



## PRÉVENTION AU PREMIER TRIMESTRE DE LA GROSSESSE : PERSPECTIVE DES PROFESSIONNELS

[Sophie Cot](#), [Delphine Durand](#), [Sandrine Daniel](#), [Stéphanie Paris](#), [Isabelle Millot](#),  
[Christine Binquet](#)

S.F.S.P. | « Santé Publique »

2022/1 Vol. 34 | pages 71 à 85

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.221.0071

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-1-page-71.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Prévention au premier trimestre de la grossesse : perspective des professionnels

## *Prevention in the first trimester of pregnancy: a professional perspective*

Sophie Cot<sup>1</sup>, Delphine Durand<sup>2</sup>, Sandrine Daniel<sup>3</sup>, Stéphanie Paris<sup>4</sup>, Isabelle Millot<sup>2</sup>, Christine Binquet<sup>3</sup>

### ➔ Résumé

**Introduction :** L'environnement et les conditions de vie des parents durant la période des « 1 000 premiers jours » influencent les trajectoires de santé des enfants à court et long terme. Les professionnels de santé réalisant le suivi de grossesse ont une place importante pour conseiller les futurs parents dans l'adoption de comportements favorables à la santé. Il apparaissait nécessaire de décrire les messages de prévention transmis précocement par les professionnels de santé pendant la grossesse.

**But de l'étude :** Identifier les messages de prévention délivrés systématiquement au premier trimestre de grossesse et déterminer la priorisation accordée par les professionnels (sages-femmes, obstétriciens, généralistes) de Bourgogne-Franche-Comté.

**Résultats :** Les messages de prévention sur le risque infectieux étaient abordés par 96,5 % des répondants, et ceux sur les conduites à risque et addictions par 93,7 %. L'équilibre alimentaire et activités sportives (78,5 %), et les risques de la vie quotidienne (47,1 %) étaient moins évoqués. Les messages que les professionnels de santé déclaraient transmettre aux femmes enceintes de manière systématique sont globalement ceux qu'ils jugeaient prioritaires. Cette priorité variait en fonction de la profession. Concernant les supports d'information, la majorité des répondants n'en utilisaient aucun. Ils s'accordaient sur l'importance d'un support d'information papier, et près de deux tiers souhaitaient pouvoir s'appuyer sur un support numérique (62,6 %).

**Conclusion :** La co-construction d'un support d'information répondant à la fois aux besoins des femmes enceintes et à ceux des professionnels de santé, et validé par les instances de santé, participerait à une meilleure promotion des comportements favorables à la santé par les femmes enceintes, en favorisant l'empowerment dès le début de la grossesse.

**Mots-clés :** Grossesse ; Message de prévention ; Priorité des professionnels ; Sage-femme ; Médecin généraliste ; Gynécologue-obstétricien.

### ➔ Abstract

**Introduction:** The environment and living conditions of parents during the "first 1000 days" period influence the short- and long-term health trajectories of children. Professionals following pregnancies play an important role in advising future parents to adopt health-promoting behaviors. It appeared necessary to describe the prevention messages transmitted by professionals early in pregnancy.

**Objectives:** To identify the prevention messages systematically delivered during the first trimester of pregnancy and determine the degree of priority that professionals (midwives, obstetricians, general practitioners) of Bourgogne-Franche-Comté give to them.

**Results:** Prevention messages on infectious risk were addressed by 96.5% of respondents, and those on risk behaviors and addictions by 93.7%. Dietary balance and sports activities (78.5%), as well as risks in the daily life (47.1%) were less delivered. The messages that professionals declared to be delivered systematically to pregnant women during the first trimester were generally those that they considered to be priorities. There were some differences depending on the professional. Regarding information media, the majority of respondents did not use any. They agreed on the importance of a paper-based information medium and wished to be able to rely on a digital medium (62.6%).

**Conclusion:** The co-construction of support that meets the needs of both women and professionals and that is validated by health authorities would contribute to better consideration and promotion of health-promoting behaviors by parents, by promoting empowerment of women and couples from the beginning of pregnancy.

**Keywords:** Pregnancy; Prevention message; Healthcare professional priorities; Midwife; General practitioners; Obstetricians.

<sup>1</sup> Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (Ireps BFC) – Besançon – France.

<sup>2</sup> Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (Ireps BFC) – Dijon – France.

<sup>3</sup> Inserm, CIC1432, module épidémiologie clinique / CHU Dijon-Bourgogne CIC – Dijon -France.

<sup>4</sup> Université de Bourgogne-Franche-Comté – Besançon – France.

## Introduction

La période des « 1000 premiers jours », de la conception de l'enfant jusqu'à ses deux ans, représente une fenêtre critique dans la construction du capital santé de chacun [1]. Depuis les années 1970, une politique structurante de périnatalité reposant sur trois plans successifs a été mise en place [2, 3]. Cette politique prend en compte l'environnement et les conditions de vie des parents et futurs parents, qui peuvent influencer positivement ou négativement les trajectoires de santé des enfants à court et long terme [4]. Les enquêtes périnatales de 2010 et 2016 soulignent une augmentation de certains facteurs de risque chez les femmes enceintes, tels que l'âge maternel, le surpoids et l'obésité, ainsi que des améliorations notables à développer en matière de prévention pour permettre d'assurer très précocement *les meilleures conditions du développement biologique, physique, émotionnel et cognitif des enfants*, afin de leur permettre d'atteindre leur potentiel en termes de santé sur le long terme [5, 6]. Les professionnels de santé, médecins généralistes, sages-femmes, et gynécologues-obstétriciens, ont un rôle important pour accompagner et conseiller les femmes dans l'adoption de comportements favorables à leur santé et celle de leur futur enfant [7, 8]. Pour cela, il est recommandé d'agir au plus tôt pendant la grossesse, voire dès la période pré-conceptionnelle [8, 9]. Les recommandations pour le suivi de la grossesse sont clairement établies par la Haute Autorité de Santé (HAS) et, depuis 2005, les messages de prévention à délivrer sont explicités [9, 11]. Le guide « Comment mieux informer les femmes enceintes ? » est destiné à l'ensemble des professionnels de santé. Il peut servir de trame lors du suivi de grossesse, tout en laissant les professionnels de santé libres de prioriser et de personnaliser les informations délivrées selon le parcours des femmes et en fonction de leur expérience professionnelle [11]. Les professionnels impliqués dans le suivi de la grossesse travaillent dans un contexte d'augmentation de l'activité, de raccourcissement du temps de consultation ainsi que de développement de l'interprofessionnalité [12, 13] ; il paraît donc important d'étudier les messages de prévention délivrés par chaque professionnel de santé dans leur pratique quotidienne ainsi que leur perception du niveau de priorité accordé à chaque message. En effet, cela permettrait d'envisager, dans un esprit de co-construction, les supports d'information qui pourraient répondre à leurs attentes et à améliorer l'information des femmes enceintes et leur adoption de comportements favorables. Notre objectif principal était ainsi

d'identifier les messages de prévention délivrés systématiquement au premier trimestre de la grossesse, en pratique courante, par les professionnels réalisant le suivi de grossesses en Bourgogne-Franche-Comté (sages-femmes, gynécologues/obstétriciens, médecins généralistes). Les objectifs secondaires étaient d'identifier les messages de prévention considérés comme prioritaires et d'appréhender la diversité des informations délivrées. Il s'agissait également d'identifier les supports d'information utilisés et les besoins exprimés par les professionnels de santé.

## Matériels et méthodes

Une étude transversale a été réalisée, du 21 avril au 16 juin 2020, auprès de l'ensemble des gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes et sages-femmes de Bourgogne-Franche-Comté. L'étude s'appuyait sur un questionnaire commun à l'ensemble des professionnels de santé, accessible en ligne via la plateforme Limesurvey (Version 2.65.0 + 170502), élaboré par un groupe de travail multidisciplinaire, intégrant gynécologue-obstétricien, médecin généraliste, sage-femme et spécialistes de santé publique et en sciences de la communication. Ce questionnaire a ensuite été testé par une quinzaine de professionnels de terrain, avant de parvenir à sa version finale (Annexe I). Il comprenait, dans une première partie, des questions relatives aux messages de prévention abordés systématiquement au 1<sup>er</sup> trimestre (risques infectieux, alimentation et activité physique, conduites à risque et addictions, risques de la vie quotidienne) et à la perception du niveau de priorité pour chacun des items (entre 0 et 10 ; 10 correspondant au plus haut niveau de priorité). Une seconde partie comprenait des questions sur les supports d'information utilisés par les professionnels de santé et leurs besoins éventuels en termes de types de support (site en ligne, application, document papier) et de thématiques à aborder. Le questionnaire abordait également la profession des répondants, leur type d'activité (hospitalier, libéral ou mixte), le nombre d'années d'exercice et le caractère urbain ou rural de leur pratique. Le classement des espaces ruraux *versus* urbains a été réalisé à partir de la classification des communes de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). La diffusion du questionnaire auprès des 225 gynécologues-obstétriciens et des 954 sages-femmes de la région a été assurée par les réseaux de périnatalité de la région Bourgogne-Franche-Comté (BFC), ainsi que par les ordres départementaux des

sages-femmes. Les sages-femmes cadres et les chefs de pôles d'obstétrique des centres hospitaliers de BFC ont également été contactés pour relayer le questionnaire auprès de leurs équipes. L'Union régionale des professionnels de santé (URPS) et les départements de médecine générale de la région ont permis de diffuser l'enquête à 1 868 des 3 575 médecins généralistes de la région [14].

Les variables qualitatives ont été décrites en termes de pourcentage ; les données quantitatives en termes de médiane et d'intervalle interquartile de façon globale, puis en fonction de la profession des répondants, de l'ancienneté de leur formation et de leur mode d'exercice. Les tests statistiques utilisés étaient le test de Chi-deux de Pearson (ou le test exact de Fisher selon les conditions d'application), pour les variables qualitatives, et le test non paramétrique de Kruskal-Wallis pour les variables quantitatives. Un  $p < 0.05$  était considéré comme significatif. Les analyses statistiques ont été réalisées avec les logiciels EpiInfo (version 7.2.3.0) et Stata v15.0 (Stata Corp LLC, College Station, TX, USA).

## Résultats

Sur les 553 questionnaires réceptionnés, 33 n'étaient pas complétés et n'ont donc pas été pris en compte pour l'analyse. Parmi les 520 professionnels de santé dont les réponses ont pu être analysées, 108 (20,5 %) n'ont pas précisé leur situation professionnelle. Parmi les autres répondants ( $n = 412$ ), 33 (6,3 %) étaient gynécologues-obstétriciens, 127 (24,4 %) médecins généralistes et 252 (48,5 %) sages-femmes. Les taux de participation étaient donc respectivement de 14,6 %, 6,8 % et 26,4 %, selon le type de répondants [14].

Les répondants étaient majoritairement des femmes (79,1 %) et, en majorité, diplômés depuis plus de 10 ans (tableau I). Plus de la moitié de la population avait une activité libérale. Les professionnels salariés exerçaient principalement en centre hospitalier. Les départements de la région BFC étaient tous représentés. Les territoires d'exercice étaient majoritairement urbains (79 % des 371 professionnels ayant complété le code postal du lieu d'exercice).

Parmi les 520 professionnels de santé ayant répondu au questionnaire, 458 (88,1 %) recevaient des femmes enceintes au premier trimestre de leur grossesse. Parmi eux, 16,8 % ( $n=77$ ) n'abordaient pas la prévention de façon systématique lors du premier trimestre, mais 22 % ( $n=17$ ) d'entre eux avaient cette discussion lors d'une autre

consultation. Parmi les gynécologues-obstétriciens et sages-femmes, 10,3 % orientaient les femmes enceintes ou déléguaient cette mission à un collègue. Le manque de temps n'était évoqué que par 1,2 % des répondants.

## Les risques infectieux

Les risques infectieux étaient systématiquement abordés par plus de 90 % des professionnels de santé interrogés, et cela quelle que soit la profession (tableau II). Les messages de prévention portant sur la toxoplasmose étaient ancrés dans les discours (plus de 99 %), tout comme ceux portant sur la listériose (88 %). Les risques saisonniers (dont la grippe) étaient abordés par plus de la moitié des professionnels de santé, et la prévention du cytomégalovirus (CMV) par plus de 20 %, sans mise en évidence d'une différence significative entre les professions pour ces items. Cependant, pour la salmonellose, abordée par un tiers des professionnels, les sages-femmes semblaient plus facilement l'évoquer que les médecins généralistes, qui eux-mêmes l'abordaient plus que les gynécologues-obstétriciens ( $p=0,049$ ). De plus, les risques infectieux étaient significativement plus évoqués par les professionnels exerçant en milieu urbain (100 % vs 96,1 % en milieu rural,  $p=0,009$ ) et par ceux exerçant en libéral (94,9 % vs 61,8 % pour les salariés ;  $p < 0,001$ ). La période de recueil des données coïncidant avec la 1<sup>re</sup> vague épidémique de COVID-19, des praticiens (essentiellement médecins généralistes) ont évoqués spécifiquement cette infection comme étant intégrée dans leurs messages de prévention dès le 1<sup>er</sup> trimestre (2,7 %).

Concernant la priorisation accordée au risque infectieux, 92,9 % des répondants le percevaient comme un sujet à aborder en priorité lors du premier trimestre de la grossesse (tableau III). Le niveau d'importance perçu pour chacun des messages de prévention était assez semblable en fonction de la profession : un niveau d'importance élevé pour la toxoplasmose et la listériose, et un niveau d'importance moyen pour les risques saisonniers et le CMV (tableau IV). La salmonellose était considérée de façon significativement différente entre les groupes ( $p=0,001$ ). L'importance était moyenne pour les sages-femmes et médecins généralistes (médiane=6/7) et moindre pour les gynécologues-obstétriciens (médiane=3). L'analyse par sous-groupes a montré que les professionnels exerçant en libéral étaient significativement plus nombreux à considérer le risque infectieux comme prioritaire (92,4 % vs 67 % pour les salariés,  $p < 0,001$ ). À l'inverse de la tendance observée plus haut où les répondants travaillant en milieu

Tableau I : Caractéristiques des professionnels de santé ayant précisé leur profession (enquête BFC 2020 ; n = 412)

	Total (n = 412)		Gynécologue- Obstétricien (n = 33)		Médecin généraliste (n = 127)		Sage-femme (n = 252)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sexe</b>								
Masculin	86	20,9	7	21,2	74	58,3	5	2,0
Féminin	326	79,1	26	78,8	53	41,7	247	98,0
<b>Ancienneté du diplôme</b>								
<5 ans	82	20,0	12	36,4	25	19,7	45	17,8
5-10 ans	69	16,7	5	15,1	32	25,2	32	12,7
10-20 ans	118	28,6	6	18,2	37	29,1	75	29,8
>20 ans	143	34,7	10	30,3	33	26,0	100	39,7
<b>Mode d'exercice</b>								
Salarié	174	42,2	20	60,6	4	3,1	149	59,1
<i>Centre hospitalier</i>	152	36,9	18	54,5			134	53,2
<i>Centre périnatal de proximité</i>	9	2,2	2	6,1	0	-	1	0,4
<i>Protection maternelle et infantile</i>	11	2,7	0	-	0	-	11	4,4
Libéral	209	50,7	6	18,2	120	94,5	83	32,9
Mixte	27	6,5	7	21,2	3	2,4	17	6,7
<b>Département d'exercice</b>								
Doubs	120	29,7	9	27,3	45	35,4	66	26,2
Côte d'or	90	22,3	8	24,2	26	20,5	56	44,1
Saône et Loire	60	14,8	8	24,2	17	13,4	35	27,5
Yonne	39	9,6	1	3,0	5	3,9	33	26,0
Jura	30	7,4	0	0,0	15	11,8	15	11,8
Haute Saône	32	6,7	2	6,1	12	9,4	12	9,4
Territoire de Belfort	21	5,2	2	6,1	3	2,4	16	12,6
Nièvre	11	2,7	1	3,0	3	2,4	7	5,5

urbain étaient plus nombreux à aborder systématiquement le risque infectieux, ils étaient moins nombreux à le considérer comme prioritaire par rapport à ceux exerçant en milieu rural (77,8 % vs 93,6 %,  $p=0,002$ ).

### Les conduites à risques et addictions

Les conduites à risque et addictions étaient abordées par plus de 90 % des professionnels de santé, en particulier par les médecins généralistes et les sages-femmes, qui l'évoquaient davantage que les gynécologues-obstétriciens

( $p=0,001$ ) (tableau II). La prévention de la consommation tabagique était évoquée à plus de 99 %, et la consommation d'alcool à plus de 90 % par l'ensemble des professionnels de santé. La consommation de drogues et l'automédication étaient des sujets plus marginaux. Les sages-femmes n'étaient que 20 % à déclarer ne pas informer sur la consommation de drogues, alors que ce taux montait à plus de 30 % pour les médecins généralistes et à plus de 50 % pour les gynécologues-obstétriciens ( $p<0,0001$ ). L'automédication était abordée par plus de 90 % des médecins généralistes, alors qu'elle était moins évoquée par les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens ( $p<0,001$ ).

Tableau II : Items de prévention abordés systématiquement lors du premier trimestre, (enquête BFC 2020 ; n = 453)

	Total		Gynécologue- Obstétricien (n= 30)		Médecin généraliste (n= 124)		Sage-femme (n= 191)		P <sup>1</sup>	Profession non précisée (n=108)		P <sup>2</sup>
	n	%	n	%	n	%	n	%		n*	%	
<b>Les risques infectieux (n=397)</b>	383	96,5	28	93,3	120	97,6	185	96,9	0,493	49/52	94,2	0,538
Toxoplasmose	374/375	99,7	28/28	100	120/121	99,2	185/185	100,0	0,414	41/41	100	0,551
Salmonellose	138/375	36,8	5/28	17,9	47/121	38,8	78/185	42,2	0,049	8/41	19,5	0,007
Listériose	331/375	88,3	26/28	92,9	105/121	86,8	166/185	89,7	0,569	34/41	82,9	0,505
CMV	87/375	23,2	11/28	39,3	23/121	19,0	41/185	22,2	0,068	10/41	24,4	0,143
<b>Risques infectieux saisonniers</b>	199/375	53,1	13/28	46,4	62/121	51,2	99/185	53,5	0,762	25/41	61,0	0,636
Autres (dont COVID-19)	28/375	6,8	3/28	9,0	18/121	14,1	7/185	2,8	0,002	1/41	2,4	0,002
<b>Les conduites à risques et addictions (n=396)</b>	371	93,7	25	83,3	119	96,0	184	96,3	0,008	43/51	84,3	0,001
Tabac	362/365	99,2	25/25	100,0	118/119	99,2	182/184	98,9	0,861	37/37	100,0	0,880
Alcool	342/365	93,7	24/25	96,0	115/119	96,6	171/184	92,3	0,363	32/37	86,5	0,144
Drogues	243/365	66,6	17/25	68,0	57/119	47,9	149/184	81,0	<0,001	20/37	54,0	<0,001
Automédication	231/365	63,3	9/25	36,0	109/119	91,6	95/184	51,6	<0,001	18/37	48,6	<0,001
<b>L'alimentation et l'activité physique (n=396)</b>	311	78,5	23	76,7	91	73,4	153	80,1	0,377	44/51	86,3	0,251
Prise de poids	250/305	82,0	22/23	95,6	73/91	80,2	121/153	79,1	0,166	34/38	89,5	0,144
Hydratation	167/305	54,7	11/23	47,8	40/91	44,0	94/153	61,4	0,024	22/38	57,9	0,054
Activité sportive	223/305	73,1	15/23	65,2	67/91	73,6	113/153	73,9	0,676	28/38	73,7	0,852
Alimentation équilibrée	272/305	89,2	21/23	91,3	81/91	89,0	135/153	88,2	0,906	35/38	92,1	0,899
<b>Les risques de la vie quotidienne (n=397)</b>	187	47,1	13	43,3	54	43,5	96	50,3	0,458	24/52	46,2	0,663
Perturbateurs endocriniens	31/182	17,0	3/13	23,1	9/54	16,7	17/96	17,7	0,863	2/19	10,5	0,832
Travail	153/182	84,1	12/13	92,3	47/54	87,0	79/96	82,3	0,539	15/19	78,9	0,657
Voyages/transports	121/182	66,5	11/13	84,6	40/54	74,1	59/96	61,5	0,111	11/19	57,9	0,170
<b>Autres (n=393)</b>	192	48,8	13	43,3	57	46,0	101	52,9	0,377	21/48	43,7	0,472

Tableau III : Tableau des items considérés comme prioritaire à aborder au premier trimestre de la grossesse (enquête BFC 2020 ; n = 366)

	Total (n= 366)		Gynécologue-Obstétricien (n= 33)		Médecin généraliste (n= 125)		Sage-femme (n= 204)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Risques infectieux	340	92,9	29	87,9	119	95,2	189	92,6	0,313
Conduites à risque et addictions	346	94,5	30	90,9	117	93,6	196	96,1	0,361
Équilibre alimentaire et activité physique	243	66,4	23	67,9	89	71,2	129	63,2	0,306
Vie quotidienne	111	30,3	4	12,1	34	27,2	73	35,8	<b>0,013</b>

Tableau IV : Niveau d'importance médian perçu par les professionnels pour chaque message de prévention (enquête BFC 2020 ; n=365)

	Total (n=365)		Gynécologue-Obstétricien (n= 33)		Médecin généraliste (n= 125)		Sage-femme (n= 204)		p
	Med [Q1-Q3]	Med [Q1-Q3]	Med [Q1-Q3]	Med [Q1-Q3]	Med [Q1-Q3]	Med [Q1-Q3]	Med [Q1-Q3]		
<b>Risques infectieux</b>									
Toxoplasmose	10	[8-10]	9	[8-10]	10	[8-10]	10	[8-10]	0,400
Salmonellose	6	[4-8]	3	[1-5]	6	[4-8]	7	[5-9]	<b>0,001</b>
Listériose	8	[7-10]	8	[5-10]	8	[6-10]	8	[7-10]	0,303
Cytomégalovirus	5	[4-8]	6	[5-8]	5	[3-8]	5	[4-8]	0,251
Risque infectieux saisonniers	6	[5-8]	7	[3-8]	6	[5-8]	5	[5-8]	0,800
<b>Conduites à risque et addictions</b>									
Tabac	10	[9-10]	10	[9-10]	10	[9-10]	10	[8-10]	0,108
Alcool	10	[9-10]	10	[9-10]	10	[10-10]	10	[9-10]	0,106
Drogue	10	[9-10]	9	[7-10]	10	[9-10]	10	[9-10]	0,116
Automédication	9	[8-10]	8	[5-9]	10	[9-10]	9	[7-10]	<b>0,001</b>
<b>Équilibre alimentaire et activité physique</b>									
Prise de poids	7	[5-8]	7	[6-9]	7	[5-8]	7	[5-9]	0,377
Équilibre alimentaire	8	[7-9]	8	[6-9]	8	[7-9]	8	[7-10]	0,293
Hydratation	6	[5-8]	6	[5-8]	7	[5-8]	7,5	[5-9]	<b>0,024</b>
Activité sportive	6	[5-8]	6	[5-8]	6	[5-8]	6	[5-8]	0,751
<b>Vie quotidienne</b>									
Travail	6	[5-8]	5	[3-7]	6	[5-8]	6	[5-8]	<b>0,032</b>
Perturbateurs endocriniens	5	[3-7]	4	[2-6]	5	[2-7]	5	[3-8]	<b>0,013</b>
Trajets/voyages	5	[3-6]	4	[2-5]	5	[3-7]	5	[3-6,5]	0,081

L'analyse en sous-groupes a montré que les professionnels travaillant en libéral (92,4 % vs 61,8 % pour les salariés,  $p < 0,001$ ) et/ou en milieu rural (93,6 % vs 62,1 % en milieu urbains,  $p < 0,001$ ) abordaient plus cet item.

Les conduites à risques et addictions étaient perçues comme prioritaires par 94,5 % des répondants (tableau III). Les messages de prévention portant sur cette thématique étaient considérés comme prioritaires pour l'ensemble des

Tableau V : Supports d'informations utiles aux femmes d'après les professionnels (enquête BFC 2020 ; n = 412)

	Total (n=412)		Gynécologue-Obstétricien (n= 33)		Médecin généraliste (n= 125)		Sage-femme (n= 204)		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Aucun	3	0,8	0	0	2	1,6	1	0,5	0,48
Site en ligne	139	38,3	13	39,4	59	48	67	33	0,03
Application	217	59,8	19	57,6	69	56,1	127	62,6	0,49
Documentation papier	233	64,2	20	60,6	69	56,1	141	69,5	0,05

professionnels de santé, avec des médianes majoritairement supérieures ou égales à 9 sur 10 (tableau IV). Les médecins généralistes accordaient un niveau d'importance supérieur à la prévention de l'automédication ( $p < 0,001$ ) (tableau IV). L'item conduites à risques et addictions était considéré comme davantage prioritaire par les professionnels libéraux (91,9 % vs 71,1 % pour les salariés ( $p < 0,001$ )) et par ceux ayant une activité rurale (96,1 % vs 78,8 % pour les professionnels exerçant en milieu urbain ;  $p < 0,001$ ).

### Alimentation et activité physique

Abordée par 78,5 % des professionnels de santé interrogés, les messages de prévention portant sur l'alimentation et l'activité physique variaient d'une profession à l'autre (tableau II). Les gynécologues-obstétriciens accordaient une place particulière à la prise de poids dans leur discours (95,6 %). L'hydratation était davantage abordée par les sages-femmes (61,4 % ;  $p = 0,024$ ) qui lui accordaient un niveau d'importance significativement supérieur aux autres ( $p = 0,024$ ). L'analyse en fonction de l'ancienneté du diplôme montrait que les professionnels de santé ayant plus de 20 ans d'expérience (n=143) étaient 77,6 % à aborder l'activité physique et l'alimentation systématiquement lors du 1<sup>er</sup> trimestre, contre 50 % des répondants diplômés depuis moins de cinq ans ( $p = 0,0002$ ). La comparaison entre les modes d'exercice montrait que les professionnels libéraux (78 % vs 46,2 % pour les salariés ;  $p < 0,001$ ) ou exerçant en milieu rural (93,6 % vs 62,1 % en milieu urbain ;  $p < 0,001$ ) étaient plus nombreux à aborder cet item de façon systématique. L'alimentation et l'activité physique étaient considérées comme prioritaires pour 66,4 % des professionnels de santé interrogés (tableau III). Les niveaux d'importance donnés pour chacun des messages de prévention étaient finalement proches entre les groupes. Ainsi, le niveau de priorisation pour l'équilibre alimentaire (médiane=8) et la prise de poids (médiane=7)

devançait légèrement l'activité physique et l'hydratation (médiane=6). Pour ce dernier message, les sages-femmes accordaient un niveau d'importance significativement supérieur aux autres professionnels (médiane=7,5, vs 6 pour les gynécologues-obstétriciens, vs 7 pour les médecins généralistes ;  $p = 0,024$ ) de façon cohérente avec ce qui avait été retrouvé dans le tableau IV.

### Les risques de la vie quotidienne

Il s'agit du sujet le moins abordé : plus de 50 % des répondants déclaraient ne pas en parler au premier trimestre. Toutefois, un peu plus de la moitié des sages-femmes semblaient l'inclure dans leurs messages de prévention (tableau II). D'autres dimensions telles que les « violences faites aux femmes » (7,1 %), « couple et sexualité » (7,7 %) ainsi que « contexte socio-psychologique » (8,2 %) ont été citées spontanément par les professionnels de santé interrogés. Les risques liés à la vie quotidienne étaient abordés par 25,5 % des professionnels exerçant depuis moins de cinq ans contre 50,3 % pour ceux ayant plus de 20 ans d'expérience ( $p = 0,002$ ). Les praticiens libéraux étaient plus nombreux à aborder cet item (33 % vs 18,5 % pour les salariés ;  $p < 0,001$ ) et à le considérer comme prioritaire par rapport aux professionnels salariés (78 % vs 32 % ;  $p < 0,001$ ). Il n'existait pas de différence significative entre les professionnels de santé exerçant en milieu rural et ceux exerçant en milieu urbain pour cette thématique.

De façon logique, au regard des résultats ci-dessus, les risques de la vie quotidienne n'étaient pas prioritaires pour près de 70 % des professionnels de santé. Les gynécologues-obstétriciens n'étaient que 12,1 % à prioriser ces messages contre 27,2 % et 35,8 % pour les médecins généralistes et sages-femmes ( $p = 0,013$ ) (tableau III). Les niveaux d'importance médian donnés étaient de 6 (Intervalle interquartile [IQR]=5-8) pour le travail, et de 5 pour les perturbateurs endocriniens (IQR=3-7) et les



trajets/voyages (IQR=3-6). Statistiquement, les médecins généralistes et sages-femmes accordaient un niveau d'importance supérieur pour le travail et les perturbateurs endocriniens par rapport aux gynécologues-obstétriciens (tableau IV).

### Supports utilisés pour la diffusion des messages de prévention

Aucun support n'était utilisé pour 51,5 % à 82 % des professionnels de santé en fonction des messages de prévention interrogés. Les professionnels de santé s'accordaient sur l'importance d'un support papier, en particulier s'ils étaient diplômés depuis plus de 10 ans. Ils sont aussi nombreux à souhaiter la création d'une application numérique, en particulier dans le groupe des sages-femmes (62,6 %) (tableau V). Ceux diplômés depuis cinq à dix ans étaient majoritairement intéressés par un site en ligne (42 %).

Les thèmes à aborder en priorité sur un support à destination des femmes et revenant par ordre d'importance étaient : les risques infectieux (69,7 %), l'équilibre alimentaire et activité physique (67,5 %), les conduites à risques et addictions (55,8 %) et, enfin, les risques de la vie quotidienne (32,8 %), de façon concordante avec le niveau de priorisation de chacun de ces risques.

## Discussion

Dans cette étude, parmi les 520 professionnels de santé interrogés, les trois quarts déclaraient aborder de façon systématique les messages de prévention au cours du premier trimestre de la grossesse. Ils suivaient majoritairement les recommandations de la HAS, [9-11] en informant de façon systématique les femmes sur les risques infectieux, les conduites à risques et addictions et, dans une moindre mesure, sur l'équilibre alimentaire et l'activité sportive et les risques de la vie quotidienne. Transmises en formation initiale et confortées par un savoir expérientiel, ces notions sont probablement ancrées dans les consciences professionnelles [15, 16]. La consommation d'alcool et de tabac bénéficient également, depuis de nombreuses années, d'une médiatisation importante via des campagnes de prévention nationales à destination des femmes enceintes, qui contribuent également à la sensibilisation des professionnels de santé [15-17].

Au-delà des points de convergence retrouvés dans les messages de prévention abordés de façon systématique,

des disparités ont été observées. La diversité des caractéristiques maternelles, la présence de facteurs de risque spécifiques liés à l'environnement, l'expérience acquise par le professionnel de santé, mais aussi la temporalité de la rencontre peuvent contribuer à expliquer des disparités dans les discours [18]. De plus, un professionnel de santé va acquérir des connaissances et un savoir expérientiel évolutifs au cours d'une carrière, pouvant apporter de l'aisance, avec des échanges facilités, notamment pour aborder avec les femmes enceintes leurs vulnérabilités et leurs ressources. Cela peut ainsi influencer le contenu du discours du professionnels de santé et orienter les messages délivrés.

De plus, la place prise par les médecins généralistes dans le suivi prénatal a diminué depuis 2010, 19,3 % des femmes enceintes ayant consultés un médecin généraliste en 2016, contre 23,8 % en 2010 [6]. Ce praticien reste le premier interlocuteur des femmes dans leur parcours de vie. Il est ainsi à même d'ajuster l'accompagnement aux trajectoires de vie et de soin antérieures de la patiente [19, 20] et d'aborder des thématiques concernant les addictions et les risques de la vie quotidienne, par exemple. Il est aussi le premier « prescripteur » en France [21]. Particulièrement sensibilisé aux risques de l'automédication, il aborde plus systématiquement ce sujet avec les femmes que les autres professionnels de santé comme nous avons pu le montrer [22]. En 2016, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) montrait que les médecins généralistes réalisaient 18,5 % des déclarations de grossesse. Cela pourrait expliquer leur priorisation des thèmes de prévention [21].

Le repérage des situations de vulnérabilité, dont les conduites à risque et addictions, fait partie des missions de prévention des professionnels de santé. Ces dernières années, les temps dédiés à la prévention pendant la grossesse ont été renforcés (entretien prénatal précoce, bilan prénatal de prévention, séances de préparation à la naissance et à la parentalité). [7-11, 23]. Ces temps d'échanges sont majoritairement réalisés par des sages-femmes. Dans notre étude, les sages-femmes sont celles qui abordent le plus systématiquement la question de la consommation de stupéfiants. Cette dernière s'inscrit dans une continuité de parcours de prévention probablement facilitée par la prise en charge globale, en particulier en milieu libéral. Cela peut expliquer l'intérêt porté au repérage des situations de vulnérabilité et des conduites à risques et addictions par les sages-femmes participantes [24, 25].

Malgré leur spécificité de prise en charge des grossesses à risque, les réponses des gynécologues-obstétriciens étaient assez semblables aux autres professionnels de

santé. Un intérêt particulier était porté à certains items. Notamment les conduites à risque et la prise de poids qui peuvent impacter le pronostic obstétrical [26, 27]. Cette recherche de facteurs de risque, peut-être plus prégnante dans leur pratique, peut expliquer leur priorisation des messages de prévention. Ces résultats sont toutefois à relativiser puisque les gynécologues-obstétriciens étaient minoritaires dans la population des répondants (8 %).

Plus de 10 % de notre population oriente les femmes enceintes vers d'autres professionnels de santé, dans le cadre d'un travail en réseau permettant une prise en charge pluriprofessionnelle et une complémentarité des messages de prévention. Ce maillage autour des femmes enceintes vise à offrir un environnement médical, social et psychologique sécurisant, basé sur une relation de confiance avec chaque professionnel de santé [28].

Les participants de notre étude déclaraient utiliser peu de supports d'information malgré l'existence d'un panel de documents de prévention institutionnels [29]. Ils s'accordaient sur l'importance des supports d'information papier et souhaitaient aussi pouvoir s'appuyer sur un support numérique pour une partie des répondants. Les sources numériques d'information en périnatalité sont nombreuses, les institutionnelles le sont moins. Par exemple, le site « 1000 premiers jours » et son application smartphone ont pour vocation d'informer les parents et futurs parents sur cette période essentielle pour le développement de l'enfant et le soutien à la parentalité [30]. Il semble essentiel de pouvoir répondre aux besoins des professionnels de santé en prenant en considération l'évolution des pratiques et des attentes des femmes. En effet, les nouveaux médias numériques ont radicalement modifié le paysage de la communication [31]. Mettre à disposition des supports d'information co-construits, adaptés aux besoins et validés scientifiquement pourrait faciliter l'accès, la compréhension et l'appropriation d'informations de santé fiables. Ainsi cela permettrait de guider les femmes enceintes dans leurs décisions en matière de santé tout au long de la grossesse. Cette démarche pourrait contribuer à une amélioration du niveau de littératie des femmes enceintes qui est l'une des clés de l'empowerment [32, 33].

Cette étude est, à notre connaissance, la seule en France s'intéressant aux messages de prévention délivrés de façon systématique en début de grossesse ainsi qu'à leur priorisation par les professionnels de santé. Malgré la limite liée aux réponses basées sur la déclaration des participants, nous avons tenté, en croisant les messages de prévention délivrés systématiquement à leur priorisation, de nous approcher des messages réellement abordés dans leur pratique quotidienne. Le contexte induit par la crise

sanitaire a pu influencer la priorisation donnée aux messages de prévention sur les risques infectieux, et donc d'une surestimation potentielle pour cet item. Cette période a aussi fait l'objet d'une médiatisation plus forte sur les risques de violences intrafamiliales par le gouvernement et l'Organisation des Nations Unies (ONU) [34], pouvant accentuer la présence de ces thématiques dans les réponses. Les items cités par les professionnels tels que « les violences faites aux femmes », ou encore « le contexte socio-psychologique » soulignent leur intérêt à considérer la sécurité émotionnelle et la sécurité somatique des femmes enceintes, y compris hors contexte de pandémie. Cette prise en compte des facteurs de stress périnatal s'accompagne d'un dépistage des vulnérabilités personnelles et familiales. De nombreux livres et articles lèvent le voile sur des situations périnatales compliquées et mettent en avant l'incidence la dépression prénatale et du postpartum [35, 36], parfois en lien avec l'apparition de violences conjugales [37].

Le temps de remplissage du questionnaire a été volontairement limité pour augmenter le taux de réponses. Celles correspondant notamment à la catégorie « des risques de la vie quotidienne » ont ainsi pu être restreintes, sans pour autant pouvoir affirmer que ces thématiques n'aient pas été abordées.

Les professionnels de santé, dont l'activité a été modifiée par la crise sanitaire, ont été peu nombreux à répondre au questionnaire (17 %). Une partie des professionnels de santé, notamment les médecins généralistes, ayant une activité limitée de suivi de grossesse, ont pu se sentir moins concernés par cette enquête portant sur la prévention pendant la grossesse. Cependant, la diffusion large du questionnaire dans la région Bourgogne-Franche-Comté, caractérisée par une grande diversité de territoires sur le plan géographique, économique et social, permettait d'intégrer les principaux types et contextes d'exercice. Enfin, les différences observées selon le type et le lieu d'exercice sont probablement partiellement le reflet du poids respectif de chaque type de professionnel de santé impliqué dans le suivi de la grossesse : les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes étant à 60 % salariés dans notre étude, et les médecins généralistes quasi-exclusivement libéraux.

## Conclusion

L'étude des messages de prévention considérés comme prioritaires et délivrés systématiquement au premier trimestre de la grossesse par les professionnels de santé en

Bourgogne- Franche-Comté a montré que la majorité des répondants suivaient globalement les recommandations nationales. Les disparités observées peuvent être mises en lien avec le rôle de chaque professionnel impliqué dans le suivi de la grossesse. Chacun participe, en effet, à l'accompagnement des femmes enceintes dans l'adoption de comportements favorables à leur santé, s'inscrivant dans une démarche de promotion de la santé. Toutefois, l'ensemble des thématiques ne peut être abordé au cours du premier trimestre de la grossesse, lors d'une consultation ou d'un entretien. C'est pourquoi, les messages de prévention sont priorités en fonction des femmes. Pour appuyer leur intervention, les professionnels de santé souhaiteraient disposer de supports d'informations, compléments de la relation soignant-soigné, regroupant l'ensemble des messages de prévention. Malgré l'évolution du numérique en santé, ils désirent majoritairement conserver un format papier, sans pour autant exclure les nouvelles technologies. Co-construits avec les femmes et les professionnels, ces supports, permettraient de répondre au mieux à leurs besoins et aussi d'améliorer le niveau de littératie et ainsi l'empowerment des femmes enceintes, dès le début de la grossesse.

### Remerciements

*Nous remercions tous les professionnels de santé ayant participé à cette étude. Merci à tous ceux ayant, de près ou de loin, participé à ce travail, dans sa genèse comme dans ses relectures, et en particulier au Dr Katia Mazalovic (Département de Médecine Générale, UFR des Sciences de Santé de Dijon), et au Dr Azadah Yacoub (CHU de Beaune).*

*Aucun conflit d'intérêts déclaré*

### Références

- Ministère des solidarités et de la santé (MSS). Rapport de la commission des 1000 premiers jours. France : MSS ; 2020.
- Ministère des solidarités et de la santé (MSS). Évaluation du plan périnatalité 2005-2007. France : MSS ; 2010.
- Molénat F. Le tournant du Plan Périnatalité 2005-2007. *Contraste*. 2007;26(1):127.
- Junien C, Panchenko P, Pirola L, Amarger V, Kaeffer B, Parnet P, *et al*. Le nouveau paradigme de l'origine développementale de la santé et des maladies (DOHaD) : Épigénétique, environnement : preuves et chaînons manquants. *Med Sci (Paris)*. 2016;32(1):27-34.
- Blondel B et Kermarrec M. Les naissances en 2010 et leur évolution en 2003. 2011.
- Fresson J, Rey S, Vanhaesebrouck A. Les maternités en 2016. Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. 2017.
- Mahieu-Caputo D. À propos du rapport de l'Académie nationale de médecine sur la prévention des risques pour l'enfant à naître et la nécessité d'une information bien avant la grossesse. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*. 2006;7(34):664.
- Dix-huit consultations et entretiens pour une grossesse à bas risque : n'est-ce pas trop ? À moins d'en profiter pleinement pour une démarche de prévention mère et enfant. *La Revue Sage-Femme*. 2010;9:67-8.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. *Recommandations pour les professionnels de santé*. 2007.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. *Recommandations pour les professionnels de santé*. 2009.
- Haute Autorité de Santé (HAS). Comment mieux informer les femmes enceintes ? *Recommandations pour les professionnels de santé*. 2005;25-70.
- Sabard M, Fillaut T. Vingt-cinq ans d'exercice de la médecine vus par des généralistes d'Ille-et-Vilaine. *Exercer*. 2011;22(96):5751.2.
- Martos S. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes *Le Quotidien du médecin*. 2017.
- Agence Régionale de Santé (ARS). Statistiques et indicateurs de la santé et du social en Bourgogne-Franche-Comté. 2018 .
- Lassi ZS, Imam AM, Dean SV, Bhutta ZA. Preconception care: caffeine, smoking, alcohol, drugs and other environmental chemical/radiation exposure. *Reprod Health*. 2014;11 Suppl 3(Suppl 3):S6.
- Nguyen Thanh V, Andler R, Cogordan C, Richard JB. Consommation d'alcool et grossesse. *La santé en action*. 2018;(445):49-50.
- Ramon A. « Zéro alcool pendant la grossesse ». *Action de communication médiatique. La santé de l'homme*. 2005;(377):52.
- Oza-Frank R, Kachoria R, Keim SA, Lynch CD, Klebanoff MA. Receipt and timing of pregnancy-related preventive health messages vary by message type and maternal characteristics. *Am J Health Promot*. 2015;30(2):109-16.
- Kizirian NV, Black KI, Musgrave L, Hesse C, Gordon A. Understanding and provision of preconception care by general practitioners. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2019;59(6):799-804.
- Phan T, Yana J, Fabre J, Yana L, Renard V, Ferrat E. Repérage de la consommation d'alcool à risque par les médecins généralistes : enquête auprès de patients en soins premiers. *Rev Épidémiol Santé Publique*. 2020;68(4):215-25.
- Buyck J-F, Lelièvre F, Tuffreau F. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. *DRESS*. 2016.
- Devkota R, Khan GM, Alam K, Sapkota B, Devkota D. Impacts of counseling on knowledge, attitude and practice of medication use during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1).
- République Française. Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020. *JORF n° 0300 du 27 décembre 2019*.
- Payne JM, Watkins RE, Jones HM, Reibel T, Mutch R, Wilkins A, *et al*. Midwives' knowledge, attitudes and practice about alcohol exposure and the risk of fetal alcohol spectrum disorder. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):377.
- McLeod D, Benn C, Pullon S, Vickers A, White S, Cookson T, *et al*. The midwife's role in facilitating smoking behaviour change during pregnancy. *Midwifery*. 2003;19(4):285-97.

26. Oechsle A, Wensing M, Ullrich C, Bombana M. Health knowledge of lifestyle-related risks during pregnancy: A cross-sectional study of pregnant women in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22).
27. Flannery C, McHugh S, Kenny LC, O’Riordan MN, McAuliffe FM, Bradley C, *et al.* Exploring obstetricians’, midwives’ and general practitioners’ approach to weight management in pregnant women with a BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>: a qualitative study. *BMJ Open*. 2019;9(1):e024808.
28. Dugnat, M. Réseaux en périnatalité : les outils pratiques d’une prévention universelle prévenante : Définitions, critiques et propositions. *Spirale*. 2012;61,139-62.
29. Agence Française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA). Guides alimentaires du Programme national nutrition-santé . France : AFSSA ; 2016.
30. 1000 premier jours [Internet]. <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr>. [cited 2021 May 23].
31. Ben Hamouda A. GESTACLIC Création et évaluation d’un site Internet d’aide au suivi de grossesse en médecine générale [Thèse de Médecine Générale]. Paris 7 : Faculté de médecine ; 2014.
32. Fayn M-G, Des Garets V, Rivière A. Mieux comprendre le processus d’empowerment du patient. *Rech sci gest*. 2017;119(2):55.
33. Dugué F. Pourquoi est-il si difficile de développer la prévention en santé ? *Enfances psy*. 2018;77(1):13.
34. United Nations. L’ONU met en garde contre la persistance des violences domestiques après la COVID-19 | Nations Unies. [cited 2021 May 23]; Available from: <https://www.un.org/fr/coronavirus/articles/persistence-of-domestic-violence-post-COVID-19>
35. Hays M. La dépression périnatale, une affection méconnue ? *L’école des parents*. 2021;639:38-40.
36. Dominjon L, Skendi M, Ibanez G, Chastang J. Adapter le parcours de soins prénatal par le repérage précoce d’un mal-être psychologique. *Santé Publique*. 2021;33:233-43.
37. Desurmont M. Violences pendant la grossesse, violences après la naissance. Fondation pour l’enfance éd., *De la violence conjugale à la violence parentale*. Érès. 2001,51-66.

## Annexes

### Annexe I. Questionnaire envoyé aux professionnels

\*Obligatoire

1. Dans votre pratique, **recevez-vous des femmes enceintes au premier trimestre** de la grossesse (*peu importe le motif de consultation ou de rencontre*) ? \*
- Oui (*Si oui, réaliser la suite de questionnaire*)  
Non (*Si non, cliquer sur le formulaire « mieux vous connaître »*)

#### (Partie 1) Grossesse et prévention

2. Lors de la première rencontre avec une femme enceinte au premier trimestre de la grossesse, abordez-vous systématiquement la prévention ? \*
- Oui  
Non
3. (*Si non à la question 2*) L’évoquez-vous lors d’une deuxième rencontre ? \*
- Oui  
Non
4. (*Si non aux questions 1 et 2 => Répondre à la question 4 puis passer à la question 6*) Pourquoi ?
- J’aborde la prévention systématiquement à un autre moment de la grossesse
  - Je ne l’aborde pas par manque de temps
  - Je délègue à un autre professionnel
  - J’oriente vers un autre professionnel
  - Autre, si autre préciser :

5. Vous recevez en consultation une patiente enceinte au premier trimestre de sa grossesse, quels sont les items que vous abordez de façon **systematique** avec elle ?

Les risques infectieux oui / non  
 (si oui) La toxoplasmose oui/non  
 La salmonellose oui/non  
 La listériose oui/non  
 Cytomégalovirus oui/non  
 Risques infectieux saisonniers oui /non  
 Autres

L'équilibre alimentaire et nutritionnel oui/non  
 (Si oui) La prise de poids oui/non  
 L'hydratation oui/non  
 L'activité physique oui /non  
 L'alimentation équilibrée oui/non  
 Autre

Les conduites à risques/addictions oui/non  
 (Si oui) Le tabac oui/non  
 L'alcool oui/non  
 Drogue oui/non  
 L'automédication oui/non  
 Autre

Risques liés à la vie quotidienne oui/non  
 Les perturbateurs endocriniens oui/non  
 Risque lié au travail oui/non  
 Les voyages et moyens de transports oui /non  
 Autre oui /non

Autres

6. Utilisez-vous un support pour délivrer l'information sur l'une ou l'autre des thématiques suivantes ? Si oui, quel type de support utilisez-vous ?

Concernant les risques infectieux :

	Aucun support	Site en ligne institutionnel	Autre site en ligne	Document papier conçu par vos soins	Document papier institutionnel	Autre document papier
Toxoplasmose						
Salmonellose						
Listériose						
Cytomégalovirus						
Risques infectieux saisonniers						
Autres						

Concernant l'équilibre alimentaire et nutritionnel :

	Aucun support	Site en ligne institutionnel	Autre site en ligne	Document papier conçu par vos soins	Document papier institutionnel	Autre document papier
Prise de poids						
Hydratation						
Activité physique						
Alimentation équilibrée						
Autre						

Concernant les conduites à risques et addictions :

	Aucun support	Site en ligne institutionnel	Autre site en ligne	Document papier conçu par vos soins	Document papier institutionnel	Autre document papier
Alcool						
Tabac						
Drogue						
Automédication						
Autre						

Concernant la vie quotidienne :

	Aucun support	Site en ligne institutionnel	Autre site en ligne	Document papier conçu par vos soins	Document papier institutionnel	Autre document papier
Les perturbateurs endocriniens						
Risque lié au travail						
Voyage et transport						
Autre						

7. Quelles thématiques de prévention considérez-vous comme prioritaires pour une femme au 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse ? (Sélectionner une ou plusieurs réponses)

Les risques infectieux (Toxoplasmose, Salmonellose, Listériose, Cytomégalovirus...)

L'équilibre alimentaire et nutritionnel (prise de poids, hydratation...)

Les risques liés aux conduites addictives (tabac, alcool, drogues...)

Les risques liés à la vie quotidienne (Les voyages et moyens de transports, risque lié au travail...)

Autre, précisez :

8. Indiquez l'importance que vous accordez à chacun des items suivants pour une femme au 1<sup>er</sup> trimestre (0 correspondant à un message non prioritaire, 10 à un message très prioritaire)

Mettre un 0 à la place de sans réponse

- La toxoplasmose ( curseur 0 de à 10)
- La salmonellose ( curseur 0 de à 10)

- La listériose (curseur 0 de à 10)
- Cytomégalovirus (curseur 0 de à 10)
- Risques infectieux saisonniers (curseur 0 de à 10)
  
- La prise de poids (curseur 0 de à 10)
- L'équilibre alimentaire (curseur 0 de à 10)
  - L'hydratation (curseur 0 de à 10)
  - L'activité sportive (curseur 0 de à 10)
  
- Le tabac (curseur 0 de à 10)
- L'alcool (curseur 0 de à 10)
  
- La drogue (curseur 0 de à 10)
- L'automédication (curseur 0 de à 10)
  
- Les perturbateurs endocriniens (curseur de 0 à 10)
- Risque lié au travail (curseur 0 de à 10)
- Les voyages et moyens de transports (curseur 0 de à 10)

Autre, précisez :

9. Compte-tenu des questions posées par les femmes, quelles seraient les thématiques qui vous sembleraient à aborder en priorité sur un support qui leur serait destiné ?\* (Choisissez une ou plusieurs réponses)

Les risques infectieux (Toxoplasmose, Salmonellose, Listériose, Cytomégalovirus...)

L'équilibre alimentaire et nutritionnel (prise de poids, l'hydratation...)

Les risques liés aux conduites addictives (tabac, alcool, drogues...)

Les risques liés à la vie quotidienne (Les voyages et moyens de transports, risque lié au travail...)

Autre, précisez :

10. D'après votre expérience quel serait le type de support d'information utile aux femmes enceintes ?

Aucun

Site ligne

Application

Document papier

Autre

(Partie 2) Pour mieux vous connaître

11. Sexe\*

Femme

Homme

12. Profession\*

Gynécologue-Obstétricien

Gynécologue médical

Médecin généraliste

Sage-Femme

13. Année de Diplôme/Thèse\* :

<5 ans

- 5-10 ans
- 10-20 ans
- >20 ans
- Sans réponse

14. Mode d'exercice (*plusieurs réponses si exercice mixte*)\*

Salarié

- Centre Hospitalier (public ou privé)
- Centre Périnatal de Proximité (CPP)
- Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- Autre : oui/non ; précisez :

Libéral

- Cabinet individuel
- En association (maison de santé, autre..)

Autre

(merci de préciser la réponse) :

15. Code postal de votre lieu d'exercice principal\* :

*(Partie 3) Vos suggestions et besoins*

16. Souhaitez-vous nous laisser votre adresse mail pour recevoir les résultats de cette étude (au plus tard à l'automne 2020) ?  
oui/non

17. Souhaitez-vous participer à la finalisation des supports qui seront produit à la suite de cette étude ?  
oui/non

*(Si oui à l'une des deux questions précédentes) adresse mail obligatoire :*