins et des sages-femmes pour y introduire la SPC à la fois dans la formation de base et la formation continue.

6. Inclure la SPC dans toutes les stratégies politiques qui s'attaquent à des déterminants majeurs de la santé (Tabac, Alcool, Obésité,...) et la promouvoir à l'École en particulier.
7. Favoriser toute action politique visant à réduire les inégalités sociales, un des déterminants essentiels de la santé en général.
8. Faciliter l'accès aux services de CPC pour toute la population, dans le cadre d'un service universel (en augmentant par exemple la couverture d'Assurance Santé).
9. Soutenir les Associations de Parents et de Patients qui ont une position idéale pour informer les futurs parents sur les choix éclairés et les mesures préventives à adopter dans le cadre d'une synergie avec la solidarité socio-économique pour les enfants handicapés.
10. Adopter la Résolution de l'OMS sur les Anomalies de Naissance (Birth Defects)

Comme recommandations spécifiques :

Acide folique*

1. Avoir un consensus entre les différents gouvernements européens concernant l'enrichissement de la farine en acide folique (Flour Fortification), dont les effets ont été prouvés et qui constitue la méthode la plus efficace pour réduire le taux d'anomalies du tube neural, une des affections congénitales les plus fréquentes (et/ou favoriser dans chaque pays la mise en oeuvre de programmes sur les micronutriments en préconceptionnel).

Maladies chroniques et endocriniennes

2. Sensibiliser les endocrinologues, neurologues et les autres prestataires qui prescrivent des médicaments potentiellement tératogènes :
 - a. Sur l'importance des soins préconceptionnels et sur le fait que toute femme en âge de reproduction est susceptible de devenir enceinte à tout moment.
 - b. Sur l'importance d'une prise en charge rigoureuse d'affections telles que l'épilepsie, le diabète, l'obésité ou les anomalies thyroïdiennes surtout en période préconceptionnelle.

Immunisation

3. Assurer les vaccinations de tous les bébés et des enfants.
4. Informer les médecins et les femmes en âge de reproduction de l'importance de connaître leur statut vaccinal et les vacciner, si nécessaire, avant toute grossesse (rubéole, coqueluche, varicelle, hépatite B dans les populations à risque).
5. Recommander la vaccination antigrippale si une grossesse est planifiée pendant la période épidémique.
6. Faire des campagnes sur l'importance de se laver les mains (prévention du CMV, p.e.).
7. Informer les médecins sur l'importance de s'informer sur les risques professionnels et les possibilités de voyage à l'étranger et fournir les vaccins en conséquence.
8. Favoriser la vaccination des adolescents (par le biais de la médecine scolaire entre autre, par exemple pour le rappel contre la coqueluche).

* L'acide folique 0,4 mg peut faire l'objet d'une prescription magistrale mais le recours aux préparations commerciales est actuellement moins onéreux.

(par exemple : Folavit : 7,06€ / 90 comprimés - Foliphar : 7,19€ / 84 comprimés - Mithrapholic : 8,50€ / 84 comprimés) (prix indicatif 2011)

9. Promouvoir toute stratégie qui tend à mettre en oeuvre la vaccination préconceptionnelle des femmes là où les infrastructures existent.

Principes fondamentaux, recherches, Evidence Based Medicine (EBM)

10. Favoriser et conduire les recherches sur la CPC, à la fois sur les causes des « échecs de reproduction » et sur l'efficacité des actions à mener en CPC (EBM).
11. Identifier au niveau de chaque pays des personnes responsables qui puissent conduire les actions à mener dans ce domaine (recherche, recherche opérationnelle, actions concrètes).
12. Favoriser et soutenir la mise en oeuvre de Registres sur les « échecs de reproduction ».

Nutrition

13. Favoriser toutes les actions qui luttent contre une prise de poids excessive (alimentation équilibrée, activité physique, sport, y compris chez la femme enceinte).
14. Augmenter les mesures de surveillance de la chaîne alimentaire.
15. Favoriser l'éducation nutritionnelle à l'école, dans les médias,...

Aspects psychosociaux

16. Ne pas négliger les troubles psychiatriques qui font partie intégrante de la CPC, celle-ci pouvant aider le praticien à identifier les stratégies pour réduire les complications liées aux troubles psychiatriques.
17. Informer et Sensibiliser les praticiens sur l'importance d'un dépistage des troubles psychosociaux pendant la grossesse et le post-partum (pour qu'ils puissent dépister et traiter les femmes avant la grossesse et entre les grossesses : consultation inter-conceptionnelle) :
 - a. La grossesse et le post-partum sont des périodes à haut risque pour l'apparition de symptômes psychiatriques.
 - b. Le stress (anxiété, dépression) pendant la grossesse a des effets à court et long terme sur le devenir du bébé.
 - c. Les aspects psycho-sociaux devraient être inclus dans les consultations de Planning Familial car les CPF offrent une opportunité pour prévenir la dépression du post-partum et ses complications, y compris la prévalence de dépressions dans la génération future.
18. Aider les praticiens à reconnaître les populations vulnérables afin de les soutenir dans leur parentalité future.

Génétique

19. Assurer avec opportunité un accès à des services de génétique reconnus, accrédités et de haute qualité.
20. Faciliter le dépistage de porteurs sains en CPC à l'intérieur d'un système de soins de santé publique.
21. Faciliter l'accès à la littérature sur la génétique à la fois chez les professionnels et dans le grand public.

Assuétudes (Tabac, Alcool, Drogues)

22. Favoriser les campagnes contre le tabac et l'alcool, principalement en période préconceptionnelle.
23. Mettre en oeuvre des centres de consultations d'aide au sevrage tabagique.
24. Favoriser toute action ciblée sur les adolescents pour les informer des risques liés à la consommation de drogues.
25. Être informé de, et éviter, toute forme de lobbying de l'industrie du tabac auprès des décideurs politiques.

Environnement

26. Promouvoir des recherches, non seulement sur les êtres vivants mais aussi sur l'environnement, dans une approche de développement durable concernant les générations futures (une attention particulière devrait être donnée aux pesticides).
27. Faciliter toute action de promotion en vue d'un environnement sain, en ce compris l'information sur les produits potentiellement dangereux (biologiques, chimiques ou physiques).
28. Proposer des lois pour assurer un environnement sain sur les lieux du travail et dans les lieux publics.
29. Constituer des Comités Indépendants qui puissent informer les gouvernements sur les risques environnementaux en lien avec la santé de reproduction (après une évaluation de la validité des informations).
30. Faciliter un accès libre à l'information concernant les risques environnementaux et occupationnels.

2. CONSEILS AVANT D'ENVISAGER UNE GROSSESSE

1. S'assurer par une *prise de sang* :

- *que l'on est protégée vis-à-vis*
 - de la RUBEOLE
 - de la TOXOPLASMOSE
 - du CMV (cytomégalovirus)
 - et de la VARICELLE
- *de l'absence de certaines infections*
 - l'HIV (virus du Sida)
 - la Syphilis
 - et les Hépatites B et C
- *de la normalité de la fonction THYROIDIENNE*
- *de l'absence de DIABETE*
- *et, dans certains cas, de l'absence de maladies génétiques (à transmission héréditaire)*



- Si vous n'êtes pas protégée vis à vis de la **RUBEOLE** ou de la **VARICELLE** (immunité négative) : **FAIRE UN VACCIN**
- Si vous n'êtes pas protégée vis à vis de la **TOXOPLASMOSE** ou du **CMV**, certaines mesures préventives seront de mise pendant la grossesse :
Bien cuire la viande et les légumes. Eviter les contacts avec les chats.
- **Toujours bien se laver les mains.**
- S'assurer que vous êtes vaccinée vis-à-vis de la coqueluche et du tétanos

2. Dès que l'on envisage une grossesse, prendre un **supplément de VITAMINES en particulier de L'ACIDE FOLIQUE et de L'IODE** (avant, pendant et après la conception).

3. Eviter de consommer de **L'ALCOOL OU DE FUMER** dès le début de la grossesse.

4. Eviter de prendre des **MEDICAMENTS** ou de faire des **RADIOGRAPHIES** ou d'être en contact avec des **produits toxiques en 2ème moitié de cycle** (après le 14^{ème} jour), une grossesse étant toujours possible.

- *Après l'arrêt de la pilule ou le retrait d'un dispositif intra-utérin (DIU), il n'y a pas intérêt à attendre 3 mois : on peut envisager une grossesse dès le premier cycle après l'arrêt de la pilule ou le retrait du DIU.*
- *Après l'arrêt de la pilule, le premier cycle est souvent plus long, car la première ovulation est retardée. Il est donc inutile de consulter si l'on a un retard de quelques jours seulement, le premier cycle après l'arrêt de la pilule. Par la suite, les cycles redeviennent réguliers, de 28 jours en général.*

3. LES PUBLICATIONS DE L'ONE

L'une des missions premières de l'ONE consiste à informer au mieux les parents et futurs parents.

A cette fin, des brochures traitant de divers thèmes sont régulièrement éditées à l'usage du plus large public à titre entièrement gratuit.

Vous pouvez commander les différentes publications de l'ONE en vous rendant sur notre site www.one.be et en cliquant sur l'onglet « publications ».



4. RÉFÉRENCES

1. Atrash HK, Johnson K, Adams M, Cordero JF, et al. Preconception care for improving perinatal outcomes : the time to act. *Maternal and Child Health Journal*. 2006; 10 : S3-S11
2. Atrash HK. Missed Opportunities to Improve Perinatal Outcomes: Preconception Health and Health Care. *Public Health Without Border*, American Public Health Association, 136th annual meeting, San Diego, oct 2008
3. Moos MK. Preconceptional Health Promotion. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*. 2004; 18(1) : 2-13
4. Johnson K, Posner SF, Bierman J. Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care - United States. *CDC MMWR Recommendations and Reports*. 2006 ; 55 : 1-23
5. Ebrahim S, Lo SST, Zhuo J, Han JH, Delvoye P, Zhu L. Models of Preconception Care Implementation in Selected Countries. *Maternal and Child Health Journal*. 2006 ; 10 : S37-S42
6. Health Council of the Netherlands. *Preconception Care: a good beginning*, publication N° 2007/19E., The Hague, 2007.

Pr P. Delvoye

- Chef de Service Honoraire de Gynécologie-Obstétrique de la l'Hôpital d'ATH
- Maître de stage en Gynécologie Obstétrique et chargé de cours en Ethique et Développement à l'Université Libre de Bruxelles.
- A réalisé de multiples missions à l'étranger dans le cadre de la santé de la reproduction et la régulation des naissances.
- Conseiller Gynécologue Honoraire auprès de l'Office de la Naissance et de l'Enfance.
- Auteur et co-auteur de nombreux ouvrages.
- Initiateur en 2010 du Premier Colloque Européen de Santé Préconceptionnelle.

Editeur responsable : Benoît Parmentier - Chaussée de Charleroi, 95 - 1060 Bruxelles
N° D/2011/74.80/77

