

[32] Kurmis AP, Apps SA. Occupationally-acquired noise-induced hearing loss: A senseless workplace hazard. *Int J Occup Med Environ Health*. 2007;20(2):127-36.

[33] European Parliament. Directive 2003/10/EC of the European Parliament and of the Council of 6 February 2003 on the minimum health and safety requirements regarding the exposure of workers to the risks arising from physical agents (noise) (Seventeenth individual Directive within the meaning of Article 16(1) of Directive 89/391/EEC). *Official Journal of the European Union*. 2003;(42):38-44. <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2003/10/oj/eng>

[34] Mirza R, Kirchner DB, Dobie RA, Crawford J. Occupational noise-induced hearing loss. *J Occup Environ Med*. 2018;60(9):e498-e501.

[35] Johansson M, Arlinger S. The development of noise-induced hearing loss in the Swedish County of Östergötland in the 1980s and 1990s. *Noise Health*. 2001;3(10):15-28.

[36] Frederiksen TW, Ramlau-Hansen CH, Stokholm ZA, Grynderup MB, Hansen ÅM, et al. Noise-induced hearing loss –

A preventable disease? Results of a 10-year longitudinal study of workers exposed to occupational noise. *Noise Health*. 2017;19(87):103-11.

[37] Delabre L, Houot M, Pelletan JB, Fort E, Pilorget C, Massardier-Pilonchéry A. L'exposition professionnelle au bruit en France en 2019. *Bull Epidemiol Hebd*. 2025;(6):74-84. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/6/2025_6_1.html

[38] Engdahl B, Strand BH, Aarhus L. Better hearing in Norway: A comparison of two HUNT cohorts 20 Years Apart. *Ear Hear*. 2021;42(1):42-52.

Citer cet article

Fort E, Delabre L, Pelletan JB, Duvignau A, Massardier-Pilonchéry A, Pilorget C. Évolution de la perte auditive due au bruit professionnel dans une population de travailleurs de 1970 à 2000 en région Rhône-Alpes à partir de l'exploitation d'audiométries. *Bull Epidemiol Hebd*. 2025;(9):136-49. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/9/2025_9_1.html

ARTICLE // Article

CONSULTATION PRÉNATALE DÉDIÉE AUX FUTURS PÈRES : UN OUTIL D'ACCÈS AU SYSTÈME DE SOINS

// PATERNAL PRENATAL CONSULTATIONS: AN EFFECTIVE GATEWAY TO THE HEALTHCARE SYSTEM

Pauline Penot^{1,2} (pauline.penot@ght-gpne.fr), Gaëlle Jacob^{1,3}, Audrey Guerizec¹, Valérie-Anne Letembet¹, Raya Harich⁴, Miguel Mendes de Sousa⁵, Anne Simon¹, Pierre-Étienne Manuellan⁵, Yazdan Yazdanpanah⁶, Annabel Desgrées du Loû²

¹ Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), Centre hospitalier André Grégoire, Montreuil

² Centre population et développement (Ceped), Institut de recherche pour le développement (IRD), Université de Paris, Inserm ERL 1244, Paris

³ Maternité, Centre hospitalier André Grégoire, Montreuil

⁴ Laboratoire de biologie médicale, Centre hospitalier André Grégoire, Montreuil

⁵ Direction de la santé, ville de Montreuil, Montreuil

⁶ Agence nationale de la recherche sur le sida et les hépatites virales – Maladies infectieuses émergentes (ANRS-MIE), ParisSanté Campus, Paris

Soumis le 20.12.2024 // Date of submission: 12.20.2024

Résumé // Abstract

Introduction – Une consultation prénatale dédiée aux futurs pères a été mise en place à l'hôpital de Montreuil entre 2021 et 2022. L'objectif était de réintroduire les hommes dans le système de santé à l'occasion de la maternité de leur conjointe (projet Partage). Nous avons montré précédemment la faisabilité et l'acceptabilité de cette consultation. Nous examinons ici ses effets en termes de diagnostics et de soins.

Matériel et méthodes – En 2021-2022, tous les pères d'enfants à naître à la maternité de Montreuil dont la partenaire acceptait qu'ils soient contactés étaient invités à une consultation médicale avec bilan biologique, mise à jour vaccinale, accès à une équipe pluridisciplinaire et à un médecin généraliste. Nous étudions ici les effets de cette consultation sur les diagnostics médicaux, la couverture vaccinale, le dépistage du VIH, l'insertion dans le soin et l'accompagnement social.

Résultats – Parmi 1 347 participants, 18% ont été diagnostiqués d'une pathologie, ou d'une maladie en rupture de suivi qui a été reprise en soin (regroupés sous le terme de diagnostic médical), 17% ont été orientés vers un professionnel de santé et 11% vers un travailleur social ; 44% ont reçu des mises à jour vaccinales (diphthérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche – dTPc : 40% ; rougeole-oreillons-rubéole – ROR : 17%). Le facteur le plus fortement associé positivement à tous ces indicateurs d'impact était l'absence de couverture maladie : parmi les participants sans droits à l'assurance maladie, 41% ont eu un diagnostic médical, 41% ont été adressés à un soignant, 72% à un travailleur social et 73% ont reçu une ou plusieurs mises à jour vaccinales. Le dépistage du VIH a été accepté par 99% des pères éligibles.

Discussion – En termes de diagnostics, remises en soins, adressages et mises à jour vaccinales, les principaux bénéficiaires de la consultation ont été les immigrés précaires. En population générale d'étude, la couverture vaccinale contre les pathogènes pourvoyeurs d'infections graves du nouveau-né a été améliorée et le dépistage prénatal du VIH étendu aux pères.

Conclusion – Le passage à l'échelle d'une consultation prénatale proposée à tous les futurs pères pourrait contribuer à réduire la diffusion de la rougeole et de la coqueluche, éviter les rares primo-infections VIH survenant pendant la grossesse et réduire les inégalités sociales de santé, en donnant aux hommes qui en sont éloignés un accès effectif au système de soins.

Introduction – Prenatal consultations dedicated to all future fathers were set up and actively promoted at the Montreuil hospital in France between 2021 and 2022. We have previously demonstrated the feasibility and acceptability of this scheme. Here, we examine the effects of the consultation in terms of diagnosis and care.

Methods – In 2021–2022 we conducted a monocentric interventional study in Montreuil hospital. A consultation was offered to all future fathers whose contact details were obtained with their partner's prior consent. During a consultation with a doctor or a midwife, the men were offered biological tests, vaccination catch-up and referral depending on their needs.

Results – Among 1,347 participants, 44% received on-site vaccination catch-up, 18% had one or more medical diagnoses or pathologies brought back into care, 17% were referred to healthcare professionals and 11% to social workers. Whatever the outcome considered, absence of healthcare insurance coverage was always most strongly associated with its occurrence: among participants with no health insurance, 41% received a medical diagnosis, 41% were referred to a healthcare provider, 72% to a social worker and 73% received one or more vaccination updates. HIV screening was performed for 99% of eligible participants.

Discussion – The consultations provided medical diagnosis or rediscovery of chronic pathologies that were lost to follow-up and referral to care or social support, mostly for socially disadvantaged immigrants. It was also useful to the whole study population, by creating a systematic and well-accepted opportunity for biological screening and vaccination catch-up.

Conclusion – Offering future fathers to meet a physician for their own health could help reduce the spread of measles and pertussis, and prevent HIV primo-infections during pregnancy. In addition, it could help to reduce social inequalities in health, by providing a first contact with the healthcare system for the most precarious men.

Mots-clés : Santé périnatale, Santé des pères, Dépistage, Vaccination, Santé des immigrés

// **Keywords** : Prenatal health, Father health, Screening, Vaccination, Immigrants' health

Introduction

La grossesse donne aux femmes des occasions répétées de contact avec le système de santé dont l'objectif premier est le suivi médical de la grossesse, mais qui permet aussi un rattrapage vaccinal¹, ou le dépistage des pathologies infectieuses² et cardio-métaboliques³. Les futurs pères n'ont aucune occasion similaire d'accéder à la prévention et de rencontrer un soignant sans être malades. Alors que les inégalités de genre agissent le plus souvent au détriment des femmes⁴, celles-ci sont généralement en meilleure santé que les hommes⁵. Les normes de genre confrontent davantage les hommes à des comportements ou des activités à risque pour la santé, supposées viriles, tandis que les femmes sont les garantes de la santé de la famille⁶. Ces inégalités de genre sont renforcées par les systèmes de santé⁷.

Les hommes ont un plus faible recours aux soins⁸, et consultent plus tardivement que les femmes quand ils sont malades. En France, chez les personnes hétérosexuelles, le délai médian entre la contamination par le virus de l'immunos déficience humaine (VIH) et le diagnostic est significativement plus court chez les femmes que chez les hommes⁹. La plupart des personnes ayant développé un sida en France depuis 2012 sont des hommes hétérosexuels qui ignoraient leur infection au VIH¹⁰. L'inégalité de genre se lit aussi dans le recours aux droits sociaux : comparativement aux hommes, les femmes ont plus souvent

une couverture maladie complète quand elles sont en situation régulière¹¹ et l'Aide médicale de l'État (AME) quand elles sont en situation irrégulière¹².

La paternité pourrait être pour les hommes une opportunité de contact avec le système de santé, d'autant plus qu'une consultation et un bilan biologique sont annoncés comme pris en charge à 100% pour les hommes pendant la grossesse de leur partenaire¹³⁻¹⁵.

En 2021-2022, nous avons proposé à tous les pères d'enfants à naître à l'hôpital de Montreuil, deuxième ville de Seine-Saint-Denis, une consultation prénatale dédiée à la préservation et l'amélioration de leur propre santé (projet Partage – Prévention, accès aux soins, rattrapage vaccinal, traitement des affections pendant la grossesse et pour l'enfant). Cette consultation a été bien acceptée et les pères socialement défavorisés s'en sont particulièrement saisis¹⁶. La Seine-Saint-Denis est un département d'1,6 millions d'habitants situé au Nord-Est de Paris. Il enregistre les taux d'immigration et de pauvreté les plus élevés de France métropolitaine⁴. Dans cet article, nous décrivons les effets de cette consultation en termes de pathologies diagnostiquées ou reprises en soin, dépistages, rattrapage vaccinal, et orientation vers des professionnels de santé et de l'accompagnement social. Nous examinons les caractéristiques sociodémographiques associées aux différents effets observés.

Matériel et méthodes

Les femmes majeures, déclarant un partenaire masculin impliqué dans leur grossesse et consultant pour une première visite prénatale à l'hôpital de Montreuil pendant la période d'inclusion étaient éligibles à l'étude. Lorsqu'elles acceptaient d'y participer, l'équipe leur demandait les coordonnées de leur conjoint. Les hommes dont les partenaires enceintes donnaient les coordonnées étaient à leur tour éligibles. L'équipe de recherche leur proposait une consultation (immédiatement s'ils étaient présents, par courriel si une adresse mail était transmise, ou par relance téléphonique) et, s'ils prenaient rendez-vous, leur demandait d'apporter d'éventuels bilans biologiques et leur carnet de santé ou de vaccination. La méthodologie détaillée, le taux d'acceptation des femmes, le taux d'acceptation des hommes et les caractéristiques des futurs pères inclus ont été décrits ailleurs¹⁶.

Les consultations, programmées toutes les 30 minutes, étaient conduites par un médecin ou une sage-femme. La pression artérielle était mesurée, un examen clinique était pratiqué sur point d'appel (éruption cutanée, douleurs ou plainte fonctionnelle). L'historique de violences était systématiquement recherché et la santé mentale était explorée si le participant l'abordait. Un questionnaire de recherche était enchâssé dans la trame de consultation. Un bilan biologique tenant compte des antécédents, d'éventuels résultats antérieurs et des expositions était prélevé sur place à la fin de la consultation. Il comprenait un dépistage du VIH chaque fois que le statut VIH n'était pas documenté pendant la grossesse en cours ou juste avant. Tous les immigrés (participants nés étrangers à l'étranger) qui n'avaient jamais fait de dépistage de la syphilis, des hépatites virales B et C étaient testés, tandis que ce dépistage était ciblé pour les futurs pères nés en France. La sérologie bilharziose était prélevée si le participant avait vécu en zone d'endémie et n'avait jamais été dépisté. Un échantillon d'urines était collecté pour amplification du génome de *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* lorsque le participant avait moins de 30 ans ou déclarait plusieurs partenaires dans l'année. Le déroulé de la consultation, le questionnaire de recherche et le contenu du bilan biologique sont détaillés en annexes 1, 2 et 3.

Chaque fois que le calendrier vaccinal n'était pas à jour, les vaccins manquants étaient proposés. Un petit stock vaccinal alloué à l'étude permettait de vacciner immédiatement sur place les participants sans droits complets à l'Assurance maladie, ou considérés à risque de ne pas réaliser une vaccination différée.

Les participants pouvaient choisir de revenir en consultation pour les résultats des examens complémentaires réalisés et d'éventuelles injections vaccinales, d'être appelés ou de recevoir leur bilan par mail.

L'adossement au CeGIDD permettait d'adresser à l'assistante sociale tous les hommes sans couverture maladie et ceux qui souhaitaient la rencontrer pour d'autres motifs, de proposer des consultations gratuites avec les psychologues et un accompagnement par le médiateur santé. Des rendez-vous étaient

programmés sur le plateau technique et avec les spécialistes de l'hôpital en fonction des besoins identifiés en consultation. Les hommes qui n'avaient pas de médecin traitant s'en voyaient proposer un.

Le questionnaire administré en consultation recueillait les caractéristiques sociodémographiques des participants (région de naissance, âge, niveau scolaire, emploi, logement, enfants déjà nés, durée et type d'union avec la partenaire enceinte), des données de santé (couverture maladie, recours antérieurs au dépistage du VIH et des hépatites B et C, couverture vaccinale, suivi médical), ainsi que, pour les pères nés à l'étranger, des variables liées à l'immigration (date d'arrivée, principal motif d'installation en France, statut administratif, couverture maladie). Le détail des données recueillies figure en annexe 1. Le Comité de protection des personnes Nord-Ouest II a approuvé le projet (21.01.19.44753).

Les indicateurs recueillis pour évaluer les effets de la consultation prénatale étaient :

- 1) au moins un diagnostic médical porté pendant la consultation, ou au moins une pathologie en rupture de suivi remise en soins ;
- 2) l'acceptation du test VIH, parmi les participants éligibles (pas de test pendant ou immédiatement avant la grossesse et pas de séropositivité connue) ;
- 3) le référencement à un ou plusieurs soignants ;
- 4) la mise à jour sur place d'au moins un vaccin.

La proportion et les variations de chaque indicateur ont été mesurées selon les caractéristiques suivantes : statut migratoire, région de naissance, âge, niveau scolaire, couverture maladie, emploi, insertion dans le système de santé et, pour les immigrés, durée de séjour en France et situation administrative.

Des modèles multivariés pas-à-pas descendants ont été construits pour identifier les caractéristiques associées aux indicateurs 1, 3 et 4. Le statut migratoire, l'insertion dans le système de santé et la situation administrative ont été exclus pour colinéarité avec la région de naissance et la couverture maladie. Des analyses de sensibilité ont été conduites dans la sous-population des participants immigrés. Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata SE 17® (Stata Corporation, College Station, TX, USA).

Résultats

L'âge médian des 1 347 participants était de 35 ans, avec un intervalle interquartile (IIQ) compris entre 31 et 40 ans ; 40% attendaient leur premier enfant ; 14% n'étaient jamais allés à l'école ou n'avaient pas dépassé le niveau primaire ; 18% avaient un emploi précaire, 13% étaient au chômage ; 27% n'avaient pas de médecin traitant et déclaraient n'être jamais ou presque jamais en contact avec le système de santé ; 37% n'avaient jamais fait de dépistage du VIH (43% des immigrés et 29% des participants nés en France) ; 67% des participants avaient une indication

au vaccin diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche (dTPc) et 28% au vaccin rougeole-oreillons-rubéole (ROR) (tableau 1).

Près des deux tiers des participants étaient immigrés (63%, N=842). Parmi eux, 63% étaient en France depuis 7 ans ou plus ; 47% étaient nés en Afrique subsaharienne, 29% en Afrique du Nord ou au Moyen-Orient et 11% en Asie. Un cinquième des participants immigrés était en situation irrégulière et 13% n'avaient aucune couverture maladie (tableau 1).

Une pathologie a été diagnostiquée ou remise en soins pour 240 participants (18%), majoritairement des hépatites B chroniques, des pathologies cardio-métaboliques et des affections dermatologiques (annexe 3).

La vulnérabilité sociale (emploi précaire ou absence d'activité génératrice de revenu, statut d'immigré et, chez les immigrés : séjour de moins de 7 ans, absence de droit au séjour, l'absence de droits au régime général de l'Assurance maladie) était associée à la découverte ou la remise en soin d'une pathologie, tandis que l'âge paternel ne l'était pas.

En analyse multivariée, les facteurs associés à un diagnostic ou une remise en soins étaient une naissance en Afrique subsaharienne plutôt qu'en France (odds ratio ajusté, ORa=2,67, intervalle de confiance à 95%, IC95%: [1,80-3,98]), aucune scolarité ou un niveau primaire plutôt qu'un niveau universitaire (ORa=1,81 [1,15-2,85] et ORa=1,84 [1,30-2,60], respectivement) et l'absence de couverture maladie plutôt qu'une couverture complète (ORa=2,58 [1,63-4,09]). L'Aide médicale de l'État (AME), associée en univarié à une découverte ou redécouverte de pathologie, ne l'était plus après ajustement (tableau 2).

Le taux d'acceptation du test VIH était de 98,8% parmi les 1 297 participants éligibles au dépistage. Aucune infection n'a été découverte.

À l'issue de la consultation, 225 participants (17%) ont été référés à un ou plusieurs professionnels de santé (annexe 3). À nouveau, les participants socialement vulnérables étaient plus souvent adressés à des soignants, tandis que l'âge n'était pas associé au référencement. En analyse multivariée, être né en Afrique subsaharienne plutôt qu'en France (ORa=1,89 [1,26-2,84]), avoir un niveau secondaire plutôt qu'universitaire (ORa=1,74 [1,22-2,47]), n'avoir aucune couverture maladie plutôt que des droits complets (ORa=3,63 [2,27-5,80]) demeuraient associés à un référencement, tandis que l'AME et un niveau scolaire plus bas, qui étaient associés à un référencement en analyse univariée, ne l'étaient plus après ajustement (tableau 3).

Par ailleurs, 145 participants (11%) ont été adressés à un travailleur social et/ou à un médiateur santé. Parmi eux, 142 étaient immigrés, ce qui porte à 17% (142/842) le pourcentage de participants nés à l'étranger qui se sont vus proposer un accompagnement social dans le cadre du projet.

Tableau 1

Caractéristiques des pères participants à l'étude Partage (N=1 347), Montreuil, 2021-2022

| | % | n |
|---|-----|-------|
| Statut migratoire | | |
| Non immigré | 37% | 505 |
| Immigré | 63% | 842 |
| Région de naissance | | |
| France (métropole et outre-mer) | 37% | 505 |
| Afrique du Nord-Moyen Orient | 18% | 247 |
| Afrique subsaharienne | 29% | 392 |
| Asie | 7% | 96 |
| Reste du monde | 8% | 107 |
| Âge | | |
| Moins de 35 ans | 49% | 661 |
| 35 ans et plus | 51% | 686 |
| Situation administrative | | |
| Séjour régulier | 84% | 1 129 |
| Séjour irrégulier | 13% | 170 |
| Titre de séjour <1 an | 3% | 48 |
| Durée de séjour (immigrés)^a | | |
| >7 ans | 63% | 526 |
| 3-7 ans | 30% | 250 |
| ≤2 ans | 8% | 64 |
| Couverture maladie | | |
| Complète régime général (mutuelle ou C2S) | 74% | 992 |
| Sécurité sociale seule | 11% | 155 |
| AME | 7% | 91 |
| Aucune | 8% | 109 |
| Niveau scolaire | | |
| Jamais scolarisé, niveau primaire, école coranique | 14% | 189 |
| Niveau secondaire | 46% | 619 |
| Études supérieures | 40% | 539 |
| Emploi | | |
| Sans emploi, études ou formation | 13% | 176 |
| Emploi précaire (non contractualisé, intérim, temps partiel subi, intermittence...) | 18% | 240 |
| Emploi non précaire | 69% | 931 |
| Insertion dans le système de santé | | |
| Inséré (médecin traitant, suivi autre...) | 73% | 983 |
| Rarement ou jamais de contact médical | 27% | 364 |
| Couverture vaccinale dTPc^b | | |
| À jour des vaccins dTPc | 26% | 357 |
| Antécédents inconnus ou mal connus | 7% | 89 |
| Vaccination non à jour | 67% | 901 |
| Couverture vaccinale ROR^b | | |
| Vacciné deux doses | 40% | 535 |
| Hors indication de rattrapage (né avant 1980 ou antécédent de rougeole) | 10% | 138 |
| Antécédents inconnus ou mal connus | 22% | 296 |
| Non ou insuffisamment vacciné | 28% | 378 |

C2S : complémentaire santé solidaire ; AME : Aide médicale de l'État ; dTPc : diphtérie-tétanos-poliomyélite-coqueluche ; ROR : rougeole-oreillons-rubéole.

^a Données manquantes pour 2 participants.

^b Selon le calendrier des vaccinations français 2021 : <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/calendrier-des-vaccinations-2021>.

Tableau 2

Facteurs associés à l'établissement d'un diagnostic ou à la remise en soins d'une pathologie en consultation prénatale paternelle, Montreuil, 2021-2022

| | n | % | Régression univariée (N=1 347) OR [IC95%] | Modèle multivarié final ^a (N=1 347) ORa [IC95%] |
|--|-----|-----|---|--|
| Participants diagnostiqués/remis en soin | 240 | 18% | | |
| Statut migratoire | | | | |
| Non immigré | 57 | 11% | - 1 - | |
| Immigré | 183 | 22% | 2,18 [1,58-3,01] | |
| Région de naissance | | | | |
| France (métropole et outre-mer) | 57 | 11% | - 1 - | - 1 - |
| Afrique du Nord-Moyen Orient | 28 | 11% | 1,00 [0,62-1,62] | 0,83 [0,50-1,36] |
| Afrique subsaharienne | 124 | 32% | 3,64 [2,57-5,15] | 2,67 [1,80-3,98] |
| Asie | 16 | 17% | 1,57 [0,86-2,87] | 1,34 [0,73-2,49] |
| Reste du monde | 15 | 14% | 1,28 [0,69-2,36] | 0,89 [0,47-1,69] |
| Niveau scolaire | | | | |
| Études supérieures | 61 | 11% | - 1 - | - 1 - |
| Niveau secondaire | 123 | 20% | 1,94 [1,39-2,71] | 1,84 [1,30-2,60] |
| Aucun, école primaire ou coranique | 56 | 30% | 3,22 [2,13-4,85] | 1,81 [1,15-2,85] |
| Âge | | | | |
| Moins de 35 ans | 114 | 17% | - 1 - | |
| 35 ans et plus | 126 | 18% | 1,08 [0,82-1,43] | |
| Situation administrative | | | | |
| Séjour régulier | 164 | 15% | - 1 - | |
| Séjour irrégulier ou titre séjour <1 an ^b | 76 | 35% | 3,15 [2,28-4,35] | |
| Durée de séjour (immigrés) | | | | |
| >7 ans | 98 | 18% | - 1 - | |
| 3-7 ans | 70 | 28% | 1,70 [1,19-2,42] | |
| ≤2 ans | 15 | 23% | 1,34 [0,72-2,48] | |
| Emploi | | | | |
| Emploi non précaire | 138 | 15% | - 1 - | |
| Emploi précaire (non contractualisé, intérim...) | 62 | 26% | 2,00 [1,42-2,81] | |
| Inactivité, études, formation | 40 | 23% | 1,69 [1,14-2,51] | |
| Couverture maladie | | | | |
| Complète régime général (mutuelle ou C2S) | 148 | 15% | - 1 - | - 1 - |
| Sécurité sociale seule | 25 | 16% | 1,10 [0,70-1,74] | 0,91 [0,56-1,47] |
| AME | 22 | 24% | 1,82 [1,10-3,03] | 1,07 [0,62-1,87] |
| Aucune | 45 | 41% | 4,01 [2,64-6,10] | 2,58 [1,63-4,09] |
| Insertion dans le système de santé | | | | |
| Médecin traitant ou autre suivi médical | 147 | 15% | - 1 - | |
| Éloigné du système de santé | 93 | 26% | 1,95 [1,45-2,61] | |

OR : odds ratio ; ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; C2S : complémentaire santé solidaire ; AME : Aide médicale de l'État. Les données en gras correspondent aux OR et ORa significatifs.

^a Les variables incluses dans le modèle multivarié complet étaient : région de naissance, niveau scolaire, âge, emploi, couverture maladie. La durée de séjour et le statut administratif ont été exclus car ils ne concernaient que les immigrés. L'insertion dans le système de santé a été exclue pour colinéarité avec la couverture maladie. Le statut migratoire a été exclu pour colinéarité avec la région de naissance.

^b Les catégories « séjour irrégulier » et « titre de séjour <1 an » ont été réunies pour augmenter la puissance et parce qu'elles impliquent des difficultés similaires dans le quotidien des participants et leurs rapports aux institutions.

Des mises à jour vaccinales ont été réalisées sur place pour 591 participants (44%), plus souvent nés à l'étranger qu'en France (OR=2,39 [1,90-3,02]) ; 60% des participants qui avaient un retard vaccinal ont reçu une ou plusieurs injections de rattrapage sur place. De plus, la vaccination dTPc a été

prescrite ou recommandée sans injection sur place à 27% des participants, la vaccination ROR à 12%.

En analyse multivariée, être né en Afrique subsaharienne (ORa=1,99 [1,46-2,72]), en Asie (ORa=1,83 [1,16-2,88]) ou en Afrique du Nord-Moyen Orient (ORa=1,47 [1,06-2,03]), plutôt

qu'en France restait associé à la réalisation d'injections sur site. C'était également le cas pour le fait de n'avoir pas atteint ou dépassé l'école primaire, plutôt qu'avoir fait des études supérieures (ORa=1,75 [1,20-2,56]), de n'avoir aucune couverture maladie (ORa=3,16 [1,98-5,04]), l'AME

(ORa=1,68 [1,05-2,67]), ou des droits de base à l'Assurance maladie (ORa=1,69 [1,19-2,41]), plutôt que d'être couvert par l'Assurance maladie avec une complémentaire santé. En revanche, un niveau secondaire et l'absence d'emploi stable n'y étaient plus associés après ajustement (tableau 4).

Tableau 3

Facteurs associés au référencement à un ou plusieurs professionnels de santé à l'issue de la consultation prénatale paternelle, Montreuil, 2021-2022

| | n | % | Régression univariée (N=1 347) OR [IC95%] | Modèle multivarié final ^a (N=1 347) ORa [IC95%] |
|--|-----|-----|---|--|
| Participants adressés à un ou des soignants | 225 | 17% | | |
| Statut migratoire | | | | |
| Non immigré | 59 | 12% | - 1 - | |
| Immigré | 166 | 20% | 1,86 [1,35-2,56] | |
| Région de naissance | | | | |
| France (métropole et outre-mer) | 59 | 12% | - 1 - | - 1 - |
| Afrique du Nord-Moyen Orient | 25 | 10% | 0,85 [0,52-1,40] | 0,62 [0,37-1,05] |
| Afrique subsaharienne | 108 | 28% | 2,88 [2,02-4,08] | 1,89 [1,26-2,84] |
| Asie | 18 | 19% | 1,74 [0,98-3,12] | 1,45 [0,80-2,63] |
| Reste du monde | 15 | 14% | 1,23 [0,67-2,27] | 0,76 [0,40-1,46] |
| Niveau scolaire | | | | |
| Études supérieures | 59 | 11% | - 1 - | - 1 - |
| Niveau secondaire | 118 | 19% | 1,92 [1,37-2,68] | 1,74 [1,22-2,47] |
| Aucun, école primaire ou coranique | 48 | 25% | 2,77 [1,81-4,23] | 1,50 [0,93-2,41] |
| Âge | | | | |
| Moins de 35 ans | 112 | 17% | - 1 - | |
| 35 ans et plus | 113 | 16% | 0,97 [0,73-1,29] | |
| Situation administrative | | | | |
| Séjour régulier | 153 | 14% | - 1 - | |
| Séjour irrégulier ou titre séjour <1 an ^b | 72 | 33% | 3,15 [2,26-4,37] | |
| Durée de séjour (immigrés) | | | | |
| >7 ans | 84 | 16% | - 1 - | |
| 3-7 ans | 65 | 26% | 1,85 [1,28-2,67] | |
| ≤2 ans | 17 | 27% | 1,90 [1,04-3,47] | |
| Emploi | | | | |
| Emploi non précaire | 127 | 14% | - 1 - | |
| Emploi précaire (non contractualisé, intérim...) | 60 | 25% | 2,11 [1,49-2,98] | |
| Inactivité, études, formation | 38 | 22% | 1,74 [1,16-2,61] | |
| Couverture maladie | | | | |
| Complète régime général (mutuelle ou C2S) | 129 | 13% | - 1 - | - 1 - |
| Sécurité sociale seule | 28 | 18% | 1,47 [0,94-2,31] | 1,30 [0,82-2,07] |
| AME | 23 | 25% | 2,26 [1,36-3,76] | 1,68 [0,96-2,92] |
| Aucune | 45 | 41% | 4,70 [3,08-7,19] | 3,63 [2,27-5,80] |
| Insertion dans le système de santé | | | | |
| Médecin traitant ou autre suivi médical | 105 | 11% | - 1 - | |
| Éloigné du système de santé | 120 | 33% | 4,11 [3,05-5,53] | |

OR : odds ratio ; ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; C2S : complémentaire santé solidaire ; AME : Aide médicale de l'État. Les données en gras correspondent aux OR et ORa significatifs.

^a Les variables incluses dans le modèle multivarié complet étaient : région de naissance, niveau scolaire, âge, emploi, couverture maladie. La durée de séjour et le statut administratif ont été exclus car ils ne concernaient que les immigrés. L'insertion dans le système de santé a été exclue pour colinéarité avec la couverture maladie. Le statut migratoire a été exclu pour colinéarité avec la région de naissance.

^b Les catégories « séjour irrégulier » et « titre de séjour <1 an » ont été réunies pour augmenter la puissance et parce qu'elles impliquent des difficultés similaires dans le quotidien des participants et leurs rapports aux institutions.

Tableau 4

Facteurs associés à l'injection d'au moins une valence du calendrier vaccinal en consultation prénatale paternelle, Montreuil, 2021-2022

| | n | % | Régression univariée (N=1 347) OR [IC95%] | Modèle multivarié final ^a (N=1 347) ORa [IC95%] |
|--|-----|-----|---|--|
| Participants vaccinés sur place | 591 | 44% | | |
| Statut migratoire | | | | |
| Non immigré | 156 | 31% | - 1 - | |
| Immigré | 435 | 52% | 2,39 [1,90-3,02] | |
| Région de naissance | | | | |
| France (métropole et outre-mer) | 156 | 31% | - 1 - | - 1 - |
| Afrique du Nord-Moyen Orient | 111 | 45% | 1,83 [1,33-2,50] | 1,47 [1,06-2,03] |
| Afrique subsaharienne | 226 | 58% | 3,05 [2,31-4,01] | 1,99 [1,46-2,72] |
| Asie | 48 | 50% | 2,24 [1,44-3,48] | 1,83 [1,16-2,88] |
| Reste du monde | 50 | 47% | 1,96 [1,28-3,00] | 1,41 [0,90-2,20] |
| Niveau scolaire | | | | |
| Études supérieures | 197 | 37% | - 1 - | - 1 - |
| Niveau secondaire | 275 | 44% | 1,39 [1,10-1,76] | 1,19 [0,93-1,53] |
| Aucun, école primaire ou coranique | 119 | 63% | 2,95 [2,09-4,16] | 1,75 [1,20-2,56] |
| Âge | | | | |
| Moins de 35 ans | 273 | 41% | - 1 - | |
| 35 ans et plus | 318 | 46% | 1,23 [1,00-1,52] | |
| Situation administrative | | | | |
| Séjour régulier | 444 | 39% | - 1 - | |
| Séjour irrégulier ou titre séjour <1 an ^b | 147 | 67% | 3,19 [2,35-4,34] | |
| Durée de séjour (immigrés) | | | | |
| >7 ans | 252 | 48% | - 1 - | |
| 3-7 ans | 145 | 58% | 1,50 [1,11-2,03] | |
| ≤2 ans | 37 | 58% | 1,49 [0,88-2,52] | |
| Emploi | | | | |
| Emploi non précaire | 368 | 40% | - 1 - | |
| Emploi précaire (non contractualisé, intérim...) | 136 | 57% | 2,00 [1,50-2,67] | |
| Inactivité, études, formation | 87 | 49% | 1,49 [1,08-2,07] | |
| Couverture maladie | | | | |
| Complète régime général (mutuelle ou C2S) | 372 | 38% | - 1 - | - 1 - |
| Sécurité sociale seule | 84 | 54% | 1,97 [1,40-2,77] | 1,69 [1,19-2,41] |
| AME | 55 | 60% | 2,55 [1,64-3,95] | 1,68 [1,05-2,67] |
| Aucune | 80 | 73% | 4,60 [2,95-7,17] | 3,16 [1,98-5,04] |
| Insertion dans le système de santé | | | | |
| Médecin traitant ou autre suivi médical | 393 | 40% | - 1 - | |
| Éloigné du système de santé | 198 | 54% | 1,79 [1,40-2,28] | |

OR : odds ratio ; ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95% ; C2S : complémentaire santé solidaire ; AME : Aide médicale de l'État.
Les données en gras correspondent aux OR et ORa significatifs.

^a Les variables incluses dans le modèle multivarié complet étaient : région de naissance, niveau scolaire, âge, emploi, couverture maladie. La durée de séjour et le statut administratif ont été exclus car ils ne concernaient que les immigrés. L'insertion dans le système de santé a été exclue pour colinéarité avec la couverture maladie. Le statut migratoire a été exclu pour colinéarité avec la région de naissance.

^b Les catégories « séjour irrégulier » et « titre de séjour <1 an » ont été réunies pour augmenter la puissance et parce qu'elles impliquent des difficultés similaires dans le quotidien des participants et leurs rapports aux institutions.

Discussion

Cette consultation a permis de diagnostiquer ou de remettre en soins 18% des participants (atteints d'une pathologie non diagnostiquée ou en rupture de suivi), d'en adresser 17% à un professionnel de santé et 11% à un accompagnement social.

Elle a amené au test VIH une population d'hommes hétérosexuels sexuellement actifs largement éligible au dépistage recommandé par la Haute Autorité de santé (HAS) aux deux futurs parents, avec une acceptation très élevée de ce dépistage, comparable à celle observée chez les femmes enceintes². La consultation a aussi permis d'identifier un large retard vaccinal (coqueluche : 68%, rougeole : 29%) vis-à-vis d'agents infectieux responsables d'un nombre croissant d'infections sévères¹⁷, notamment chez les nouveau-nés¹⁸, de prescrire les vaccins manquants et d'injecter une ou plusieurs valences sur place à 60% des participants dont les vaccins n'étaient pas à jour. Là encore, l'acceptation était élevée, et le rattrapage aurait probablement été plus important si le projet avait disposé du nombre de doses permettant de réaliser toutes les mises à jour en unité de temps et de lieu.

La consultation a permis le diagnostic précoce de pathologies transmissibles, avec un effet vraisemblable de prévention sur leur diffusion, et de pathologies transmissibles et non transmissibles dont l'identification plus tardive aurait probablement généré des coûts supérieurs pour le système de santé¹⁹.

L'absence de couverture maladie était fortement associée à tous les indicateurs d'impact : parmi les participants sans droits à l'Assurance maladie, 41% ont eu un diagnostic médical, 41% ont été adressés à un soignant, 72% à un travailleur social et 73% ont reçu une ou plusieurs mises à jour vaccinales sur place.

Les immigrés précaires sont ceux qui s'étaient le plus saisis de l'offre de consultation adressée à l'ensemble des futurs pères¹⁶. C'est également dans cette population que les effets en termes de repérage de pathologies ont été les plus nombreux. Une part du surcroît de diagnostics chez les immigrés d'Afrique subsaharienne s'explique par la prévalence accrue de l'hépatite B dans cette population, et par la recherche de bilharziose circonscrite aux pères originaires de cette partie du globe.

De même, la surreprésentation des hommes immigrés précaires parmi les participants vaccinés sur place reflète la priorité qui leur a été donnée, et non pas une réticence à la vaccination parmi les autres participants. Les participants allophones, éloignés du soin ou sans couverture maladie complète ont été prioritaires pour recevoir immédiatement les valences vaccinales qui leur manquaient sur la dotation allouée au projet, tandis que les participants bien insérés socialement et suivis

par un médecin traitant se sont plus souvent vus proposer une vaccination différée. De même, un effort a été fait pour récupérer les carnets de santé des participants nés en France, éventuellement lors d'une seconde consultation, tandis que l'absence d'anamnèse vaccinale pouvait être actée dès la première consultation chez la plupart des immigrés qui rencontraient un soignant pour la première fois depuis le départ de leur pays d'origine. Enfin, l'ouverture de droits à l'Assurance maladie étant l'un des objectifs de l'intervention, les participants qui n'étaient pas couverts ont systématiquement été adressés à un travailleur social. Ils sont donc surreprésentés dans l'évaluation de l'impact sur cet indicateur.

À notre connaissance, Partage est la première consultation structurée systématiquement proposée aux futurs pères pour prendre soin de leur propre santé. Les interventions antérieures adressées aux hommes pendant la grossesse se limitaient au dépistage paternel du VIH, en particulier en zone d'endémie²⁰, au dépistage élargi aux hépatites et aux IST²¹, ou bien visaient l'implication des hommes dans le suivi prénatal de leur conjointe²² ou l'accompagnement à la parentalité²³.

Cette consultation, bien acceptée¹⁶, permet de mettre en œuvre une politique de prévention, d'identifier ou de remettre en soin chez ces hommes jeunes des pathologies à un stade précoce pour lesquelles ils ne consultaient pas spontanément. Elle a donc une utilité de santé publique.

Cependant, cette étude ne donne pas les clés de sa répliquabilité. Le succès était fondé sur la démarche proactive des sages-femmes de recherche, qui ont appelé un à un tous les hommes éligibles. Cette éligibilité elle-même était liée au schéma d'étude, monocentrique et intrahospitalier, qui nous a permis de nous adresser à chaque femme enceinte pour accéder, avec son consentement, à son éventuel conjoint. Enfin, l'étude était adossée au Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) hospitalier, structure financée par un fond d'investissement régional, où les consultations multidisciplinaires, les actes infirmiers et la biologie ne sont pas facturés. Le passage à l'échelle posera la question de l'identification des futurs pères et des outils déployés pour leur proposer la consultation. Il impliquera le financement d'un paquet de soins comprenant une consultation complexe, un bilan biologique, les vaccins à mettre à jour et une éventuelle consultation pour remise des résultats et insertion dans un parcours de soins d'aval.

Conclusion et perspectives

La consultation prénatale paternelle a été bien acceptée et utile. Son déploiement est actuellement évalué à l'échelle de la ville de Montreuil (étude Partage 2). L'universalisation de cette consultation longue et complexe se heurte à des enjeux de financement. Pourtant, c'est un outil de prévention

qui a démontré son efficacité et contribuerait à une réduction des inégalités de genre et sociales de santé. ■

Le groupe de travail Partage comprend, en plus des autrices et auteurs : Clotilde Trevisson, Anne-Laurence Doho, Patricia Obergfell, Djamilia Gherbi, Emilie Daumergue, Naima Osmani, Sandrine Dekens, Oumar Sissoko (Arcat), Virginie Supervie, France Lert, Bruno Renevier, Thomas Phuong, Stéphanie Demarest, Ngone Diop.

Remerciements

Les autrices et auteurs remercient tous les participants.

Nous remercions Christophe Michon, Nathalie Lydié, Joanna Orne-Gliemann, Laurent Mandelbrot, Corinne Taeron, Nicolas Derche, Gwenaëlle Morvan, Bernadette Rwegera, Mélanie Jaunay, Ruth Foundje Notemi, Coraline Delebarre, Elisa Wardzala, Caroline Regnier, Clelia Fouache, Hiba Boufares, Paul Chalvin, Perrine Bonnefoy, Priscillia Ribouchon, Abdelkrim Imechket, Pauline Aubry, Francis Bouvier, David Benhammou, Véronique Doré et Yoann Allier (ANRS-MIE), Frédéric Goyet (ARS Île-de-France), la ville de Montreuil, Marie Pastor (Conseil départemental de Seine-Saint-Denis), les médecins généralistes partenaires du projet (notamment les médecins des CMS de Montreuil, Romainville et Pantin et de la maison de santé de Villemomble, Marie Némon et Sabrina Kadri à Rosny-sous-Bois, Claire Petroff aux Lilas, Anna Hourdet à Bagnolet, Charine Ikbal à Noisy-le-Sec, Arnaud Dubédât à Champigny-sur-Marne, Agathe Lombart et Carole Villaume à Noisy-le-Grand), les médecins du GHT Grand Paris Nord Est (en particulier Bruno Renevier et les praticiens de gynécologie-obstétrique, Pascal Biehler, Nadia Ben Lagha, Justine Bellinger, Isabelle Auperin).

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Financements

Le projet Partage a été financé par l'Agence nationale de recherche sur le sida, les hépatites virales, la tuberculose et les maladies infectieuses émergentes (ANRS-MIE : financement des salaires de l'équipe de recherche) et par la Société française de lutte contre le sida (SFLS, mise en oeuvre et évaluation d'une consultation hors les murs de l'hôpital le samedi matin). L'hôpital de Montreuil a également reçu une subvention de la société Gilead pour développer les outils informatiques et les supports de communication du projet Partage.

Références

[1] Bertrand M, Jabagi MJ, Zureik M. Vaccination contre la coqueluche pour les femmes enceintes dont la grossesse a commencé entre août 2023 et mars 2024, dans le contexte épidémique de 2024 en France. Saint-Denis: EPI-Phare; 2024. 17 p. <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/vaccination-coqueluche-femmes-enceintes/>

[2] Tran TC, Pillonel J, Cazein F, Sommen C, Bonnet C, Blondel B, *et al.* Antenatal HIV screening: Results from the National Perinatal Survey, France, 2016. *Euro Surveill.* 2019;24(40):1800573.

[3] Tancredi M, Chrusciel J, Zaouia S, Mergey V, Laplanche D, Sanchez S. Implementing telemedicine for the care of women with gestational diabetes mellitus in a rural hospital: An observational retrospective study. *BMC Health Serv Res.* 2024; 24(1):1316.

[4] Chevrot J, Khelladi I, Omont L, Wolber O, Bikun Bi Nkott F, Fourré C, *et al.* La Seine-Saint-Denis : entre dynamisme économique et difficultés sociales persistantes. *Insee Analyses.* 2020;(114):1-6. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4308516>

[5] Baker P, Dworkin SL, Tong S, Banks I, Shand T, Yamey G. The men's health gap: Men must be included in the global health equity agenda. *Bull World Health Organ.* 2014;92(8):618-20.

[6] World Health Organization Regional Office for Europe. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Final report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. 234 p. <https://iris.who.int/handle/10665/108636>

[7] Hay K, McDougal L, Percival V, Henry S, Klugman J, Wurie H, *et al.* Disrupting gender norms in health systems: Making the case for change. *Lancet.* 2019;393(10190):2535-49.

[8] Institut national de la statistique et des études économiques. Femmes et hommes, l'égalité en question. Montrouge: Insee; 2022. 208 p. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047805>

[9] Marty L, Cazein F, Panjo H, Pillonel J, Costagliola D, Supervie V, *et al.* Revealing geographical and population heterogeneity in HIV incidence, undiagnosed HIV prevalence and time to diagnosis to improve prevention and care: Estimates for France. *J Int AIDS Soc.* 2018;21(3):e25100.

[10] Cazein F, Pichon P, Kunkel A, Lot F. Qui sont les personnes ayant développé un sida en France depuis 2012, malgré l'existence de traitements efficaces ? *Bull Epidemiol Hebd.* 2024;(23-24):549-57. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/23-24/2024_23-24_6.html

[11] Pierre A, Rochereau T. L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019 – Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS). *Questions d'économie de la santé.* 2022;(268):1-8. <https://www.irdes.fr/recherche/2022/qes-268-l-absence-de-couverture-par-une-complementaire-sante-en-france-en-2019.html>

[12] Dourgnon P, Jusot F, Marsaudon A, Sarhiri J, Wittwer J. Just a question of time? Explaining non-take-up of a public health insurance program designed for undocumented immigrants living in France. *Health Econ Policy Law.* 2023;18(1):32-48.

[13] Ministère des Solidarités et de la Santé. Livret de nos 1 000 premiers jours. 2021. 24 p. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret-1000-premiers-jours-url_actives-a_imprimer_v2.pdf

[14] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Carnet de santé maternité. 2006. 46 p. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/carnet_de_maternite__bd_2016v02.pdf

[15] Assurance maladie. Guide Ma maternité : je prépare l'arrivée de mon enfant. 2023. 42 p. <https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/guide-maternite-2023.pdf>

[16] Penot P, Jacob G, Guerizec A, Trevisson C, Letembet VA, Harich R, *et al.* Partage : une consultation prénatale proposée à tous les pères d'enfants à naître à Montreuil, Seine-Saint-Denis. *Bull Epidemiol Hebd.* 2024;(8):142-53. https://beh.sante-publiquefrance.fr/beh/2024/8/2024_8_1.html

[17] Das M. Rising measles cases in Europe – A threat to children. *Lancet Infect Dis.* 2024;24(8):e489.

[18] Khalil A, Samara A, Campbell H, Ladhani SN, Amirthalingam G. Recent increase in infant pertussis cases in Europe and the critical importance of antenatal immunizations: We must do better... now. *Int J Infect Dis.* 2024;146:107148.

[19] Guillon M, Celse M, Geoffard PY. Economic and public health consequences of delayed access to medical care for migrants living with HIV in France. *Eur J Health Econ.* 2018;19(3):327-40.

[20] Hampanda KM, Pelowich K, Freeborn K, Graybill LA, Mutale W, Jones KR, *et al.* Strategies to increase couples HIV testing and counselling in sub-Saharan Africa: A systematic review. *J Int AIDS Soc.* 2023;26(3):e26075.

[21] Dhairyawan R, Creighton S, Sivyour L, Anderson J. Testing the fathers: Carrying out HIV and STI tests on partners of pregnant women. *Sex Transm Infect.* 2012;88(3):184-6.

[22] Tokhi M, Comrie-Thomson L, Davis J, Portela A, Chersich M, Luchters S. Involving men to improve maternal and newborn health: A systematic review of the effectiveness of interventions. *PloS One.* 2018;13(1):e0191620.

[23] McHale JP, Stover C, Dube C, Sirotkin Y, Lewis S, McKay K. Randomized controlled trial of a prenatal focused

coparenting consultation for unmarried black fathers and mothers: One-year infant and family outcomes. *Infant Ment Health J.* 2023;44(1):27-42.

Citer cet article

Penot P, Jacob G, Guerizec A, Letembet VA, Harich R, Mendes de Sousa M, *et al.* Consultation prénatale dédiée aux futurs pères : un outil d'accès au système de soins. *Bull Epidemiol Hebd.* 2025;(9):149-62. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/9/2025_9_2.html

Annexe 1

QUESTIONNAIRE PATERNEL-TRAME DE CONSULTATION

Présentation du projet :

« Nous essayons, à Montreuil, de nous intéresser aussi à la bonne santé des hommes car la santé de la famille passe par celle des deux parents. C'est pourquoi nous proposons une consultation prénatale à tous les hommes qui vont avoir un enfant dans notre hôpital.

Je suis (identité, métier), nous allons aborder ensemble votre santé, vos vaccins, votre statut vis-à-vis des maladies infectieuses et vérifier que vous pouvez avoir accès facilement aux professionnels de santé dont vous avez besoin. Après, je prendrai votre tension, je vérifierai avec vous vos vaccins et je vous proposerai un bilan biologique.

Toutes les informations qui vous concernent sont confidentielles, elles ne sont pas transmises à la mère de l'enfant à naître ni à l'équipe de maternité.

Nous faisons une étude auprès des pères pour mieux comprendre leurs besoins en prévention et en santé avant de généraliser cette consultation à tous les hommes qui vont avoir un enfant. Êtes-vous d'accord pour que je vous pose des questions qui ne correspondent pas toutes à votre situation, et que vos réponses soient utilisées, anonymement, pour améliorer nos connaissances sur la santé des futurs pères ? Cela va nous prendre environ 10 minutes »

« Avez-vous d'autres enfants (enfants déjà nés) ? »

Oui, avec la même mère → combien

Oui, avec une autre mère → combien

Non

Si homme né à l'étranger s'ouvre la question :

Nombre d'enfants vivant au pays

Nombre d'enfants vivant en France

Si enfants déjà nés

→ « À la dernière grossesse avez-vous fait un test ou une consultation de dépistage ? » oui dans le cadre du projet pilote de dépistage des pères ici/oui, dans un autre cadre/ne sait pas/non

« Qui vous a parlé en premier de la consultation prénatale dédiée aux pères ? »

La future mère, l'agent d'accueil à l'ouverture du dossier prénatal, l'agent d'accueil lors d'une consultation prénatale, un professionnel de santé de l'hôpital, un professionnel de santé en dehors de l'hôpital, un membre de l'équipe de recherche à la maternité, un membre de l'équipe de recherche par mail, un membre de l'équipe de recherche par téléphone, un ami/parent, un média = j'ai vu une affiche/plaquette/vu/entendu une émission, lu un article, une association, autre (+précision)

« **Comment avez-vous pris RDV ?** » Je suis venu sans rdv, c'est ma conjointe qui a pris rdv pour moi, c'est l'équipe de recherche qui a proposé le rdv, c'est moi qui ai fait la démarche, je ne sais pas

Mode de prise de rendez-vous : par mail, par Doctolib®, téléphone, présentiel, je ne sais pas, autre : texte libre

« **Dans quel pays êtes-vous né ?** » *Menu déroulant*

Si né à l'étranger :

→ « **En quelle année êtes-vous arrivé en France ?** »

→ « **Quelle était la principale raison de votre venue en France ?** »

Tenter ma chance, trouver du travail / Rejoindre ma compagne/ Rejoindre un autre membre de ma famille / Menaces dans le pays d'origine / Études / Raisons médicales / Autre + texte libre

→ « **Quelle est votre situation administrative actuelle ?** » Ou : Vous êtes en situation régulière ? Irrégulière ?

Puis détail : (Pas du tout de papiers/titre de séjour court (récépissé-autorisation provisoire de séjour-titre de moins d'un an/Titre de séjour 1 an ou+/carte de séjour 10 ans/CNI Fr/Ressortissant UE/AUTRE)

« **Avez-vous une assurance santé ?** » Ou : De quoi bénéficiez-vous actuellement pour couvrir vos dépenses de santé ?

(Sécu + mutuelle, sécu seule, ALD, CMU-C, PUMA-CMU, AME, aucune, assurance étrangère, Couverture sociale Européenne, rien)

« **Quel est votre métier ?** » texte libre

« **Et actuellement, votre situation professionnelle ?** »

Sans emploi ou petits boulots – au noir (non contractualisé) / CDD précaire ou temps partiel subi ou intérim ou intermittence précaire ou indépendant précaire / CDI ou indépendant non précaire ou CDD non précaire ou intermittence non précaire/ Élève, étudiant ou en formation.

« **Actuellement, comment êtes-vous logé ?** »

Dans un logement personnel (vous êtes chez vous, locataire ou propriétaire) / Hébergé par de la famille, des connaissances / En foyer ou CADA / Hébergé par une association / Vous dormez à la rue ou vous êtes au 115

« **Êtes-vous allé à l'école ? Si vous êtes allé à l'école, quelle est la dernière classe que vous avez suivie ?** »

Jamais/ Primaire ou école coranique/ Secondaire/ Études supérieures

« **Depuis combien de temps êtes-vous en couple ?** »

<1 an / 1-3 ans / 4-10 ans / >10 ans / on n'est pas vraiment ensemble

« **Vivez-vous ensemble ?** »

Oui/non/plus ou moins (texte libre si plus ou moins)

Si a répondu « oui » à « vivez-vous ensemble » :

« **Êtes-vous mariés ?** »

Non / Oui monogame (toute forme de mariage : traditionnelle civile religieuse ou PACS) / Oui polygame ou autre foyer concomitant

« **Quelle est la principale source de revenus du foyer ?** »

Moi/ma conjointe/à peu près équilibré/aucun revenu officiel hors allocations éventuelles

« **Dans les 12 derniers mois, avez-vous eu plusieurs partenaires sexuels ?** » (dont la mère de l'enfant à naître)

Oui/non

Si oui :

→ Femme(s) : oui/non

→ Homme(s) : oui/non

→ Occasionnel.le(s) oui/non

→ Régulier.e(s) oui/non

→ Occasionnel.le/régulier.e

« **À quelle fréquence et dans quel cadre avez-vous des contacts avec le système de soins ?** »

- J'ai un médecin traitant et je peux le voir si besoin, mais ce n'est pas régulier
- Je n'ai pas de médecin traitant et je suis très rarement en contact avec les soins
- J'ai un médecin (généraliste ou spécialiste) que je vois régulièrement pour une pathologie chronique
- Je n'ai vu personne depuis que je suis adulte (sauf médecin du travail éventuel)
- Je n'ai vu personne depuis que je suis arrivé en France (pour les migrants)
- Depuis que je suis adulte (ou depuis que je suis arrivé en France), je n'ai vu des soignants qu'aux urgences de l'hôpital

Si réponse non 3 non 4 :

→ « **À quand remonte votre dernier rendez-vous médical en France** (année approximative) ? » : XXXX
(en 4 chiffres)

« **Avez-vous déjà fait un test du VIH ?** » et si oui : date du dernier test (année)/résultat (négatif, positif, douteux)

Si séropositif connu (= résultat positif à la question antérieure) :

- « **Êtes-vous suivi pour le VIH ?** » oui et sous traitement antirétroviral et dernière consultation il y a moins d'un an / suivi antérieur mais pas de consultation depuis >12 mois ou pas de traitement ou rupture de traitement / jamais de suivi
- « **Votre charge virale est-elle indétectable ?** oui/non/ne sait pas
- « **En avez-vous parlé avec la mère de l'enfant ?** » oui/non

Si « oui » à la question du test :

→ « **Quelle était le motif du dernier dépistage ?** »

- Grossesse de ma partenaire
- De ma propre initiative ou à la demande de ma partenaire
- Sur proposition d'un soignant
- Sur proposition d'une association/dépistage collectif/dépistage dans la rue...

« Avez-vous déjà fait un test avec la mère de l'enfant à naître, ou échangé les résultats de tests faits séparément ? »

- Oui (test conjoint ou échange de résultats)
- Non mais on a parlé de faire des tests
- Non et on n'en a jamais parlé
- J'ai fait un test et je lui ai communiqué le résultat
- Elle a fait un test et m'a communiqué le résultat

« Concernant l'hépatite B »

- Je l'ai eue et je suis guéri
- Je suis porteur d'une hépatite B chronique et je suis suivi
- Je suis porteur d'une hépatite B chronique et je ne suis pas (ou plus) suivi
- Je suis vacciné
- J'ai fait un dépistage et on m'a dit que j'étais protégé
- J'ai fait un dépistage et on m'a seulement dit que j'étais négatif
- Je ne sais pas ce que c'est ou quel est mon statut

(Pour l'investigateur regarder carnet de santé + résultats bio rapportés et compléter si besoin avec ces infos)

« Avez-vous fait un test de l'hépatite C dans votre vie ? » oui/non/ne sait pas

Si naissance en France : « Avez-vous reçu un ou des vaccins depuis que vous êtes majeur ? » Oui, non, ne sait pas

« Avez-vous eu dans le passé une infection sexuellement transmissible ? » oui/non/ne sait pas

Si oui, vous souvenez-vous laquelle ? (Menu déroulant : on inclut les hépatites C dans les IST même si autres modes de transmission)

« Avec-vous subi des violences ? » (Autres qu'une rixe ponctuelle, qu'une altercation): Oui/non

- Si oui : violences physiques, violences sexuelles, les 2. Si oui aux violences :
- Au pays, sur la route, en France, au pays et sur la route, au pays et en France, sur la route et en France
- Avez-vous pu avoir un soutien après ces violences : oui en cours, oui passé, non
- Avez-vous pu en parler : non/avec un.e proche/avec un travailleur social/avec un professionnel de santé/avec quelqu'un dans une association/avec plusieurs personnes dans cette liste
- Avez-vous porté plainte : oui/non

Offre systématique de prise en soins

Examen clinique

Symptômes ? (oui/non si oui texte libre)

Examen physique : Non obligatoire ; texte libre

Pression artérielle (PAS/PAD en mmHg)

Documenter :

- Bilan proposé (si non proposé : renseigner le motif : Dépistage déjà effectué pdt cette grossesse, autre)
- Bilan prélevé (si non prélevé : renseigner le motif. Refusé : motif texte libre/Ajourné/Prélevé ailleurs)
- Carnet de santé ou de vaccination : vu/perdu/inaccessible/photos/à rapporter
- Vaccination proposée : menu déroulant DTPC, ROR, Hépatite B, Meningo C, Grippe, Pneumocoque, Hépatite A, HPV, DTPC+ROR, DTPC+VHB, ROR+VHB, DTPC+ROR+VHB, autre (texte libre))
- Vaccination administrée le jour de la consultation (même menu déroulant), autre (texte libre)
- Vaccination ou évaluation ultérieure : 2^e et 3^e dose VHB, 3^e dose VHB, Ac anti HbS, 2^e dose ROR, 2^e et 3^e dose HPV, 3^e dose HPV, Pneumocoque non conjugué, autre (texte libre)

Consultation de rendu : prévue en présentiel, prévue par mail, prévue par téléphone

Référencement : oui/non

Si oui : travailleur social, médecin généraliste, médecin spécialiste, médecin du Cegidd, psychologue, réseau associatif, autre (texte libre). Sur ce seul item plusieurs choix possibles

« Qu'est-ce qui vous a motivé à venir en consultation ? » texte libre

« Pensez-vous que cette consultation est adaptée aux besoins en santé des futurs pères ? » suggestions pour améliorer son contenu – texte libre non limité

« Qu'est-ce qu'on peut faire pour qu'un maximum de pères l'acceptent ? » suggestions pour améliorer le format (lieu, horaire, programmation) – texte libre non limité.

DÉROULÉ DE LA CONSULTATION ET PROCÉDURES DE PRESCRIPTION DES EXAMENS BIOLOGIQUES

Le médecin ou la sage-femme explique l'objectif et le déroulé de la consultation prénatale paternelle, recueille la non-opposition, mesure la pression artérielle, administre le questionnaire paternel, fait un examen clinique si symptômes, vérifie les vaccins, propose et prescrit les examens biologiques.

Les échantillons biologiques sont collectés sur place immédiatement après la consultation par une infirmière, un ou une médecin, ou une sage-femme.

Test VIH : tous les participants (sauf VIH+ documenté ou test réalisé pendant ou juste avant la grossesse en cours) par sérologie ELISA ABBOTT ARCHITECT® ou TROD INSTI® de NEPHROTEK

Anticorps anti-HBs : participants nés en France sans preuve d'immunité (vaccination complète ou dosage antérieur ≥ 100 mUI/mL), à l'exception des participants avec Ag HBs positif documenté

Anticorps anti-HBs, anticorps anti-HBc, antigène HBs : participants nés à l'étranger sans preuve d'immunité et sans Ag HBs positif documenté ; participants avec anticorps anti-HBs < 100 mUI/mL (ajout automatique par le laboratoire)

Hépatite C : participants nés à l'étranger sans antécédent connu d'hépatite C ; participants nés en France avec antécédent d'exposition au sang

Charge virale hépatite C : participants avec notion d'hépatite C sans charge virale indétectable documentée

Amplification de *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* sur 1^{er} jet d'urines : participants < 30 ans ou déclarant plusieurs partenaires dans les 12 derniers mois

Sérologie bilharziose : participants ayant grandi en zone d'endémie n'ayant jamais été testés auparavant

Glycémie : participants considérés à risque de diabète non diagnostiqué par l'investigateur ou l'investigatrice, ou symptomatiques (polyuro-polydypsie), ou avec diabète en rupture de suivi (hémoglobine glycosylée possible)

Tout autre examen en fonction de la présentation clinique et de l'entretien médical

Les résultats d'analyses sont remis et expliqués soit en face-à-face (rendez-vous de rendu), soit par téléphone, soit par courriel, en fonction du choix du participant si ces examens sont normaux, et en face-à-face chaque fois qu'une anomalie est détectée.

Les **prises à jour vaccinales** sont proposées et prescrites d'emblée si le participant a rapporté son carnet de santé/vaccination ou lors du rendez-vous de rendu si ce carnet (ou des photos) sont accessibles en différé. Les vaccins sont proposés sur stock de l'étude en l'absence de couverture maladie complète et si rapporter les doses ou réaliser les injections ailleurs met le participant en difficulté.

Les participants sont **adressés aux professionnels soignants et à l'accompagnement social** en fonction de leurs besoins, avec lettre de référencement et aide à la prise de rendez-vous chaque fois que c'est nécessaire.

Détail des diagnostics portés, adressages réalisés et des tests VIH prélevés en consultation prénatale paternelle, Montreuil, 2021-2022 (N=1 347)
a) Pathologies découvertes ou remises en soins après rupture de suivi

| | n |
|---|------------|
| Maladies infectieuses (hors dermatologie) | 106 |
| Hépatites B incidentes | 35 |
| Hépatites B en rupture de suivi | 18 |
| Hépatites C (sérologie positive jamais documentée auparavant) | 5 |
| Syphilis (tests tréponémique et non tréponémique positifs, non connus auparavant) | 4 |
| Portage urétral de <i>Chlamydia trachomatis</i> | 9 |
| Portage urétral de <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | 1 |
| Bilharziose (sérologie positive jamais documentée auparavant) | 31 |
| Pathologies cardio-métaboliques | 63 |
| Pression artérielle élevée | 45 |
| Diabète/intolérance au glucose | 8 |
| Syndrome métabolique | 7 |
| Pathologies dermatologiques | 28 |
| Pathologies psychiques | 17 |
| Pathologies neuromusculaires, rhumatologiques | 16 |
| Pathologies gastro-intestinales et proctologiques | 12 |
| Pathologies respiratoires et ORL | 12 |

b) Adressage à des professionnels de santé et du champ social

| | n |
|---|-----|
| Nouveau médecin généraliste | 64 |
| Ré-adressage au médecin généraliste | 42 |
| Permanence d'accès aux soins de santé (Pass) | 26 |
| Médecin spécialiste hospitalier ^a | 60 |
| Médecin spécialiste, en dehors de l'hôpital ^a | 9 |
| Ophtalmologue | 3 |
| Proctologue | 3 |
| Addictologue | 7 |
| Stomatologue ou dentiste | 12 |
| Psychologue, sexologue | 34 |
| Kinésithérapeute, ostéopathe, podologue | 8 |
| Consultation PrEP (prévention du VIH)/dont suivi effectif en PrEP | 3/1 |
| Urologue pour demande de vasectomie | 2 |
| Sage-femme pour préparation individuelle à la parentalité | 3 |
| Travailleur social | 110 |
| Médiateur santé | 65 |

^a Sont exclus : sexologue, addictologue, ophtalmologue, proctologue et médecin prescripteur de PrEP VIH.

c) Tests VIH

| | n | % |
|--|-------|-------|
| Test réalisé à l'issue de la consultation | 1 276 | 94,7% |
| Test déjà réalisé pendant la grossesse ou dans le cadre du parcours de procréation médicalement assistée (PMA) | 50 | 3,7% |
| Refus | 15 | 1,1% |
| Erreur de prescription ou tube hémolysé | 5 | 0,4% |
| Séropositivité VIH connue | 1 | 0,1% |