



LES D.O.

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF

Benoit LE GOEDEC, Sage-femme

SAGE-FEMME

Christine BUZENET, Sage-femme

CONCEPTION GRAPHIQUE

AGPA Éditions

12 rue du Quatre-Septembre
75002 Paris
Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35
agpaedit@wanadoo.fr

MARKETING ET PUBLICITÉ

Olivier PAUL-JOSEPH
elpea@eska.fr - Tél.: 01 42 86 55 79

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Chantal BIRMAN, Sage-femme
Charlotte DESLANDES, Sage-femme
Audrey FARINA, Sage-femme coordinatrice au Centre Hospitalier de Dreux
Dr Laurent GAVARD, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Hôpital Louis Mourier, Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpitaux Universitaires Paris-Nord Val de Seine, Colombes, France
Irène KRYMKO-BLETON, Psychologue, psychanalyste, Professeur, Département de psychologie, Université du Québec à Montréal (Québec - Canada)
Marie LOUEDEC, Infirmière puéricultrice
Véronique PRIEM, Sage-femme
Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
Marie-Paule STÉPHAN, Conception et Suivi du numéro

FONDATEUR DE LA REVUE

JEAN OSSART

ÉDITION

elpea@eska.fr ; agpaedit@wanadoo.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS

adv@eska.fr

PUBLICITÉ:

elpea@eska.fr

Éditions ESKA

12 rue du Quatre-Septembre
75002 Paris
Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35

<http://www.eska.fr>

Périodicité mensuelle 11 numéros par an.
Tous les mois sauf août.

Vente au numéro

8,50 euros

Tous droits réservés. Les articles et tableaux ne peuvent être reproduits qu'avec l'autorisation des auteurs et de la rédaction. Ceci recouvre : copie papier, intranet, internet, etc. L'ensemble des contributions constituant cette publication est la propriété exclusive des Éditions ESKA. Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

Revue adhérente au S.N.P.M., membre de la F.N.P.S.
Commission paritaire n° 0217 T 81395
Signataire de la Convention U.D.A. S.N.P.M.
Dépot légal : Avril 2016

ABONNEMENTS DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

Tél. 01 42 86 55 65 - Fax : 01 42 60 45 35
www.eska.fr - adv@eska.fr

SOMMAIRE

457 - AVRIL 2016

03 HOMMAGE

à Doris Nadel

CHANTAL BIRMAN

04 TRIBUNE

DROIT DE RÉPONSE

Sophrologie et haptonomie
incompatibles ?
VÉRONIQUE PRIEM

06 REPORTAGE

Branchet on the road
BENOÎT LE GOEDEC

09 PUBLICATIONS

Infections urinaires
au cours de la grossesse
RECOMMANDATIONS
DE BONNE PRATIQUE
SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE
INFECTIEUSE DE LANGUE
FRANÇAISE

29 FICHE TECHNIQUE

Le dépistage néonatal
du 3^e jour
MARIE LOUEDEC

32 MANAGEMENT

Influence des choix
managériaux et institutionnels
sur l'utilisation des protocoles
Étude sur la place de la
gestion documentaire
dans la pratique des
professionnels
AUDREY FARINA

36 COMMUNIQUÉS

36 KIOSQUE

37 HISTOIRE

L'image de la maternité
à travers l'année 1945
dans le Journal de Genève 2/2
JÉRÔME JANICKI

42 AGENDA



16 DOSSIER MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ



17 « C'est prématûr »
Devenir père dans le cas
de risque d'accouchement
pré-termé sans cause
médicale connue
IRÈNE KRYMKO-BLETON

21 Menace d'accouchement
prématûr
DR LAURENT GAVARD

26 Penser la menace
d'accouchement prématûr
des femmes de façon plus
globale pour en améliorer
la prise en charge
CHARLOTTE DESLANDES

LES ANNONCEURS

C2 Cooper
C3 Phenix Vivaltis
C4 Medela
05 Techmed

15 Matilia
23 Ysy Médical
30 Laboratoire Vygon

35 Électronique Médicale de France
39 Dolphitonic
41 Almafil

Eneart jeté : ARIP

Photo de couverture ©Bananastock

Pour vous abonner, retournez-nous le bulletin en page 48.



Journées d'études et de formation
44èmes ASSISES NATIONALES DES SAGES-FEMMES
27ème Session Européenne
SAINT-MALO
PALAIS DU GRAND LARGE - 25-26-27 MAI 2016
AVANT - PROGRAMME



Responsables scientifiques : Mme N. BERLO-DUPONT, Mme C. BROCHET, Mme C. BUZENET (Paris), Mme C. LALLEMENT (Metz), Mme M-C. LEYMARIE (Clermont-Ferrand), Mme C. MORIN (Bordeaux), Mme J. GUERMEUR, Mr P. POULAIN, Mme S. DONNIO (Rennes), Mme A. MOAL, Mr M.COLLET, Mme I. PAULARD (Brest)

mercredi 25 mai 2016

- 8h45 : Séance inaugurale
- 9h30 : Table ronde **THROMBOSE** FORM.A2i
- Modérateurs : Dominique MOTTIER, Michel COLLET et Agnès THEPAUT (Brest)
- Physio-pathologie et épidémiologie de la maladie veineuse thromboembolique chez la femme enceinte - Karine LACUT (Brest)
 - Prévention de la maladie veineuse thromboembolique - Emmanuelle LE MOIGNE (Brest)
 - Diagnostic et traitement de la maladie veineuse thromboembolique - Aurélien DELLUC (Brest)
 - Thrombophilies acquises et constitutionnelles - Francis COUTURAUD (Brest)
 - Contraception chez les femmes à risque vasculaire - Véronique KERLAN (Brest)
- 13h00 : Déjeuner
- 14h30 : Table ronde **BONNES PRATIQUES DE DÉPISTAGE PENDANT LA GROSSESSE** FORM.A2i
- Modératrice : Alexandra BENACHI (Clamart)
- Génotypage foetal et prévention Rh - Emeline MAISONNEUVE (Paris)
 - Le point sur le diagnostic de la T21 - Alexandra BENACHI (Clamart)
 - Les sérologies en pratique HbS HCV HIV CMV et Rubéole - Olivier PICONE (Suresnes)
 - Le point de vue du médecin de santé publique - Rachid SALMI (Bordeaux)

jeudi 26 mai 2016

- 9h00 : Table ronde **SURVEILLANCE DU NOUVEAU-NÉ À TERME** FORM.A2i
- Modératrice : Armelle THOMAS de la PINTIERE (Rennes)
- Dépistage et surveillance de l'ictère néonatal - Emmanuelle CARDOSO (Amiens)
 - Indication de la surveillance glycémique du nouveau-né de mère diabétique (diabète gestationnel ou préexistant) Antoine ROBIN (Rennes)
 - Indications des prélèvements bactériologiques à la naissance pour le nouveau-né à terme Armelle THOMAS DE LA PINTIERE (Rennes)
 - Suivi clinique par la sage-femme (prise de poids, éveil, comportement, tonicité etc) - Claudie ROBERT (Rennes)
 - Psychologie et neuropsychologie des interactions précoces - Jacques DAYAN (Rennes)
- 12h30 : Déjeuner
- 14h00 : **PRÉSENTATION DES MÉMOIRES LAURÉATS DU GRAND PRIX ÉVIAN DES ÉCOLES DE SAGES-FEMMES**
- 14h30 : Table ronde **SEXOLOGIE** FORM.A2i
- Modérateur : Sylvain MIMOUN (Paris)
- Développement et apprentissage de la sexualité tout au long de la vie - Sylvie SAPIN (Pordic)
 - Sage-femme en milieu scolaire : éducation à la sexualité et à la vie affective - Catherine LALLEMENT (Metz)
 - Sexualité, grossesse et post partum - Sylvain MIMOUN (Paris)
 - Consultation de sexologie par la sage-femme - Samantha GRANELLI (Leuville sur Orge)

vendredi 27 mai 2016

- 9h00 : Table ronde **PRINCIPAUX MOTIFS DE CONSULTATION EN GYNÉCOLOGIE ET CONTRACEPTION** FORM.A2i
- Modérateur : Jean LEVÈQUE (Rennes)
- Mastopathies bénignes et leur prise en charge - Vincent LAVOUÉ (Rennes)
 - Algies pelviennes - Jean LEVÈQUE (Rennes)
 - Infections vaginales (principaux germes et leurs traitements) - Gaëlle CHOLET et Michel COLLET (Brest)
 - Contraception aux différentes périodes de l'activité génitale - Gaëlle CHOLET (Brest) et Teddy LINET (Challans)
- 12h30 : Déjeuner
- 14h00 : Table ronde **ACTUALITÉS**
- Modératrice : Christine MORIN (Bordeaux)
- Expérimentation des maisons de naissance : retour d'expérience - Imène KACI (Vincennes et Saint Mandé)
 - Unités physiologiques - Christiane DAVID (Rennes)
 - Dépistage du cancer du sein : quelles recommandations ? - Michel COLLET (Brest)
 - Statut des étudiants - Christine MORIN (Bordeaux) et Eléonore BLEUZEN (Nantes)

25 - 26 - 27 mai 2016

ATELIERS PRATIQUES

- SUIVI GYNÉCOLOGIQUE • SUTURES PÉRINÉALES • ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES À PARTIR DE LA LECTURE CRITIQUE D'ARTICLES • ÉCHOGRAPHIE • RÉANIMATION NÉONATALE • ANALYSE DU RYTHME CARDIAQUE FŒTAL EN SALLE DE NAISSANCE
- MANŒUVRES OBSTÉTRICALES • SIMULATION RELATIONNELLE • CONTRACEPTION • ANALYSE DES PRATIQUES EN ALLAITEMENT

TEXTE LU AUX OBSÈQUES
DE DORIS NADEL LE 30 MARS 2016.

Doris

Ma tête sait mais tout le reste crie: Noooooon! Les petites sœurs ne meurent pas et tu es ma petite sœur. C'est au passé que s'écrivent les hommages, et tu n'es que présent et futur. Alors...

Tu étais le soleil, mais c'est la lune dans ses explosions de féminité qui te fascinait. De très loin tu donnais tout, si bien que tu étais déjà là, bien avant d'arriver. Ton rire, ta joie, ton énergie, ton amour nous enveloppaient et précédait la fête de tes baisers.

Doris est la femme de toutes les alliances :

Elle adorait le travail d'équipe tout en maintenant une identité professionnelle unique. C'est aux Lilas, dans la plus belle période de ce lieu magique, qu'à peine présentée par Pierre Boutin, elle se transformait en "notre Dodo"!

Elle venait des Bluets, lieu de sa propre naissance, qui alliait depuis longtemps une éthique politique incarnée dans une aristocratie de la relation à l'autre. Pierre Boutin avait pressenti que Doris, dans son absolu besoin de liberté, ne pourrait pleinement s'épanouir aux Bluets, où la pensée politique était en train de prendre le pas sur les bonheurs individuels. À ce moment-là, Les Lilas parvenait à maintenir cet équilibre, et chaque personne de l'équipe était un miracle en plus, essentiel au puzzle de cette magie. Doris a été un de ces plus. C'est là qu'en reine, avec son premier Michel, elle a mis au monde Aurélien. J'étais leur sage-femme, et ce jour-là, j'étais minuscule tant était simple la force de vie de ces deux-là!

Reste que l'institution, quelle que soit son ouverture, est le cadre d'une équipe : c'est chez nous, les professionnels de santé. Doris voulait faire la démarche d'aller chez les femmes, à leur domicile.

D'abord familial, le choix de la région de Montpellier est devenu professionnel. C'est là qu'elle a retrouvé Cathy Klein et rencontré Gérald, qui comme elle, prenaient la route des maisons à la rencontre des femmes, des couples et des enfants. Le sud enfin, c'était aussi le choix du soleil! Elle s'est battue jour et nuit, contraction après contraction, pour défendre le choix du domicile. Avec les collègues du Québec elle pose la question suivante au monde : *"Citez-moi un animal qui sort de sa tanière pour mettre bas ses petits?"*. Cet engagement, et les stigmatisations qu'il implique, étaient d'autant plus douloureux pour Doris qu'elle avait aimé les institutions respectueuses du choix des femmes. Quand la maternité de Sète lui a ouvert son plateau technique, permettant à toutes les femmes d'avoir accès aux soins des sages-femmes libérales, elle s'est posée, et a enfin pu écrire son livre. Elle avait gagné! La bienveillance de l'équipe de Sète permettait à toutes les femmes de



faire le choix qui leur convenait le mieux. Doris avait enfin trouvé, dans cette ultime institution, l'accueil chaleureux assurant une véritable sécurité en cas de transfert. Entre cette équipe de Sète et celle qu'elle avait construite avec ses collègues sages-femmes : Cécile, Yolaine et Guilaine dans sa maison à Montbazin, Doris a connu le bonheur professionnel.

Son bonheur à elle c'était aussi ses ami(e)s, ses frères, ses nièces, ses neveux, dont elle parlait tout le temps. Le gardien de son bonheur, c'était toi, son deuxième Michel, son grand amour qui savait la protéger, l'aimer, faire du chaud partout pour maintenant et pour la suite.

L'alliance avec Rosette sa maman, était profonde, presque muette. Elle était solidaire au point de comprendre leur longue séparation dans son enfance. Rosette était à ce moment-là une femme seule, et elle a tout fait pour protéger ses enfants. Dans les silences, il y avait ce qui avait fait de Rosette une survivante de la Shoah, même si ce n'est pas aux camps que Rosette avait survécu, mais à la disparition de tout et de tous. J'aurais tellement voulu, Rosette, que cette douleur-là te soit épargnée. Tu as su transmettre à Doris un judaïsme des plus purs qu'il m'ait été donné de partager. Doris s'identifiait à l'aspect universel du judaïsme, à la profondeur et à l'ancienneté de ses racines qui, parce qu'elles s'ancrent profondément au cœur de la terre, peuvent sans crainte interroger le ciel. Le ciel dont il est question ici n'est pas religieux, Doris n'aimait pas les religions, mais c'était une passionnée du verbe "comprendre", et plus particulièrement de ce qu'il y a entre les lignes de toutes les compréhensions.

Mon dernier mot est pour toi, Aurélien : l'amour de Doris pour toi était inconditionnel, irradiant, stupéfiant, bouleversant. Tu étais son plus beau secret.

Doris, jusqu'à la dernière seconde, malgré son malaise, a protégé, en se garant au bord de la route, Mayalie, qui était avec elle dans la voiture, mais aussi tous ceux qui auraient pu venir en face...

Jusqu'à son dernier souffle, elle a sauvé des vies. C'était une immense sage-femme.

À cet hommage, s'associent : ses collègues du Département, Les Dossiers de l'Obstétrique, la Société d'Histoire de la Naissance, ses amis de la Maternité des Lilas, et toutes ses collègues et amies sages-femmes de l'Association Nationale des Sages-femmes Orthogénistes, (l'ANSFO), de l'Association des Sages-Femmes Libérales (l'ANSFL) et aussi les autres, tous les autres... ■

**TRIBUNE**Par **VÉRONIQUE PRIEM, SAGE-FEMME**

La tribune est un lieu d'expression et a, de fait, pour vocation de créer de la discussion, de la dispute socratique, sans aucun autre but que celui d'échanger. Nous publions ici une réaction à la tribune du mois dernier, en remerciant son auteure.

Droit de réponse

J e suis sage-femme, formée à l'haptonomie pré et postnatale au CIRDH Frans Veldman, et l'essentiel de ma pratique libérale est d'accompagner les couples dans leur projet d'accueillir leur enfant avec l'haptonomie.

Je souhaitais répondre et apporter quelques précisions à la tribune de M^{me} Marie-Josée Falévitch « *Sophrologie et Haptonomie incompatibles ? des idées reçues...* » parue dans *Les Dossiers de l'Obstétrique* de mars 2016.

En tant que sage-femme nous soutenons les femmes et les couples, et nous les préparons, les accompagnons à vivre au mieux un événement existentiel, une période de grands bouleversements, et ce, quelles que soient nos pratiques.

Mon propos n'est pas d'opposer haptonomie et sophrologie, mais de faire émerger les spécificités de l'haptonomie pour que les futurs parents choisissent au mieux l'accompagnement qui leur sied, et pour que mes collègues puissent répondre aux demandes des femmes.

M^{me} Falévitch affirme que « *Les haptothérapeutes pensent qu'ils travaillent sur le corps, et les sophrologues sur le mental* ». Je n'ai pas les compétences pour parler de la sophrologie, mais en tant que sage-femme qui pratique l'accompagnement haptonomique, je peux dire que je ne travaille ni sur le corps, ni sur le mental, mais que l'approche haptonomique s'adresse à la personne dans toutes ses dimensions somatiques, psychiques et affectives, sans distinction ni hiérarchie entre elles.

La dimension affective qui existe spontanément chez la plupart des couples est, grâce à l'approche haptonomique, remise au premier plan et développée autour du projet d'accueillir leur enfant. La sage-femme – ou l'accompagnant – guide (par le contact) les femmes, à être affectivement avec leur enfant, le père à être autour de sa femme et de son enfant, ce qui l'aide à prendre sa place en soutenant sa compagne durant la grossesse, lors de l'accouchement et dans l'accueil postnatal de l'enfant. C'est donc un accompagnement de la triade, qui débute le plus tôt possible, dès le début de la grossesse, qui se poursuit jusqu'à la marche de l'enfant, et qui comprend la préparation à la naissance.

La femme vit et éprouve les modifications de son tonus musculaire qui s'assouplit lors de ces moments ensemble en créant un sentiment de sécurité chez elle et chez son enfant.

Cette rencontre avec l'enfant débute très tôt et se développe lors de bons moments où il répond à la présence de ses parents. La sage-femme, ou le praticien formé à l'haptonomie périnatale, guidera les parents à être affectivement ensemble y compris dans les moments difficiles, lorsque la grossesse est hypermédicalisée ou lorsque la naissance est technicisée.

Il n'est pas question « *de conscience de leur bébé qui est en elle* » mais de développer leurs capacités affectives à rencontrer leur enfant.

Comme le dit M^{me} Falévitch, l'haptonomie n'apporte pas d'outil de concentration, ni de focalisation. C'est vrai. L'haptonomie éveille la présence affective autour de l'enfant. Soutenue par son compagnon, la mère pourra guider son enfant au moment de sa naissance. Le projet est de développer au mieux les conditions de sécurité affective pour que la naissance puisse se faire dans la physiologie.

Cette manière d'être ensemble n'est pas compatible avec un travail respiratoire car ce ne sont pas les mêmes zones du cerveau qui sont sollicitées et cette concentration de la femme sur sa respiration l'éloigne dans son sentiment de son compagnon et de son enfant.

Il n'est donc pas juste, ni adéquat, d'associer Haptonomie et Sophrologie car, plutôt que d'apporter un plus à nos patientes, cela peut générer de la confusion dans des moments qui seraient difficiles pour elles, ne sachant alors sur quoi s'appuyer.

Face à l'intensité du moment de la naissance, à la puissance des contractions, aux émotions profondes qui émergent à ce moment-là, au stress lié à la médicalisation, nos patientes doivent avoir senti et développé les ressources qui les aideront. Quelle que soit la méthode qu'elles ont choisie. Mélanger ces deux approches les empêcherait de s'engager pleinement dans un choix qui leur serait le plus adapté.



TECHMED
High-tech médical

TECH MED nouvellement référencé
à **l'UGAP** pour le
Moniteur fœtal avec VCT

Ce produit est référencé sur **UGAP**



sonicaid™ FM800

Ce produit est référencé sur **UGAP**



Centrale sonicaid™

Ce produit est référencé sur **UGAP**



sonicaid™ Team

TECH MED, le spécialiste des cardiotocographies
et des centrales de surveillance pour maternités.



Produits fabriqués
en Angleterre

Distributeur exclusif

TECHMED
High-tech médical

8 rue de l'Hôpital St Louis 75010 Paris
Tél. 01 48 03 88 88
Fax 01 48 03 27 27
Site : www.techmed.fr
Mail : info@techmed.fr



REPORTAGE

Par BENOÎT LE GOEDEC, SAGE-FEMME

Branchet on the road

L'ASSPRO TRUCK "Branchet on the road" est une unité mobile de prévention du risque opératoire qui sillonne la France pour dispenser des formations auprès des établissements de santé. Il est à l'initiative du Cabinet d'assurance médical Branchet avec de nombreux partenaires: IRCAD France, Safety and Ressource Management, Centre Lyonnais d'Enseignement par la Simulation en Santé, Anesthésie Réanimation Risques et Solutions, Association Prévention Risque Opératoire, ASSPRO Scientifique, Med Pro International.



Photo : B. Le Goedec

La stabilité du nombre et de la gravité des sinistres doit être améliorée. C'est toute l'ambition de ce projet, élaboré par des équipes médico-chirurgicales.

Le programme spécifique utilisé est inspiré du Crew Resource Management, procédure développée avec succès dans l'aéronautique. Les équipes travaillent en cherchant elles-mêmes et en prenant alors conscience des causes de la survenue d'un dysfonctionnement, de la prédominance du facteur humain et élaborent des axes d'amélioration.

Le Medical Team Training est une méthodologie s'adressant à l'ensemble de l'équipe, du médecin au brancardier. Il a en effet mis en évidence que l'une des causes essentielles des accidents médicaux réside dans le dysfonctionnement de l'équipe. L'étude ENEIS 2009, de la DREES¹ a montré qu'un événement indésirable grave (EIG) arrive tous les 5 jours dans un service de 30 lits et qu'un tiers parmi eux comme la moitié des séjours dus à la survenue sont évitables.

La Joint Commission américaine a montré que, sur 2 552 EIG, les principales causes sont la communication (83 %), les problèmes de leadership (73 %) et les facteurs humains (70 %) (Sentinel Event Data Root Causes bye vent type 2004-2014). L'HAS en France va dans le même sens.

Le Cabinet Branchet, avec sa formation itinérante et *in situ*, vise donc une réduction de 30 % des risques.

... UN
ÉVÉNEMENT
INDÉSIRABLE
GRAVE (EIG)
ARRIVE TOUS
LES 5 JOURS
DANS UN
SERVICE DE
30 LITS.

Ce jour-là, le camion est garé sur une esplanade dans le quatorzième arrondissement de Paris. C'est un semi-remorque, comme les nouvelles caravanes des forains. Quand il est posé, les côtés se déplient et agrandissent considérablement la surface habitable.

Nous entamons notre discussion dans un centre social du quartier voisin, le temps que le camion s'installe et chauffe.

Puis, le camion ouvre et nous y montons. C'est effectivement très impressionnant : une grande salle de réunion, munie d'un écran géant et de plusieurs écrans plus petits de façon à ce que tout le monde voit bien. Une très grande table au centre.

À côté, une autre pièce plus petite avec un bureau, des sanitaires, un coin cuisine... des équipements multimédia. Un espace dédié à la formation qui surpasse de loin bon nombre de salles de réunion institutionnelles, aussi bien par son confort que par ses équipements !

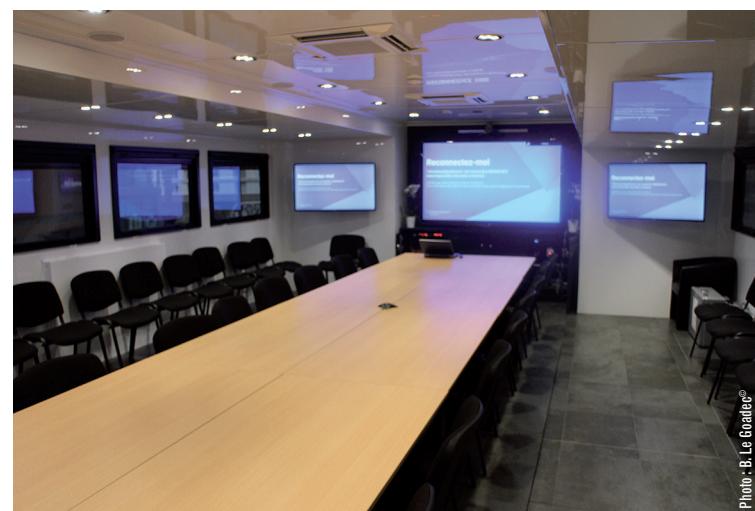


Photo : B. Le Goedec

1. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er761.pdf>



DISCUSSION AVEC LES REPRÉSENTANTS DU CABINET BRANCHET, INITIATEUR DU PROJET

Sur le projet en lui-même, le Cabinet Branchet assure des praticiens médecins, chirurgiens et anesthésistes. On est sur le sujet du plateau lourd et de grandes responsabilités médicales personnelles, individuelles pour des praticiens libéraux, exerçant en clinique, puisque les praticiens en public lorsqu'ils ont une activité libérale, c'est l'institution qui les prend en charge. On est sur les disciplines les plus à risque. Ce Cabinet est un cabinet de courtage qui existe depuis longtemps et sur cette cible-là, depuis plus de quinze ans maintenant. L'objectif est à la fois d'assurer mais aussi de prévenir et de limiter les risques. Plus on prévient, moins on a des risques de contentieux et d'indemnisations lourdes.

DO : Ce n'est pas une démarche très fréquente des assureurs

B : Elle existe ailleurs de cette manière-là, et aussi engagée, peut-être pas. La démarche a toujours existé : on vous assure et on vous défend en y mettant tous les moyens, par un confrère de la même spécialité pour éviter les approximations, et par un avocat spécialisé. Le noyau c'est cela. Mais si on élargit le cercle, la prévention est une association de médecins, ASSPRO (association prévention des risques opératoires), présidée par un gynécologue-obstétricien, qui comprend les praticiens de toutes spécialités et qui organise depuis des années des formations à destination des médecins, toujours en partenariat avec l'assurance. L'association apporte le savoir de ce qui se passe dans l'établissement, l'assureur apporte les statistiques pour mieux cibler la formation.

Jusqu'alors, on organisait des formations et on faisait venir les praticiens individuellement, et chacun intervenait sur tel ou tel sujet. Il y a trois ans, la réflexion a été de travailler avec les équipes car il y a des rouages qui sont importants. On ne peut plus travailler seulement sur les pratiques individuelles des praticiens.

DO : Nous le voyons bien dans notre discipline. Par exemple sur l'hémorragie de la délivrance, où l'équipe est nécessaire pour qu'il n'y ait pas de problème, notamment dans les temporalités à respecter

B : La démarche a été enclenchée il y a trois ans, avec un programme de formation effectué dans environ 40 établissements. Dans ce programme, nous travaillons sur le facteur humain et pas du tout sur les aspects techniques :

- **Sur la communication.** Est-ce que j'ai écouté ce qui m'a été dit ? Est-ce que l'information capitale que j'ai donnée (ex : changement de programme opératoire) a été entendue...
- **Sur la gestion de l'erreur.** Que va-t-on en apprendre, comment on peut récupérer...

Au mois de septembre 2015, on a décidé de s'engager de façon beaucoup plus impactante pour aller vers les équipes elles-mêmes sur leurs lieux de pratiques. Jusque-là on donnait des dates et des lieux de formation mais tout le monde ne venait pas. Il n'y avait que des médecins. Aujourd'hui on a un outil qui va sillonna la France et vous en voyez les premiers calages... Nous avons démarré la tournée le 18 janvier 2016.

DO : C'est étonnant ce gros camion ! Cela fonctionne comme une salle de simulation ?

B : C'est une grande salle de réunion confortable avec des écrans permettant des connections à distance avec des intervenants, ce qui permet des interventions plus ciblées, plus souvent et moins longtemps, donc mieux adaptées et à coûts moindres. Nous y faisons venir les praticiens pour des programmes de formations qui leur sont dédiés et les équipes pour leurs programmes. Et parmi les programmes de formations des équipes, nous avons de la simulation avec mannequins. Mais lorsque c'est possible, nous avons choisi de faire la simulation dans les propres locaux des équipes pour être le plus adapté aux situations dans la réalité. Par rapport aux salles de simulation existantes dans les CHU, nous avons les distances exactes par exemple entre deux salles de bloc. On pourrait être l'anesthésiste, entre le bloc et la délivrance de sang... On peut construire des scénarii complètement adaptés à la réalité, reproduire des dysfonctionnements ou en créer d'autres.

DO : Ce sont les établissements qui font la demande, ou vous qui proposez, par exemple en fonction du nombre de déclarations ?

B : Dans un premier temps, pour se faire connaître, on a envisagé une tournée en fonction de nos assurés car c'est pour eux que nous faisons cela, et on peut cibler en termes de spécialité par exemple. Et si on a remarqué des points particuliers, on va cibler nos formations.

DO : Mais le camion ne va pas là où il n'y a que des soucis... On ne va pas pouvoir se dire, en voyant le camion que ce lieu n'est pas sûr !

B : Ah non ! On fait notre formation pour nos clients, là où ils sont. On va partout. À chaque étape de notre tour de France, nous faisons notre programme en fonction des disciplines, de ce qui nous a été exprimé et de ce que nous avons remarqué. Nous n'allons pas imposer. Nous avons énormément de demandes depuis que nous avons fait connaître notre dispositif.

DO : Parce que c'est innovant : avoir le regard de l'assurance, avoir le regard des praticiens, ambulatoire, en équipe, simulation sur site, la réunion en équipe et avec les experts adaptés en visio-conférence... cela réunit beaucoup de choses

B : Par exemple, demain, nous avons une soirée sur l'orthopédie. Eh bien, nous pourrons avoir le regard d'un infectiologue, regard très précieux.

DO : Au niveau du financement comment cela se passe-t-il ?

B : Il y a plusieurs choses. Les praticiens, lorsqu'ils s'assurent, adhèrent à un pack service dans lequel on leur offre différents services. Et ils ont la possibilité de solliciter le camion. C'est cela qui le finance.



REPORTAGE

Par BENOÎT LE GOEDEC, SAGE-FEMME

DO: Mais les autres membres de l'équipe en bénéficient alors qu'ils ne sont pas assurés chez vous. Il y a quand même bien un besoin d'être participatif quand on est bénéficiaire d'une formation ?

B: On propose que nos clients ne paient pas car c'est dans leur contrat, et on leur propose d'inviter une personne de leur choix dans cette phase de lancement et, au prorata du nombre de personnes qui montent dans le camion, nous proposerons à la clinique un financement qui est extrêmement raisonnable.

DO: Je vois que l'université est partie prenante, or c'est public

B: Ils participent. Il est essentiel d'avoir des professeurs d'université dans ces dispositifs car ils ont une connaissance et leur regard est important. C'est aussi une caution. Toutes les compétences sont représentées : public, libéral, car il faut connaître cette activité. Et tous sont en activité.

DO: Et les réseaux existent, les répartitions de plateaux techniques, les groupements de santé existent entre les différents secteurs

B: Avec plus ou moins de bonheur, avec des échecs majeurs entre public et privé, mais c'est l'avenir. Avec le parcours de soins dans son ensemble, on ne peut plus faire des silos et ne pas avoir conscience à la fois de ce qui se passe dans l'établissement au niveau de l'équipe et plus largement en postopératoire ou en pré-opératoire. Que s'est-il passé avant, quels sont les praticiens et les médecins de ville qui vont orienter tel patient vers tel établissement pour telle pathologie ? L'avant et l'après sont fondamentaux.

DO: Et vous, avec les praticiens libéraux, vous pouvez l'avoir plus qu'on ne peut l'avoir à l'hôpital. Car l'hôpital sort peu de l'hôpital

B: C'est vrai. Ils ont forcément eu une indication préalable pour telle ou telle intervention en ayant vu la patiente avant et après. Mais dans un temps limité. Et il existe d'autres intervenants. Le lien, l'information qu'ils ont reçue avant et qu'ils vont donner après pour la prise en charge sont des éléments d'information à transmettre et à recueillir pour avoir toutes les clés de la prise en charge.

DO: Quelle est l'organisation de la formation ?

B: En pratique, le programme est sur deux jours. Premier après-midi, on travaille avec l'équipe de la clinique sur les facteurs humains. À la fin de cette session, l'équipe doit identifier des points clés qui dysfonctionnent et qui peuvent facilement être améliorés. C'est eux qui portent un regard sur eux-mêmes et vont s'engager. À la fois faire des constats et se dire « *qu'est ce que nous nous pouvons changer ?* ». L'idée n'est pas de dire « *il nous manque trois postes* », ou « *l'informatique ne marche pas* ». Cela ne sert à rien car cela prend du temps pour changer. Le sujet est : *Qu'est-ce qu'on peut améliorer, par exemple sur la programmation 24 h avant, sur le fait qu'il y ait du bruit au bloc, que la check-list soit mal réalisée... Comment peut-on faire en sorte qu'au temps 1, tout le monde soit présent...*

DO: Et sur les comportements personnels. Par exemple celui qui, en abus d'autorité, pourrait stresser l'autre...

B: L'un des sujets de l'atelier est justement là-dessus : le fonctionnement du leader : *qu'est ce qu'un leader, qui est leader à ce moment-là ?* Car dans l'attente d'une prise en charge, il peut y en avoir plusieurs. Et la notion de *follower*, c'est-à-dire celui qui est dans une équipe qui suit un leader et qui va savoir que son rôle est absolument clé et que le leader va savoir qu'il a besoin de son intervention, de son questionnement, de son doute. Il est certain qu'il existe des comportements déviants. Certains sont dans des postures autorocratiques ou agressives, mais qui ne sont pas toujours là dans la formation. C'est un peu le problème.

DO: Mais aussi que parfois, le sentiment qu'on peut avoir d'agressivité n'en est pas un mais est lié à l'urgence

B: C'est abordé dans la formation. Après tout ça, quand l'équipe a identifié trois points clés sur lesquels elle s'est engagée, nous assurons un suivi. Trois mois après, nous leur demandons s'ils ont avancé. On a une juriste, infirmier qui suit cela. Le fait d'avoir discuté et identifié les points permet aussi aux formateurs d'ajuster leur formation pour la simulation qui a lieu le deuxième jour à la clinique : simulation sur mannequin mais aussi simulation relationnelle (ex : patient qui ne comprend pas, ou agressif, ou après un problème). Ce n'est pas de la RMM donc on ne reprendra pas ce qui a pu bouleverser toute une équipe sur un dossier mais nous reviendrons quand même sur ce qui pourrait être récurrent.

Le soir du premier jour, les praticiens de la clinique, mais aussi tous les praticiens de la région, sont invités à une soirée en multispécialités pour travailler sur plusieurs sujets : l'information aux patients, qui reste un sujet majeur car l'information n'a pas été prouvée ; les postures, car les postures sur les tables sont encore des sources de complication et d'incidents, l'identito-vigilance.

Le deuxième soir, la soirée est dédiée à une spécialité précise, comme demain à l'orthopédie. Des spécialistes de la spécialité viennent évoquer la situation de sinistralité générale et les moyens de limiter les risques.

DO: Et entre deux voyages, il vous faut du temps de déplacement

B: On essaye d'être raisonnables sur le plan de la géographie. Quand ils sont deux, ils peuvent voyager de nuit. On réserve une journée entre deux voyages. Nous avons un planning prévisionnel, avec des ajouts. Il y a toutes les régions. Nous allons voir si cela est adaptable à la réalité. On voit que nous avons beaucoup de demandes, aussi bien au niveau des praticiens que des directeurs d'établissements.

Nous avons des ajustements à faire, notamment au niveau du stationnement du camion qui ne se gare pas n'importe où, compte tenu de sa taille. Une équipe va en repérage en amont car il nous est arrivé que le camion ne puisse pas accéder au lieu prévu.

Quand nos praticiens nous font savoir quelles sont leurs formations, que nous comptabilisons sous forme de points (de ce type mais aussi congrès, formation ailleurs...), nous baissions leur prime d'assurance car nous considérons que le risque est moindre.



RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

DÉCEMBRE 2015

Infections urinaires au cours de la grossesse

EXTRATS

INTRODUCTION

L'infection urinaire (IU) peut avoir des conséquences néfastes pour la mère et pour le fœtus. Elle peut se manifester sous trois formes : colonisation urinaire gravidique (aussi appelée bactériurie asymptomatique), cystite aiguë gravidique et pyélonéphrite aiguë (PNA) gravidique.

Chez la femme enceinte, toute IU est par définition à risque de complication.

Les études chez la femme enceinte sont peu nombreuses et de qualité méthodologique parfois discutable, aussi certains choix reposent-ils sur les données de la population des femmes en âge de procréer. À efficacité et tolérance materno-fœtale comparables, les molécules ayant le spectre le plus étroit et le moindre impact sur le microbiote intestinal de la mère seront privilégiées.

Facteurs favorisants

Différents facteurs favorisants ont été individualisés⁽¹⁻⁴⁾ :

■ **Des modifications anatomiques**, dont une compression directe de l'appareil urinaire par l'utérus gravide, en particulier du côté droit (par dextro-rotation de l'utérus). La dilatation physiologique des cavités pyélo-calicielles débute dès le premier trimestre et augmente de façon progressive jusqu'au troisième trimestre. Au fur et à mesure du développement de l'utérus, la vessie prend une position plus abdominale que pelvienne provoquant une dysurie, tandis que l'étirement des uretères favorise le reflux vésico-urétéal.

■ **Des modifications hormonales**. La progestérone aurait une action myorelaxante, favorisant une stase urétrale et une augmentation de la capacité vésicale.

■ **Des modifications des propriétés physico-chimiques des urines**. L'activité bactéricide des urines pourrait être diminuée par la dilution des urines et l'augmentation de leur pH.

■ **Une immunodépression physiologique** favorisant la présence de bactéries dans l'appareil urinaire⁽⁵⁾.

Les facteurs de risque de colonisation urinaire gravidique sont les antécédents d'IU, l'activité sexuelle ainsi qu'un bas niveau socio-économique⁽⁶⁾. En revanche, d'autres facteurs décrits dans des études anciennes présentant des biais méthodologiques ne sont pas retrouvés dans les études plus récentes en analyse multi-variee : il s'agit de l'âge, de l'âge gestationnel et de la multiparité⁽⁶⁻⁸⁾.

Les facteurs de risque de PNA gravidique, ou d'IU requérant une hospitalisation en cours de grossesse sont l'antécédent d'IU, le jeune âge maternel, la nulliparité, ainsi qu'un bas niveau socio-économique (faibles revenus, faible niveau d'études, absence de conjoint, début tardif de suivi de grossesse)⁽⁹⁻¹¹⁾. Ces derniers paramètres suggèrent qu'un suivi de grossesse insuffisant favoriserait l'évolution vers la PNA de colonisations urinaires gravidiques non traitées.

Épidémiologie microbienne

Les données d'épidémiologie microbienne (espèces et antibio-résistance)

sont essentielles pour guider le traitement probabiliste des cystites et des PNA. Pour la colonisation urinaire, le traitement est documenté d'emblée, puisque le diagnostic n'est posé qu'après le résultat de l'examen cytobactériologique des urines (ECBU).

Les données proviennent principalement d'études sur la colonisation gravidique, dont l'épidémiologie microbienne est comparable à celle des IU chez la jeune femme en dehors de la grossesse. Les entérobactéries prédominent : *E. coli* est majoritaire devant d'autres entérobactéries (*Klebsiella* sp, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter* sp) et *Staphylococcus saprophyticus*^(7,8,12-23).

La prévalence des résistances de *E. coli* est comparable à celle observée chez les femmes jeunes hors de la grossesse (résumé dans le tableau 1), en particulier pour la résistance aux quinolones et la prévalence des entérobactéries productrices de bêta-lactamase à spectre étendu (EBLSE).

L'épidémiologie microbienne des IU gravidiques et les données de prévalence des résistances de *E. coli* chez la femme enceinte sont comparables à celles observées chez les femmes jeunes hors de la grossesse.

Tableau 1 ► Résistance de *E. coli* aux antibiotiques dans les IU communautaires de la femme jeune (données hors de la grossesse)

	ANTIBIOTIQUE	% DE SOUCHES NON SENSIBLES
Résistance <i>E. coli</i> < 5 %	Fosmomycine-trométamol	3 %
	Pivmécillinam	3 %
	Nitrofurantoïne	2 %
Résistance <i>E. coli</i> proche de 5 %	CG3	4-5 %
	Aztréonam	5 %
	Fluoroquinolones	3-5 %
Résistance <i>E. coli</i> > 20 %	Amoxicilline	45 %
	Amoxicilline-acide clavulanique*	25-35 %
	TMP-SMX	23 %

* En appliquant les concentrations critiques du CA-SFM recommandées jusqu'en 2013 inclus.



COLONISATION URINAIRE GRAVIDIQUE (= bactériurie asymptomatique)

La prévalence de la colonisation urinaire pendant la grossesse se situe entre 2 et 10 %⁽²⁴⁾. Contrairement à ce qui est constaté chez la femme en dehors de la grossesse, cette colonisation persiste en l'absence de traitement.

→ Conséquences materno-fœtales

Depuis les premiers travaux de Kass⁽²⁵⁾, il est admis que 20 à 40 % des colonisations urinaires gravidiques se compliquent d'une PNA. Il est prouvé que le traitement systématique des colonisations urinaires gravidiques entraîne une diminution du risque d'évolution vers une PNA gravidique^(1,24,26).

En revanche, les liens entre la colonisation urinaire gravidique et la prématurité font l'objet de controverses depuis les années 60. Selon différents auteurs, la prise en charge des colonisations urinaires ne diminuerait pas l'incidence de la prématurité^(27,28). La colonisation urinaire gravidique pourrait toutefois constituer un des facteurs dans le déterminisme complexe de la prématurité, ce qui ne signifie pas qu'elle entraîne par elle-même cette complication^(1,29).

Les autres conséquences obstétricales décrites dans des études plus anciennes, en particulier l'association des colonisations ou IU gravidiques à un faible poids de naissance, sont d'interprétation délicate : en effet, l'âge gestационnel à la naissance n'était pas toujours pris en compte.

La colonisation urinaire gravidique est un facteur de risque de PNA (A-I).

→ Dépistage et diagnostic biologique

■ Dépistage par bandelette urinaire (BU)

Le dépistage des colonisations urinaires par la réalisation d'une BU est un sujet controversé, les études retrouvant une grande variabilité de sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive (VPP) et valeur prédictive négative (VPN) de cet examen au cours de la grossesse (*tableau 2*).

Les recommandations françaises considèrent que la bonne VPN des BU associant leucocytes et nitrites permet de les recommander pour le dépistage de la colonisation urinaire pendant la grossesse, notamment chez les femmes sans facteur

de risque d'IU, un ECBU n'étant réalisé qu'en cas de positivité (leucocytes ou nitrites positifs)⁽³⁰⁾. Il n'existe pas en 2015 de donnée nouvelle justifiant de modifier cette recommandation.

Tableau 2 ► Performances de la bandelette urinaire pour le dépistage de la colonisation urinaire gravidique, d'après (14,16,31-39)

LEUCOCYTES SEULS	%
Sensibilité	60-70
Spécificité	96
Valeur prédictive positive	28-98
Valeur prédictive négative	90-99
NITRITES SEULS	%
Sensibilité	50-60
Spécificité	98-99
Valeur prédictive positive	75-82
Valeur prédictive négative	82-98
COMBINÉS	%
Sensibilité	38-80
Spécificité	85-100
Valeur prédictive positive	46-100
Valeur prédictive négative	79-94

La bandelette urinaire est l'examen généralement recommandé pour le dépistage de la colonisation urinaire gravidique (II-B).

■ ECBU

L'ECBU est l'examen de référence pour le diagnostic de la colonisation urinaire gravidique^(40,41). Il permet également la réalisation d'un antibiogramme. Il doit être réalisé conformément aux bonnes pratiques.

Selon les dernières recommandations américaines⁽⁴⁰⁾ et européennes⁽⁴¹⁾, une colonisation urinaire est définie comme la présence, sur deux cultures consécutives (réalisées à 1 ou 2 semaines d'intervalle), de la même bactérie à un seuil > 105 UFC/ml. Afin de bien distinguer chez ces patientes asymptomatiques les colonisations vraies des contaminations dues à un prélèvement de mauvaise qualité, le seuil retenu est volontairement plus élevé que

celui définissant l'IU chez les patientes symptomatiques (seuil qui varie entre 103 et 104 UFC/ml selon la bactérie en cause).

La Haute Autorité de Santé (HAS) indique que, pour des questions de faisabilité, un seul prélèvement est accepté pour détecter une colonisation urinaire⁽³⁰⁾.

L'ECBU est l'examen de référence pour confirmer le diagnostic de colonisation urinaire gravidique, avec un seuil de bactériurie > 10⁵ UFC/ml (II-B)

→ Faut-il dépister systématiquement la colonisation urinaire gravidique ?

■ Population générale

Dans les recommandations de la HAS de mai 2007, le dépistage d'une colonisation urinaire par BU est recommandé chez toutes les femmes enceintes aux consultations des 4^e, 5^e, 6^e, 7^e, 8^e et 9^e mois. Si celle-ci est positive (leucocytes ou nitrites positifs) un ECBU doit être réalisé⁽³⁰⁾. Il n'existe pas en 2015 de donnée nouvelle justifiant de modifier cette recommandation.

■ Femmes enceintes à risque d'infection urinaire

Les patientes à haut risque d'IU gravidique doivent être identifiées. Il s'agit des femmes ayant :

- une uropathie sous-jacente organique ou fonctionnelle (uropathie malformatrice, troubles mictionnels),
- un diabète,
- des antécédents de cystite aiguë récidivante.

Selon la HAS, un ECBU est recommandé à la première consultation de début de grossesse, ainsi qu'aux consultations des 4^e, 5^e, 6^e, 7^e, 8^e et 9^e mois chez ces patientes⁽³⁰⁾.

Certains auteurs ont proposé un dépistage une fois par semaine par BU. Au vu des études existantes, l'intérêt d'un auto-diagnostic systématique hebdomadaire des IU n'a pas été démontré chez la femme enceinte à risque⁽⁴²⁾.

Dans la population générale, le dépistage de la colonisation urinaire gravidique est effectué par la BU. Si la BU est positive (leucocytes ou nitrites positifs), une confirmation par un ECBU est requise.



Pour les femmes à haut risque d'IU (uropathie sous-jacente, diabète, antécédent de cystite aiguë récidivante), le dépistage de la colonisation urinaire gravidique est effectué d'emblée par ECBU (II-B).

→ Faut-il traiter la colonisation urinaire gravidique ?

La nécessité du traitement des colonisations urinaires gravidiques est consensuelle. En effet, le risque de PNA gravidique justifie à lui seul le traitement des colonisations urinaires chez toutes les femmes enceintes^(43,44).

L'efficacité du traitement antibiotique pour éradiquer une colonisation urinaire a été montrée dans une méta-analyse (14 études contrôlées randomisées, dont 11 anciennes)⁽⁴³⁾. Si les auteurs de cette méta-analyse critiquent la faible qualité méthodologique d'un grand nombre d'études, ils concluent néanmoins que les résultats sont suffisamment significatifs pour être pris en compte. Ces études montrent également que le risque de PNA gravidique est significativement diminué par le traitement de la colonisation urinaire.

La bactériurie à streptocoque du groupe B (SGB) est le reflet d'une forte colonisation vaginale, et n'est associée à l'isolement de SGB à la ponction sus-pubienne que dans 60 % des cas⁽⁴⁵⁾. De plus, la recolonisation après traitement est fréquente (25 à 30 %). La question du bénéfice du traitement de la colonisation à SGB se pose donc.

L'incidence exacte des PNA à streptocoque B (SGB) au cours de la grossesse n'est pas connue. En effet, les données de surveillance des infections invasives à SGB américaines, de 1999 à 2005, colligeant 14 573 cas dont 409 femmes enceintes ne mentionnent pas de PNA parmi les 31 % de patientes avec bactériémie sans infection gynécologique. Cependant, il est possible que l'ECBU n'ait pas été réalisé systématiquement⁽⁴⁶⁾. Deux études plaident en faveur de l'existence de PNA à SGB chez la femme enceinte : Hill et al. retrouvent 11,6 % de PNA à cocci à GRAM positif dont "une majorité" de SGB parmi 440 patientes⁽⁴⁷⁾, tandis que dans une autre étude portant sur 1 887 patientes les streptocoques (toutes espèces confondues) représentent 21,4 % des bactéries responsables de PNA pendant la grossesse⁽¹¹⁾.

D'autre part, deux études retrouvent une association entre colonisation urinaire

à SGB et issue de grossesse défavorable. Parmi 2 745 femmes enceintes, dont 69 avec colonisation urinaire à SGB, l'incidence de rupture prématurée des membranes était de 35 % dans le groupe avec colonisation à SGB contre 15 % dans le groupe sans colonisation (significativité statistique non précisée)⁽⁴⁸⁾. Une autre étude a comparé l'issue de grossesse chez des femmes enceintes avec colonisation urinaire à SGB > 105 UFC/ml (N = 2 270), colonisation vaginale à SGB (N = 3 009) et absence de colonisation (N = 213 123). La présence d'une colonisation urinaire à SGB était significativement associée à la menace d'accouchement prématuré (OR 1,5), l'accouchement prématuré < 37 semaines (OR 2,1), la rupture prématurée des membranes (OR 1,4), la fièvre puerpérale (OR 3,1) et la chorio-amniotite (OR 4,6)⁽⁴⁹⁾.

Une seule étude a évalué le bénéfice du traitement des colonisations urinaires à SGB au cours de la grossesse : 37 patientes ont reçu de la pénicilline 10 MU 3 fois par jour pendant 6 jours, et 32 patientes un placebo. L'incidence de rupture prématurée des membranes était de 11 % (N = 4) dans le groupe traité contre 53 % (N = 17) dans le groupe placebo, et la survenue d'accouchement prématuré de 5 % (N = 2) contre 38 % (N = 12)⁽⁵⁰⁾.

Ainsi, même si les données sur le traitement de la colonisation à SGB sont limitées (une seule étude, sur de petits effectifs), la présence de cette colonisation est associée à des complications obstétricales, et est probablement à l'origine de PNA.

Les colonisations urinaires à SGB ≥ 105 UFC/mL doivent donc être traitées, ce qui est en accord avec les recommandations internationales existantes⁽⁵¹⁻⁵⁴⁾.

D'autre part, puisque la colonisation urinaire à SGB pendant la grossesse est systématiquement associée à un portage vaginal, ces patientes doivent bénéficier de la prévention per-partum de l'infection materno-fœtale à streptocoque B⁽⁵⁵⁾.

Le traitement antibiotique des colonisations gravidiques est efficace et évite l'évolution vers une PNA (I-A).

Il est donc recommandé pour toute bactériurie monomicrobienne ≥ 105 UFC/mL, y compris pour le streptocoque B (I-A).

La présence d'un streptocoque B sur un prélèvement urinaire lors de la grossesse est associée à une colonisation vaginale, et requiert un traitement en per-partum.

→ Quels sont les antibiotiques disponibles pour le traitement des colonisations urinaires gravidiques ?

Le traitement ne doit pas être probabiliste mais adapté selon les résultats de l'antibiogramme. Il doit être débuté dès que possible après la réception des résultats en raison du risque potentiel d'évolution vers une PNA gravidique (Accord professionnel).

■ Béta-lactamines et apparentés

Les bêta-lactamines n'ont pas d'effet tératogène ni foeto-toxique⁽⁵⁶⁾.

• Amoxicilline, amoxicilline + acide clavulanique

Ces molécules sont recommandées si la souche isolée est sensible à l'antibiogramme, et sont utilisables pendant toute la grossesse.

L'amoxicilline est à privilégier lorsque c'est possible en raison de son spectre plus étroit et d'un impact moindre sur le microbiote intestinal.

La tolérance de l'amoxicilline-acide clavulanique administré en fin de grossesse a été mise en cause par une étude qui retrouvait, dans le contexte particulier de rupture prématurée des membranes, une augmentation du risque d'entérocolite ulcéro-nécrosante (ECN) chez les pré-maturés dont la mère avait été exposée avant l'accouchement (étude Oracle I)⁽⁵⁷⁾. Cependant, ce résultat ne justifie pas de restriction d'usage de l'amoxicilline-acide clavulanique en fin de grossesse pour plusieurs raisons :

- Absence de stratification sur le terme et le poids de naissance des enfants ayant une ECN,
- Rapport de dose amoxicilline/acide clavulanique différent de celui de la spécialité disponible en France (ratio 2/1 versus 8/1),
- Absence de confirmation de ces résultats par trois études ultérieures, dont une étude du même groupe ayant étudié l'intérêt de la même association amoxicilline-acide clavulanique dans la menace d'accouchement prématuré (Oracle II)⁽⁵⁸⁻⁶⁰⁾.

• Pivmécillinam

Le pivmécillinam, remboursé depuis 2013, est efficace dans le traitement de la colonisation urinaire gravidique⁽⁶¹⁻⁶³⁾. Il fait partie des antibiotiques recommandés en première intention dans les pays scandinaves en raison d'un taux de résistance très faible, d'un faible impact sur le microbiote intestinal, d'une excellente tolérance, y



compris en traitement prolongé, et de son innocuité en cours de grossesse. En effet, sur plus de 6 000 patientes exposées au 1^{er} trimestre, le risque malformatif est équivalent à celui de la population non exposée. De plus, parmi 16 000 femmes enceintes exposées au-delà du 1^{er} trimestre, quel que soit le terme, il n'y a pas de différence avec le groupe non exposé en ce qui concerne la prématurité, les morts foetales, les hypoglycémies et les petits poids de naissance^(62,64-68). Le pivmécillinam peut donc être utilisé pendant toute la grossesse. Il conserve une efficacité sur 70 à 90 % des souches d'EBLSE.

• Céphalosporines

Les céphalosporines de première et de deuxième génération ne doivent pas être utilisées dans cette indication.

Les C3G par voie orale ou injectable sont à réservier préférentiellement aux cystites et aux PNA en raison de leur impact sur le microbiote intestinal. Néanmoins, le céfixime pourra être utilisé pour traiter une colonisation urinaire gravidique dans certaines circonstances (allergie à la pénicilline et non aux céphalosporines, phénotype particulier de résistance). L'utilisation de cette molécule dans cette indication reposait jusqu'alors sur les données obtenues chez l'enfant et dans les IU à risque de complication où elle a été prescrite avec succès⁽⁶⁹⁾. Une étude randomisée récente comparant le céfixime à l'amoxicilline-acide clavulanique pendant 7 jours chez 112 femmes enceintes a montré une efficacité comparable (>92% d'éradication bactériologique) des deux traitements⁽⁷⁰⁾.

■ Fluoroquinolones

Chez l'animal, aucune toxicité des fluoroquinolones sur le cartilage articulaire des nouveau-nés n'a été observée lors de leur administration au cours de la gestation. Ces effets n'ont été décrits qu'en cas d'administration post-natale directe des fluoroquinolones aux jeunes animaux (toxicité juvénile).

Chez la femme enceinte, on dénombre à ce jour près de 1 800 grossesses exposées à une fluoroquinolone au 1^{er} trimestre. Le taux global de malformations n'est pas augmenté dans cet effectif par rapport à celui de la population générale (2,8%). De plus, aucun profil malformatif spécifique ne se dégage de l'analyse détaillée des résultats, que ce soit sur le plan des atteintes musculo-squelettiques et articulaires ou sur

d'autres types de malformations chez ces enfants exposés in utero.

Aux 2^e et/ou 3^e trimestres, 300 patientes exposées à une fluoroquinolone sont recensées dans la littérature. Aucune atteinte fœtale ou néonatale particulière n'est retrouvée. Parmi ces patientes, une quarantaine d'entre elles a été exposée pendant toute la grossesse à une fluoroquinolone pour une tuberculose multirésistante. Au décours d'un suivi de ces enfants de 33 à 45 mois après la naissance, aucun effet indésirable attribuable au traitement n'est observé.

Les données les plus nombreuses sur les traitements par fluoroquinolone concernent la ciprofloxacine. Parmi 830 enfants exposés au 1^{er} trimestre, 49 sont mal formés, soit 2,3 % d'entre eux, taux qui est similaire à celui de la population générale. Par ailleurs, parmi les 200 grossesses exposées au-delà du 1^{er} trimestre, aucun effet spécifique n'est rapporté. Pour l'ofloxacin et la lévofoxacin, en regroupant les données (considérant que la lévofoxacin est l'énanthiomère S (-) de l'ofloxacin), aucun effet tératogène n'est observé sur plus de 400 grossesses exposées au 1^{er} trimestre (2,7%). Au-delà du 1^{er} trimestre, les effectifs sont très réduits (une dizaine de grossesses), cependant aucun effet spécifique n'est rapporté chez ces enfants⁽⁷¹⁻⁸⁵⁾.

Compte tenu de ces résultats, en cas de nécessité d'une fluoroquinolone, l'utilisation de la ciprofloxacine sera privilégiée en cours de grossesse dans le cadre du traitement d'une IU quel que soit le terme gestationnel. Celle-ci sera néanmoins préférentiellement réservée au traitement des cystites et des PNA, en raison de son impact sur le microbiote intestinal.

■ Fosfomycine-trométamol

La tolérance maternelle de la fosfomycine-trométamol est excellente. Les données disponibles au 1^{er} trimestre sont très pauvres (environ une vingtaine de grossesses exposées), et plus nombreuses aux 2^e et 3^e trimestres (environ 300 grossesses publiées). Aucun effet malformatif, fœtotoxique ou néonatal n'a été rapporté.

Plusieurs études ont validé son efficacité dans le traitement de la colonisation urinaire gravidique (86-88). Bayrak et al. ont montré, chez des femmes enceintes au 2^e trimestre, une efficacité comparable de la fosfomycine-trométamol en dose unique (N=44) et du céfuroxime-axetil pendant 5

jours (N=40) (93,2 % et 95 % de succès respectivement)⁽⁸⁹⁾.

Estabanez et al. ont comparé la fosfomycine-trométamol en dose unique (n = 18 au 1^{er} trimestre et n = 35 au-delà) à l'amoxicilline-acide clavulanique pendant 7 jours (n = 56) : l'éradication microbiologique était comparable entre les deux groupes (83 % et 80 %), avec une meilleure tolérance digestive du traitement par fosfomycine-trométamol⁽⁹⁰⁾.

De plus, la fosfomycine-trométamol a un faible impact sur le microbiote intestinal et une efficacité conservée sur 98 % des souches d'EBLSE.

■ Nitrofurantoïne

L'efficacité de la nitrofurantoïne dans la colonisation urinaire gravidique est démontrée en traitement de 7 jours (86 % d'éradication bactériologique à 14 jours post-traitement) ; en revanche un traitement monodose est insuffisant^(87,91,92).

Les effets indésirables non spécifiques à la grossesse, en particulier hépatiques et pulmonaires, sont détaillés dans le chapitre "Cystite simple" des recommandations de prise en charge des IU communautaires. D'exceptionnelles toxicités maternelles ont été décrites^(93,94).

Aucun effet malformatif n'est rapporté en cas d'utilisation de la nitrofurantoïne pendant l'organogenèse (2 premiers mois de grossesse) sur des effectifs cumulant plusieurs milliers de grossesses exposées. Le recul d'utilisation de la nitrofurantoïne en 2^e partie de grossesse est considérable, et permet de considérer que la tolérance fœtale est bonne⁽⁶⁸⁻⁹⁵⁻⁹⁸⁾. Un ictère néonatal est possible en cas de traitement par nitrofurantoïne dans les 30 jours précédant l'accouchement, essentiellement chez les enfants présentant un déficit en G-6-PD. Un cas d'anémie hémolytique chez un nouveau-né, sans déficit en G-6-PD, potentiellement imputable à la nitrofurantoïne a été rapporté, après un traitement maternel 3 semaines avant l'accouchement⁽⁹⁹⁾.

La nitrofurantoïne a un faible impact sur le microbiote intestinal, et reste efficace sur les souches d'EBLSE dans plus de 90 % des cas.

■ Trimétroprime (TMP) et sulfaméthoxazole-triméthoprime (SMX-TMP)

Il est préférable, par prudence, de ne pas utiliser le TMP et le SMX-TMP pendant les deux premiers mois de la grossesse. En effet, un effet malformatif potentiel a



été rapporté^(100,101). Ils ne sont cependant pas formellement contre-indiqués lorsqu'il n'existe pas d'alternative ; une supplémentation maternelle en acide folique est alors souhaitable, associée à un suivi échographique rapproché de l'enfant. Leur utilisation est donc essentiellement envisageable à partir du troisième mois de grossesse, et jusqu'au terme. L'impact du SMX-TMP sur le microbiote intestinal est marqué, celui du TMP seul est peu étudié.

→ Durée de traitement

La durée optimale de traitement des colonisations urinaires gravidiques est discutée. Les dernières méta-analyses ne permettent pas de répondre à cette question⁽⁴³⁾. Il n'est pas démontré que les traitements en prise unique ou de durée courte soient aussi efficaces que les traitements prolongés⁽⁹²⁾, à l'exception du traitement par fosfomycine-trométamol en monodose.

Dans la population générale, il a été montré que les traitements prolongés sont plus efficaces en termes d'éradication bactérienne que les traitements en prise unique ou en traitement court⁽¹⁰²⁾.

Cela justifie de proposer un traitement prolongé de 7 jours, dans cette population pour laquelle les conséquences d'un traitement insuffisant peuvent être graves.

Un traitement prolongé par nitrofurantoïne ou SMX-TMP pendant toute la durée de la grossesse n'est pas supérieur aux traitements intermittents. Cela a été démontré dans une étude où les résultats obtenus avec un traitement continu ou un traitement de 14 jours de nitrofurantoïne ou de SMX-TMP étaient similaires⁽¹⁰³⁾. Une autre étude a montré qu'un traitement quotidien par nitrofurantoïne n'apportait pas de bénéfice par rapport à une surveillance rapprochée chez les femmes enceintes présentant des IU récidivantes⁽¹⁰⁴⁾. Ces traitements prolongés ne sont donc pas recommandés.

En l'absence d'études de bonne qualité sur les traitements courts (3 jours), la durée de traitement recommandée est de 7 jours, à l'exception de la fosfomycine-trométamol en prise unique (II-B). Les traitements d'une durée supérieure à 7 jours ne sont pas recommandés (II-B).

→ Traitement antibiotique en pratique (Algorithme 1)

Les données de la littérature ne permettent pas de définir un schéma de traitement optimal de la colonisation urinaire gravidique⁽¹⁰⁵⁾. Il est proposé de privilégier, lorsque c'est possible, les molécules ayant le spectre le plus étroit, le moindre impact sur le microbiote intestinal et la meilleure tolérance materno-fœtale (Accord professionnel).

• 1^{re} intention

Amoxicilline (II-B)

• 2^e intention

Pivmécillinam (II-B)

• 3^e intention

Fosfomycine-trométamol (II-B)

• 4^e intention

Triméthoprime (à éviter les deux premiers mois de la grossesse) (IV-C)

• 5^e intention (hiérarchie selon l'impact écologique, l'efficacité étant comparable)

- Nitrofurantoïne (traitements itératifs contre-indiqués) (II-B)
- SMX-TMP (à éviter les deux premiers mois de la grossesse) (IV-C)
- Amoxicilline-acide clavulanique (II-B)
- Céfixime (II-B) ou ciprofloxacine (IV-C)

Ce qui est nouveau dans le traitement de la colonisation gravidique :

- Hiérarchie des choix antibiotiques privilégiant les molécules ayant le spectre le plus étroit, le moindre impact sur le microbiote intestinal et la meilleure tolérance materno-fœtale (amoxicilline, pivmécillinam et fosfomycine-trométamol).
- Place de la fosfomycine-trométamol et du triméthoprime dans cette indication.

→ Suivi après traitement

Il est recommandé d'effectuer un ECBU de contrôle 8 à 10 jours après l'arrêt du traitement (la réalisation d'un ECBU trop précoce, par exemple à 48 heures de la fin du traitement, n'est pas recommandée, du fait d'un risque d'une culture encore négative à ce stade, rassurant à tort).

Une surveillance mensuelle de l'ECBU jusqu'à l'accouchement est conseillée (Accord professionnel).

Suite de l'article dans le numéro de JUIN des DO (N° 459) : Cystite aiguë gravidique.



PUBLICATION

Par SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANÇAISE

RÉFÉRENCES DE L'EXTRAIT

1. Smaill F. *Asymptomatic bacteriuria in pregnancy*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2007 Jun; 21 (3): 439 - 50.
4. Andriole VT, Patterson TF. *Epidemiology, natural history, and management of urinary tract infections in pregnancy*. Med Clin North Am. 1991 Mar; 75 (2): 359 - 73.
5. Sandberg T, Lidin-Janson G, Edén CS. *Host response in women with symptomatic urinary tract infection*. Scand J Infect Dis. 1989; 21 (1): 67 - 73.
6. Emiru T, Beyene G, Tsegaye W, Melaku S. *Associated risk factors of urinary tract infection among pregnant women at Felege Hiwot Referral Hospital*. Bahir Dar, North West Ethiopia. BMC Res Notes. BioMed Central Ltd; 2013; 6 (1): 292.
7. Mokube MN, Atashili J, Halle-Ekane GE, Ikomey GM, Ndumbe PM. *Bacteriuria amongst pregnant women in the Buea Health District, Cameroon: prevalence, predictors, antibiotic susceptibility patterns and diagnosis*. Conly J, editor. PLoS ONE. Public Library of Science; 2013; 8 (8): e71086.
8. Awolute OA, Adesina OA, Oladokun A, Mutiu WB, Adewole IF. *Asymptomatic bacteriuria among HIV positive pregnant women*. Virulence. Landes Bioscience; 2010 May; 1 (3): 130 - 3.
9. Farkash E, Weintraub AY, Sergienko R, Wiznitzer A, Zlotnik A, Sheiner E. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. Elsevier Ireland Ltd; 2012 May 1; 162 (1): 24 - 7.
10. Hackenhaar AA, Albernaz EP. *[Prevalence and associated factors with hospitalization for treatment of urinary tract infection during pregnancy]*. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013 May; 35 (5): 199 - 204.
11. Wing DA, Fasset MJ, Getahun D. *Acute pyelonephritis in pregnancy: an 18-year retrospective analysis*. Am J Obstet Gynecol. Elsevier; 2014 Mar; 210 (3): 219.e1 - 6.
12. Alemu A, Moges F, Shiferaw Y, Tafess K, Kassu A, Anagaw B, et al. *Bacterial profile and drug susceptibility pattern of urinary tract infection in pregnant women at University of Gondar Teaching Hospital, Northwest Ethiopia*. BMC Res Notes. BioMed Central Ltd; 2012; 5 (1): 197.
13. Ulru BS, Yıldız Y, Keles I, Kara M, Kara H, Tasin C, et al. *Urinary tract infection in pregnant population, which empirical antimicrobial agent should be specified in each of the three trimesters?* Ginekol Pol. 2014 May; 85 (5): 371 - 6.
14. Smaill F, Vazquez JC. *Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy*. Smaill FM, editor. Cochrane Database Syst Rev. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007; (2): CD000490.
15. KASS EH. *Bacteriuria and pyelonephritis of pregnancy*. Arch Intern Med. 1960 Feb; 105: 194 - 8.
16. Smaill F. *Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy*. Smaill F, editor. Cochrane Database Syst Rev. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2001; (2): CD000490.
17. Naeye RL. *Causes of the excessive rates of perinatal mortality and prematurity in pregnancies complicated by maternal urinary-tract infections*. N Engl J Med. 1979 Apr 12; 300 (15): 819 - 23.
18. Romero R, Oyarzun E, Mazor M, Sirtori M, Hobbins JC, Bracken M. *Meta-analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight*. Obstet Gynecol. 1989 Apr; 73 (4): 576 - 82.
19. Sheiner E, Mazor-Drey E, Levy A. *Asymptomatic bacteriuria during pregnancy*. J Matern Fetal Neonatal Med. 2009 Jan; 22 (5): 423 - 7.
20. Haute Autorité de Santé. *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Argumentaire, mai 2007. 2007 Nov 20;; 1 - 147.
21. Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Schaeffer A, Hooton TM, et al. *Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults*. Clinical Infectious Diseases. Oxford University Press; 2005. pp. 643 - 54.
22. Grabe M, Bjerklund-Johansen TE, Botto H, Cek M, Naber KG, Pickard RS, et al. *Guidelines on urological Infections - European Association of Urology*. 2013;: 1 - 106.
23. Haute Autorité de Santé. *Commission d'évaluation des produits et prestations*. Avis du 7 février 2007. 2007 May 23;; 1 - 5.
24. Smaill FM, Vazquez JC. *Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy (Review)*. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jan 1;; 1 - 24.
25. Gratacós E, Torres PJ, Vila J, Alonso PL, Cararach V. *Screening and treatment of asymptomatic bacteriuria in pregnancy prevent pyelonephritis*. J Infect Dis. 1994 Jun; 169 (6): 1390 - 2.
26. Persson K, Christensen KK, Christensen P, Forsgren A, Jørgensen C, Persson PH. *Asymptomatic bacteriuria during pregnancy with special reference to group B streptococci*. Scand J Infect Dis. 1985; 17 (2): 195 - 9.
27. Phares CR, Lynfield R, Farley MM, Mohle-Boetani J, Harrison LH, Petit S, et al. *Epidemiology of invasive group B streptococcal disease in the United States, 1999-2005*. JAMA. American Medical Association; 2008 May 7; 299 (17): 2056 - 65.
28. Hill JB, Sheffield JS, McIntire DD, Wendel GD. *Acute pyelonephritis in pregnancy*. Obstet Gynecol. 2005 Jan; 105 (1): 18 - 23.
29. Møller M, Thomsen AC, Borch K, Dinesen K, Zdravkovic M. *Rupture of fetal membranes and premature delivery associated with group B streptococci in urine of pregnant women*. The Lancet. 1984 Jul 14; 2 (8394): 69 - 70.
30. Kessous R, Weintraub AY, Sergienko R, Lazer T, Press F, Wiznitzer A, et al. *Bacteriuria with group-B streptococcus: is it a risk factor for adverse pregnancy outcomes?* Matern Fetal Neonatal Med. 2012; Oct; 25 (10): 1983 - 6.
31. Thomsen AC, Mørup L, Hansen KB. *Antibiotic elimination of group-B streptococci in urine in prevention of preterm labour*. The Lancet. 1987 Mar 14; 1 (8533): 591 - 3.
32. Allen VM, Yudin MH, The Infectious Diseases Committee. *Management of Group B Streptococcal Bacteriuria in Pregnancy*. J Obstet Gynaecol Can. 2012 May 4; 34 (5): 482 - 6.
33. ACOG. *Prevention of Early-Onset Group B Streptococcal Disease in Newborns*. Committee Opinion. 2013 Apr 10; (485): 1 - 9.
34. Haute Autorité de Santé. *Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce*. 2006 Dec 29;; 1 - 14.
35. Reeves DS. *A perspective on the safety of antibiotics used to treat urinary tract infections*. J Antimicrob Chemother. 1994 May; 33 Suppl A: 111 - 20.
36. Kenyon SL, Taylor DJ, Tarnow-Mordi W, ORACLE Collaborative Group. *Broad-spectrum antibiotics for preterm, prelabour rupture of fetal membranes: the ORACLE I randomised trial*. ORACLE Collaborative Group. The Lancet. 2001 Mar 31; 357 (9261): 979 - 88.
37. Ehsanipoor RM, Chung JH, Clock CA, McNulty JA, Wing DA. *A retrospective review of ampicillin-sulbactam and amoxicillin + clavulanate vs cefazolin/cephalexin and erythromycin in the setting of preterm premature rupture of membranes: maternal and neonatal outcomes*. Am J Obstet Gynecol. Elsevier; 2008 May; 198 (5): e54 - 6.
38. Kenyon SL, Taylor DJ, Tarnow-Mordi W, ORACLE Collaborative Group. *Broad-spectrum antibiotics for spontaneous preterm labour: the ORACLE II randomised trial*. ORACLE Collaborative Group. The Lancet. 2001 Mar 31; 357 (9261): 989 - 94.
39. Brumfitt W, Franklin I, Hamilton-Miller J, Anderson F. *Comparison of pivmecillinam and cephradine in bacteriuria in pregnancy and in acute urinary tract infection*. Scand J Infect Dis. 1979; 11 (4): 275 - 9.
40. Sanderson P, Menday P. *Pivmecillinam for bacteriuria in pregnancy*. J Antimicrob Chemother. 1984 Apr; 13 (4): 383 - 8.
41. Henrion R, Vige P. *[Clinical study of pivmecillinam hydrochloride in lower urinary tract infections in pregnant women. A propos of 44 cases]*. Rev Fr Gynecol Obstet. 1987 Dec; 82 (12): 761 - 4.
42. Heikkilä A, Erkkola R. *Review of beta-lactam antibiotics in pregnancy. The need for adjustment of dosage schedules*. Clin Pharmacokinet. 1994 Jul; 27 (1): 49 - 62.
43. Nordeng H, Lupattelli A, Romøren M, Koren G. *Neonatal outcomes after gestational exposure to nitrofurantoin*. Obstet Gynecol. 2013 Feb; 121 (2 Pt 1): 306 - 13.
44. Ho MW, Wang FD, Fung CP, Liu CY. *Comparative study of ceftibuten and cefixime in the treatment of complicated urinary tract infections*. Journal of Microbiology, Immunology and Infection. 2001 Sep; 34 (3): 185 - 9.
45. Padberg S, Wacker E, Meister R, Panse M, Weber-Schoendorfer C, Oppermann M, et al. *Observational Cohort Study of Pregnancy Outcome after First-Trimester Exposure to Fluoroquinolones*. Antimicrobial Agents and Chemotherapy. American Society for Microbiology; 2014 Aug; 58 (8): 4392 - 8.
46. Lessnau K-DKL, Qarah S. *Multidrug-resistant tuberculosis in pregnancy: case report and review of the literature*. Chest. 2003 Mar; 123 (3): 953 - 6.
47. Thoumsin H, Aghayan M, Lambotte R. *Single dose fosfomycin trometamol versus multiple dose nitrofurantoin in pregnant women with bacteriuria: preliminary results*. Infection. 1990; 18 Suppl 2: S94 - 7.
48. Bayrak O, Cimentepe E, Inégol I, Atmaca AF, Duvan CI, Koç A, et al. *Is single-dose fosfomycin trometamol a good alternative for asymptomatic bacteriuria in the second trimester of pregnancy?* Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. Springer-Verlag; 2007 May; 18 (5): 525 - 9.
49. Estebanez A, Pascual R, Gil V, Ortiz F, Santibáñez M, Pérez Barba C. *Fosfomycin in a single dose versus a 7-day course of amoxicillin-clavulanate for the treatment of asymptomatic bacteriuria during pregnancy*. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2009 Sep 20; 28 (12): 1457 - 64.
50. Lumbiganon P, Villar J, Laopaiboon M, Widmer M, Thinkhamrop J, Carrolli G, et al. *One-day compared with 7-day nitrofurantoin for asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a randomized controlled trial*. Obstet Gynecol. 2009 Feb; 113 (2 Pt 1): 339 - 45.
51. Widmer M, Gürmezoglu AM, Mignini L. *Duration of treatment for asymptomatic bacteriuria during pregnancy (Review)*. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Jan 1;; 1 - 30.
52. Mohamed A, Dresser GK, Mehta S. *Acute respiratory failure during pregnancy: a case of nitrofurantoin-induced pneumonitis*. CMAJ. Canadian Medical Association; 2007 Jan 30; 176 (3): 319 - 20.
53. van de Mheen L, Smits SM, Terpstra WE, Leyte A, Bekedam DJ, van den Akker ESA. *Haemolytic anaemia after nitrofurantoin treatment in a pregnant woman with G6PD deficiency*. BMJ Case Rep. BMJ Publishing Group Ltd; 2014; 2014 (april 30 2): bcr2013010087 - 7.
54. Ben David S, Einaron T, Ben David Y, Nuiman I, Pastuszak A, Koren G. *The safety of nitrofurantoin during the first trimester of pregnancy: meta-analysis*. Fundam Clin Pharmacol. 1995; 9 (5): 503 - 7.
55. Källén BAJ, Otterblad Olausson P. *Maternal drug use in early pregnancy and infant cardiovascular defect*. Reprod Toxicol. 2003 May; 17 (3): 255 - 61.
56. Bruel H, Guillemant V, Saladin-Thiron C, Chabrolle JP, Lahary A, Poinsot J. *[Hemolytic anemia in a newborn after maternal treatment with nitrofurantoin at the end of pregnancy]*. Arch Pediatr. 2000 Jul; 7 (7): 745 - 7.
57. Hernández-Díaz S, Werler MM, Walker AM, Mitchell AA. *Folic acid antagonists during pregnancy and the risk of birth defects*. N Engl J Med. 2000 Nov 30; 343 (22): 1608 - 14.
58. Matok I, Gorodischer R, Koren G, Landau D, Wiznitzer A, Levy A. *Exposure to folic acid antagonists during the first trimester of pregnancy and the risk of major malformations*. Br J Clin Pharmacol. Blackwell Publishing Ltd; 2009 Dec; 68 (6): 956 - 62.
59. Milo G, Katchman EA, Paul M, Christiaens T, Baerheim A, Leibovici L. *Duration of antibacterial treatment for uncomplicated urinary tract infection in women*. Milo G, editor. Cochrane Database Syst Rev. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2005; (2): CD004682.
60. Whaley PJ, Cunningham FG. *Short-term versus continuous antimicrobial therapy for asymptomatic bacteriuria in pregnancy*. Obstet Gynecol. 1977 Mar; 49 (3): 262 - 5.
61. Schneeberger C, Geerlings SE, Middleton P, Crowther CA. *Interventions for preventing recurrent urinary tract infection during pregnancy*. Schneeberger C, editor. Cochrane Database Syst Rev. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2012; 11: CD009279.
62. Guinto VT, De Guia B, Festin MR, Dowswell T. *Different antibiotic regimens for treating asymptomatic bacteriuria in pregnancy*. Guinto VT, editor. Cochrane Database Syst Rev. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2010; (9): CD007855.



Credits photos : © Fotolia

1
apôtre
saint
saint

matilia®
ALLAITEMENT

Donnez le meilleur lait au monde à votre bébé, le vôtre !



Boisson lactée enrichie en vitamine,
minéraux, oméga 3 et fibres

Association de 3 plantes
galactogènes (fenugrec, anis et orge)
favorisant naturellement la lactation

1 bouteille par jour pour un
allaitement en toute sérénité !

goût chocolat, vanille ou caramel
Sans conservateur - Sans bisphénol A

Informations
complémentaires
dans le
Vidal 2016
«pages saumon»

www.matilia.fr

Pour vivre pleinement ma vie de maman !

■ Fabriqué en France

Disponible dans les
super et hypermarchés
au rayon laits infantiles



DOSSIER

LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

Les connaissances médicales se majorent grâce aux nouvelles techniques. Cela modifie le regard sur les pratiques et les prises en charges fluctuent. La Menace d'Accouchement Prématûré illustre pourtant cette confrontation entre le savoir scientifique et le non-savoir, notamment celui de la mise en travail. Alors s'oublient souvent les facteurs multiples et la grossesse menacée devient une grossesse menaçante.



Mutter und Kind, 1907, de Paula Modersohn-Becker.
Paula Modersohn-Becker, peintre expressionniste allemande née en 1876,
morte peu de temps après avoir peint ce tableau, à 31 ans,
des suites d'un accouchement.

*Exposition au Musée d'Art Moderne de la Ville de Paris,
du 8 avril au 21 août 2016.*

17

« C'EST PRÉMATURÉ »
DEVENIR PÈRE DANS LE CAS DE RISQUE D'ACCOUCHEMENT
PRÉ-TERME SANS CAUSE MÉDICALE CONNUE

21

MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

26

PENSER LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ DES
FEMMES DE FAÇON PLUS GLOBALE POUR
EN AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE



« C'EST PRÉMATURÉ »

DEVENIR PÈRE DANS LE CAS DE RISQUE D'ACCOUCHEMENT PRÉ-TERME SANS CAUSE MÉDICALE CONNUÉ

→ Dans ce court article, je vais rendre compte d'une étude sur de futurs pères conjoints de femmes à risque d'accouchement prématué pour cause idiopathique. Comme il s'agit d'une recherche déjà ancienne et que je n'ai pas trouvé de recherches plus actuelles, je compléterai mes propos par quelques observations cliniques récentes.

→ LE CONTEXTE

Mon intérêt pour les pères et pour la dynamique du couple dans les situations de risque d'accouchement pré-terme sans cause médicale connue est le résultat d'une rencontre qui remonte à presque trente ans. C'était vers la fin de l'heureuse époque où, dans certains hôpitaux, lors de l'admission d'une patiente présentant les contractions pré-terme, on pouvait ne pas avoir de recours immédiat à la médication mais appeler un psychiatre en espérant qu'il réussirait à renverser la situation. J'ai rencontré le Docteur Gilles Lortie, psychiatre-psychanalyste attaché au service d'Obstétrique de l'hôpital Sainte-Justine à Montréal en cherchant à en savoir plus sur ces causes psychologiques des risques des accouchements pré-terme. Il m'a alors raconté que, souvent, un tel risque se manifestait chez certaines femmes lorsque leur conjoint prévoyait être absent à la date prévue de l'accouchement. Je me suis alors posé une question. *Pourquoi un futur père prévoyait-il de s'absenter au moment de l'accouchement de sa conjointe et dans les premiers temps du post-partum ?* Dans une des histoires racontées par le Dr Lortie, un père prévoyait même de partir dans le Grand Nord. Ça paraissait bien loin. Le psychanalyste anglais, D.W. Winnicott, dont le concept de "mère suffisamment bonne" est connu même du grand public, fait dans ses écrits une remarque qui passe le plus souvent inaperçue. Il souligne que le rôle principal du père pendant les premières semaines de la vie du bébé est de créer les conditions permettant à la mère de se consacrer aux soins de son enfant.

Il y a trente ans au Québec, c'était l'époque du féminisme actif. Le rôle traditionnel du père – voire sa présence même – était contesté. Avec mes étudiants, nous avons donc voulu d'abord savoir ce qu'en pensaient les futures mères et avons procédé à une courte enquête sur les attentes de femmes enceintes envers leurs conjoints. Avec quelque stupéfaction, nous avons alors découvert leur ampleur. Les futures mères s'attendaient à ce que leur conjoint assure, voire, augmente le revenu familial (ce qui était donc une valeur traditionnelle) tout en partageant à égalité avec elles les soins du bébé – ce qui correspondait aux revendications féministes. En filigrane se profilait aussi une demande de présence, de réassurance...

LL

Le rôle principal du père pendant les premières semaines de la vie du bébé est de créer les conditions permettant à la mère de se consacrer aux soins de son enfant.

77

La révolution de mœurs qui bouleversait alors les vies de familles a mis à distance du couple les mères et les belles-mères. Plusieurs femmes nous ont signifié qu'elles souhaitaient trouver auprès de leur conjoint un réconfort sur lequel elles ne pensaient pas pouvoir compter de la part de leur mère.

La rapidité de ces changements sociétaux au Québec mettait en évidence les changements qui se produisaient avec plus au moins d'intensité dans nombre de pays occidentaux. Cette évolution de mentalités s'est d'ailleurs approfondie depuis. Une recherche en cours sur l'évolution des attentes de femmes enceintes tout au long de leur grossesse (Chassot, Krymko-Bleton, Reeves, 2016) permet de constater que les jeunes femmes (en tout cas celles qui consentent de participer à une recherche) cherchent conseil et réassurance grâce à des réseaux de leurs contemporaines regroupées sur l'internet plutôt que chez leurs mères.

Mon expérience clinique m'indiquait que les femmes qui éprouvent des difficultés autant pendant leur grossesse qu'ensuite, lors de l'accouchement, sont souvent fragilisées psychologiquement par des relations conflictuelles avec leur mère et par divers deuils, ruptures, traumatismes. Dans un article tiré de la thèse de Marie-Linda Turner (Turner, Krymko-Bleton, 2002), nous rapportons que plusieurs femmes de son échantillon de recherche avaient non seulement des relations difficiles avec leur mère, mais que les relations avec leur père étaient aussi très perturbées.

Par ailleurs, mon travail clinique m'a appris combien – à côté de l'élaboration de conflits précoces et de fantaisies mortifères – la solidité de mon soutien et ma disponibilité étaient nécessaires à mes patientes. Il me semblait que les



DOSSIER

Par IRÈNE KRYMKO-BLETON, PSYCHOLOGUE, PSYCHANALYSTE,
PROFESSEUR, DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE, UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL (QUÉBEC - CANADA).

effets miraculeux des interventions du Dr Lortie devaient beaucoup à sa présence rassurante. Les femmes que j'ai rencontrées par la suite dans le cadre de la recherche, hospitalisées à long terme sans recevoir de traitement particulier, semblaient témoigner de l'importance de ce rôle de giron rassurant que l'hôpital jouait pour elles. De plus, l'hôpital leur servait comme support sur lequel projeter des fantaisies et des affects négatifs. Tout cela m'indiquait qu'il fallait "porter" (en termes psychanalytiques, on dirait "contenir") les futures mères psychologiquement fragiles pour qu'elles puissent, à leur tour, porter et contenir physiquement leur fœtus.

Or, à l'époque au Québec, les sages-femmes étaient illégales. Aujourd'hui, même si la formation existe, leur nombre est très limité par rapport à la demande.

→ LES FUTURS PÈRES

A priori, les conjoints de femmes à risque d'accouchement pré-terme ne pouvaient pas être appelés pour leur assurer le support suffisant – même s'ils ne partaient pas tous pour le Grand Nord au moment prévu pour l'accouchement. Mais qui étaient ces futurs pères ? Que représentait, pour eux, la grossesse de leur conjointe ? Désiraient-ils devenir pères ? Comment vivaient-ils la menace de l'accouchement pré-terme ?

Aller à la rencontre de ces futurs pères s'est avéré une tâche difficile. Nous n'avions pas obtenu de subvention de recherche – nos questions paraissaient peu importantes aux évaluateurs des organismes subventionnaires ; les hôpitaux protégeaient leurs patientes des intrusions extérieures alors qu'il nous fallait passer par les patientes pour rencontrer leurs conjoints.

La recherche a malgré tout pu se réaliser au fur et à mesure de la préparation de thèses de mes étudiantes. Cela a pris du temps, mais nous avons quand même réussi à rencontrer une quinzaine d'hommes dont la conjointe était à risque d'accouchement prématuré pour des raisons idiopathiques. Pour une recherche qualitative qui se voulait exploratoire, c'était au-delà du nombre de sujets nécessaire. Ces pères en devenir, un peu étonnés qu'on s'intéresse à eux, nous ont abondamment parlé de ce qu'ils vivaient pendant le temps de la grossesse de leur conjointe et de ce que représentait pour eux la perspective d'avoir un enfant.

Il est apparu assez rapidement qu'en dehors de la question de la prématurité, la perspective de devenir père les angoissait tous. Ceci était vrai autant pour les grossesses planifiées que pour les surprises ; elle semblait arriver trop tôt, trop précipitamment, au mauvais moment. Comme l'a formulé un des pères, sans que le contexte permette d'élucider s'il parlait de son bébé qui venait de naître ou de la situation de devenir père : « *c'est prématuré* ».

Tout en exprimant leur désarroi devant la situation dans laquelle leur couple se trouvait et les inquiétudes tout à fait

justifiées quant à la santé future de l'enfant, ces hommes semblaient surtout désappointés par l'incapacité de leur conjointe de devenir mère sans problème. Ils en voulaient à leur femme d'être dépendante, demandante et pas disponible pour eux. Sans qu'ils en soient conscients, ils en voulaient aux futures mères de ne pas avoir un ventre capable de protéger et nourrir l'enfant le temps qu'il fallait.

Si derrière la conjointe se profilait donc l'image d'une mauvaise mère, ils ne se voyaient pas bons pères non plus. Presque tous avaient eu de mauvaises ou d'inexistantes relations avec leur propre père. Comme le disait l'un d'eux : « *Comment voulez-vous savoir comment être un père quand vous n'en avez jamais eu ?* ».

C'est, par exemple, le cas de Monsieur H. qui ne voit son père, séparé de sa mère, qu'une ou deux fois par année et n'arrive pas à nous dire, ni pourquoi c'est ainsi, ni si ces relations ont déjà été plus suivies. Depuis deux ans, Monsieur H. est en couple avec la mère de son bébé, mais ils ont toujours habité avec un ami/colocataire. Cette situation semble avoir pesé à Monsieur H. mais, comme pour beaucoup de choses, il reste vague à ce sujet. Lorsque ce colocataire a déménagé, Monsieur H. a espéré avoir une vie calme à deux ; or voilà que se déclare la grossesse de sa conjointe. « *C't'un bébé qui est arrivé comme ça* », dit-il.

Le bébé est arrivé « comme ça », c'est-à-dire non planifié, mais aussi « comme ça » avec deux mois d'avance. Lorsque nous rencontrons Monsieur H., le bébé est déjà né (arrivé entre le moment de la prise du rendez-vous et le moment de la rencontre). Nous ne saurons néanmoins rien de lui sauf qu'il est « *plus beau que prévu, plus en santé que prévu et plus mature que prévu* ». Cela nous parle de l'angoisse que Monsieur H. devait vivre, mais qu'il n'évoquera pas. En revanche, nous ne saurons pas si c'est une fille ou un garçon. Il n'est désigné par aucun prénom et Monsieur H. ne dira à aucun moment « mon » bébé : au lieu du possessif, il utilise exclusivement les articles, « *le* » et « *un* ». « *C'est prématuré de 2 mois, c't'un bébé de 7 mois* », nous dit-il encore, en rendant son bébé un peu plus humain : un bébé de 7 mois est au moins un bébé.

Nous sommes au mois de juin. Le bébé était prévu pour le mois d'août. Monsieur H. nous dit que tout l'été il n'est normalement pas présent à la maison. Son métier le tient sur la route. Le bébé est-il arrivé quand il y avait des chances que son père soit encore présent ? S'agit-il d'une histoire semblable à celles que nous racontait le Dr Lortie ?

Quoi qu'il en soit, Monsieur H. nous assure que « *Tout est parfait* ». Le bébé va rester à l'hôpital. Sa conjointe et lui vont rentrer à la maison. Comme ils habitent assez loin de l'hôpital, ils ne pourront pas venir visiter le bébé très fréquemment. Ensuite sa femme pourra se débrouiller. Monsieur H. nous paraît déprimé et presque en état de choc. Il évite de parler de façon négative de quoi que ce soit : « *C'est prématuré mais moé je, je ressens rien de*



négatif par rapport à ça... ». Il semble qu'il accuse ainsi depuis longtemps des coups du destin. Peut-être est-ce juste sur la route qu'il se sent bien ?

Monsieur P., pompier volontaire, est tout le contraire de Monsieur H. Il parle vite et s'exprime clairement. Sa conjointe n'a pas encore accouché. Il s'agit d'un premier bébé. Pour lui aussi la grossesse a été une surprise absolue. Il ne l'a pas encore complètement digérée au moment de l'entrevue. Il avait envisagé de quitter sa conjointe. Il nous a raconté combien, avant que la grossesse ne vienne gâcher les choses, ils avaient une vie agréable, sortaient beaucoup, s'amusaient. Voilà que tout cela s'était trouvé compromis ; il en veut à sa conjointe pour cela. Dans l'ambivalence, le temps est tout de même passé ; il a appris qu'elle attendait un garçon et cette nouvelle l'a réconcilié un peu avec l'idée d'avoir un enfant. Avec un fils, ils pourraient faire du sport ensemble. Il continue de sortir un peu pour prendre une bière avec ses copains, mais ce n'est pas pour cela qu'il est peu présent chez lui. Puisqu'il a décidé de rester, il prépare à l'enfant avec hâte une demeure solide, plus sûre que le ventre qui le porte. C'est ainsi qu'il entend d'être le père : solide et copain avec son fils. Tout le contraire de son propre père. Alors, étant donné les responsabilités qui l'attendent, il fait des heures supplémentaires pour payer plus vite la maison achetée peu de temps auparavant. Il compare l'énergie qu'il y met à l'effort qu'il faut déployer pour éteindre un incendie. Il préfère d'ailleurs travailler parce qu'il supporte assez mal le rythme ralenti de sa conjointe et son manque d'énergie.

Contrairement aux futures mères, qui ont eu du mal à nous dire qu'elles avaient une préférence pour le sexe de leur futur enfant et affirmaient que fille ou garçon, cela leur était égal "pourvu qu'il soit en bonne santé", les futurs pères ont parlé assez ouvertement de leurs préférences. Dans le cas de Monsieur P., ça tombait bien que l'enfant attendu soit un garçon ; mais une telle coïncidence n'était pas toujours le cas. Par exemple, Monsieur F., déjà extrêmement anxieux au sujet de la santé de l'enfant à naître, est d'autant plus désesparé et angoissé que, sans s'en rendre compte, il fait le rapprochement entre le garçon à naître et son plus jeune frère, mort accidentellement dans une situation confuse. Sa paternité l'angoisse au plus haut point, mais il aurait été un peu plus rassuré s'il avait attendu une fille. En revanche, Monsieur M., qui attend une fille, est pleinement conscient qu'il appréhende qu'elle ne naîsse handicapée comme l'est sa cousine, angoisse accrue du fait de la prématurité possible. Il aurait préféré d'ailleurs que sa conjointe ait interrompu sa grossesse.

Tous ces pères ont néanmoins un trait commun : ils semblent rendre leur conjointe entièrement responsable et de la grossesse et du sexe de l'enfant à naître.

Parfois la grossesse s'inscrit dans une dynamique du couple différente et elle est planifiée. Celle dont je vais rendre compte s'inscrit dans un projet qui me semble avoir la valeur d'un symptôme.

Monsieur Q. est patron d'une petite entreprise. L'enfant qu'il attend est le quatrième. Il s'avère qu'autant lui-même que sa conjointe viennent de familles de quatre enfants. Ils ont donc décidé qu'ils auraient eux aussi au moins quatre enfants. Les trois enfants précédents sont tous nés prématurés. Deux d'entre eux ont eu des complications importantes, mais Monsieur Q. nous assure que maintenant tout va bien et qu'avec autant d'expériences positives, la prématurité de son quatrième enfant ne l'angoisse pas. Ce qui l'angoisse c'est l'état de son entreprise, au bord de la faillite. Il vit dans un stress constant. Qui plus est, il ne peut pas trouver de calme à la maison, envahi par les différentes aides dont bénéficie sa femme, qui doit rester allongée. Monsieur M. va nous parler pendant une heure de ses problèmes d'entreprise et se plaindre du désordre dans sa maison envahie par les étrangers. Il souhaite que le bébé arrive pour que la paix revienne. Il faudra peut-être qu'il vende l'entreprise, nous dit-il, et qu'ils déménagent dans une maison plus petite. Peut-être que sa femme devra reprendre son métier de coiffeuse. « *Ça va s'arranger*, nous rassure-t-il, *"quand le bébé sera là"*.

Nous avons rencontré un seul futur père, angoissé certes, mais tenant son angoisse sous contrôle. Ce futur père, contrairement aux autres, nous a raconté combien, enfant, il était proche de son père avec qui il partage toujours certaines passions (les voitures, le hockey). La grossesse de sa conjointe a été une surprise et une source de stress. Il aurait préféré attendre encore un peu, mais « *Être père, ça fait grandir* », dit-il. Il se demande s'il va être à la hauteur, s'il va être capable de faire aussi bien que son père, voire peut-être mieux : il ne voudrait pas être autoritaire comme son père a été, mais un vrai "chum"^{*} pour son enfant. Si on sent pointer des notes de critique envers ce père en passe de devenir grand-père, ou de rivalité, elles sont vite annulées ou réprimées. En revanche, il juge sévèrement le père de sa conjointe, qu'il trouve indigne. Elle ne maintient presque plus de relations avec celui-ci depuis qu'il a quitté le domicile conjugal. Elle a aussi des relations assez distantes avec sa mère. Heureusement, nous dit-il, « *ma mère est là. Chez nous on est une vraie famille* ». Ce père, le seul sur la quinzaine rencontrée, s'occupe activement de sa conjointe,

LL

Tous ces pères ont néanmoins un trait commun : ils semblent rendre leur conjointe entièrement responsable et de la grossesse et du sexe de l'enfant à naître.

77

* "chum" : copain.



DOSSIER

Par IRÈNE KRYMKO-BLETON, PSYCHOLOGUE, PSYCHANALYSTE,
PROFESSEUR, DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE, UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL (QUÉBEC - CANADA).

essaie de la soutenir, et se persuade que puisqu'il « sait maintenant tout » sur la grossesse et surtout sur comment se passe un accouchement, « tout va bien aller ». Il faut dire qu'il se trouve dans une situation exceptionnelle à plus d'un titre. Il travaille à l'hôpital où nous poursuivons notre recherche. Il nous dit être entouré de ses collègues : tout le monde s'intéresse aux progrès de la grossesse, les infirmières viennent le voir, on le conseille, on l'invite, on lui offre une bière... Sans grande surprise nous apprendrons plus tard que son bébé est né pratiquement à terme.

→ QUELQUES EXEMPLES CLINIQUES

Comment se présente aujourd'hui la situation psychologique de couples qui vivent la menace d'accouchement pré-terme pour des raisons médicalement indéfinies ? A-t-elle évolué ?

Si je me fie à ma pratique clinique, non. Voici quelques brefs exemples : Madame A., Madame I., Madame P., trois histoires différentes mais tellement semblables. Toutes trois ont eu des relations extrêmement compliquées et, à leurs yeux, insatisfaisantes avec leurs mères. Si Madame A. entretient maintenant de très bonnes relations avec son père, pendant toute son enfance il était la source de honte et de difficultés familiales. Madame P. ne se sent pas aimée de son père. Madame I. trouve le sien insignifiant.

Madame A. et Madame P. se sont chacune mises en ménage avec leur conjoint très rapidement après leur rencontre et la grossesse est arrivée tôt, les prenant par surprise. Je ne rencontrerai aucun de ces trois hommes, même si je le suggère et que je me rende au domicile de mes patientes, puisqu'il leur faut, le plus possible, rester allongées. De ce que je comprends, le premier père travaille tout le temps, angoissé par les responsabilités financières qu'il lui faudra assumer ; il a aussi un projet personnel qu'il sent menacé et qu'il veut avancer le plus possible avant la naissance de l'enfant. Le deuxième est devenu complètement déprimé, mais ne veut rien savoir d'une consultation ; il essaie tant bien que mal d'aider dans les tâches ménagères, mais se sent dépassé et révolté par la situation. À vrai dire, je m'inquiète de sa santé psychique ; l'avenir montrera que j'avais raison de m'inquiéter. Le troisième veut bien avoir un enfant, promet de s'en occuper quand celui-ci sera né, mais pour le moment ne voit pas pourquoi il devrait changer son mode de vie. Il trouve des demandes de sa conjointe complètement injustifiées et démesurées.

Qu'en conclure ?

D'abord et surtout, me semble-t-il, que dans les cas de menace d'accouchement pré-terme sans cause médicale connue, s'il est primordial d'assurer aux futures mères un support continu et – autant que possible – thérapeutique, les futurs pères bénéficieraient tout autant d'un soutien approprié. Aider les couples, et non seulement les mères, pendant la période de la grossesse permettrait peut-être

LL

Aider les couples, et non seulement les mères, pendant la période de la grossesse permettrait peut-être de prévenir les séparations qui arrivent après la naissance de l'enfant.

77

de prévenir les séparations qui arrivent après la naissance de l'enfant. Dans la population générale, ces séparations sont de plus en plus fréquentes et arrivent souvent dans les deux années qui suivent la naissance de l'enfant. Elles sont encore plus courantes dans le cas d'enfants nés prématurément. Pour mes patientes, cela est arrivé dans deux couples sur les trois.

Les sages-femmes sont-elles formées pour assurer à elles seules de tels suivis ? Il ne me semble pas, en tout cas pas au Québec, où la formation est surtout technique. Porter une famille le temps d'une grossesse à risque devrait être le travail d'une équipe. Ce travail aurait d'autant plus de chances de réussir et de porter ses fruits à long terme que la grossesse est un temps qui facilite le travail psychothérapeutique, autant chez la mère que chez le futur père, si celui-ci accepte l'aide proposée. Lorsque la femme enceinte cherche de l'aide dans le cadre de consultations privées, cela exclut souvent le père de telles rencontres. Une organisation adéquate d'un service public pourrait certainement mieux répondre aux besoins de ces couples et surtout, de façon préventive, de leurs prochains enfants.

RÉFÉRENCES

- Chassot R., Krymko-Bleton I., Reeves N. (à paraître printemps 2016) *Les enjeux psychiques de la maternité, quand le corps fait symptôme*. FILIGRANE, Montréal
- Krymko-Bleton I. (2005) *Le risque d'accouchement prématuré et la dynamique du couple : la place du père ?* Le Journal des psychologues, Dossier "Naissance du père : psychanalyse et paternité", n° 229, juillet-août. Paris.
- Turner M.-L., Krymko-Bleton I. (2002) *Risque d'accouchement prématuré et fantasmes mortifères : la maternité et les contes*. Dialogue, recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille, n° 156, Érès, Paris.
- Sednaoui-Mirza M., Krymko-Bleton I., (1996) *Being a Son — Becoming a Father : A Mourning Process*, The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine, Vol. 8, n° 2, pp. 145 - 156.
- Sednaoui-Mirza M., Krymko-Bleton I., Lortie G. (1991) *Aspects psychologiques de l'accouchement prématuré. Relation de couple*. P.R.I.S.M.E., Autour de la naissance, vol. 2, n° 1. pp. 36 - 46.



MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

→ INTRODUCTION

La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes (MAP) est la complication la plus fréquente et la première cause d'hospitalisation au cours de la grossesse. La moitié des patientes ayant un épisode de MAP accoucheront avant 37 SA. Le travail spontané à membranes intactes représente environ un tiers de la prématurité. Le traitement et la prévention de la MAP représentent donc un enjeu de santé publique majeur.

→ DONNÉES GÉNÉRALES

■ Définition

La MAP se définit par l'association de contractions régulières et douloureuses associées à des modifications cervicales à un terme compris entre 22 SA et 36 SA + 6, avec pour conséquence un accouchement prématuré en absence d'intervention médicale. Le diagnostic repose donc sur l'examen clinique, en particulier le toucher vaginal, associé à une mesure de la longueur du col par échographie endovaginale, et sur la tocométrie.

Le dépistage de la présence de fibronectine dans les sécrétions vaginales a la même valeur diagnostique que l'échographie du col mais ne modifie pas le risque d'accouchement prématuré. Son utilisation n'est donc pas recommandée en routine.

■ Facteurs de risque

Les facteurs de risque principaux clairement identifiés sont (Kayem 2006):

- **Des antécédents:** accouchement prématuré; fausse couche tardive; exposition in utero au Distilbène (retiré du marché en 1977); malformation utérine et cervicale.
- **Grossesse actuelle:** grossesse multiple; anomalie placentaire (placenta praevia); métrorragies; infection urogénitale; hydranmios; anomalie chromosomique.
- **Facteurs individuels, socio-économiques et comportementaux:** race noire; célibat; très bas niveau socio-économique; tabac.

Certains de ces facteurs de risque peuvent aussi être directement des causes de menace d'accouchement prématuré, comme par exemple les saignements survenant souvent dans un contexte



La MAP se définit par l'association de contractions régulières et douloureuses associées à des modifications cervicales à un terme compris entre 22 SA et 36 SA + 6...

77

d'anomalie placentaire, qui peuvent conduire à l'apparition de contractions qui vont aggraver le saignement. Une infection locale peut également être à l'origine d'un processus inflammatoire et de la sécrétion de prostaglandines qui sont impliquées à la fois dans la maturation cervicale et le déclenchement du travail.

→ ÉVALUATION INITIALE

■ Examen

L'objectif de l'examen initial est à la fois de confirmer le diagnostic et d'éliminer un facteur de gravité pouvant conduire à contre-indiquer une tocolyse, et éventuellement décider d'accélérer l'accouchement par les voies naturelles ou par césarienne.

L'interrogatoire recherchera systématiquement des métrorragies, une rupture prématurée des membranes, des signes infectieux (fièvre, pertes vaginales, signes urinaires, signes généraux), ainsi que l'absence de signes en faveur d'une pathologie vasculaire (signes d'HTA, œdèmes).

L'examen sera complété par la mesure de la température, de la pression artérielle, la réalisation d'une bandelette urinaire et un prélèvement vaginal.

Le diagnostic reposera sur les modifications cervicales lors du toucher vaginal ou une réduction de la longueur du col à l'échographie. On réalisera un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) qui éliminera des anomalies du RCF, avec une tocométrie qui confirmera la présence de contractions utérines régulières.

On réalisera ensuite une échographie obstétricale afin de vérifier principalement les éléments suivants:

- **La biométrie** afin d'éliminer en particulier un retard de croissance;
- **La quantité de liquide amniotique** pour vérifier l'absence d'hydranmios qui favoriserait les contractions, ou de diminution du liquide en faveur d'une possible rupture des membranes;
- **La position du placenta** pour rechercher un placenta praevia, et l'absence de décollement visible en faveur d'un décollement marginal ou d'un hématome rétro-placentaire.

Les contre-indications absolues principales à une tocolyse sont:

- une souffrance fœtale aiguë.
- une chorioamniotite.
- un hématome rétro-placentaire.
- une contre-indication maternelle ou fœtale à la poursuite de la grossesse.
- des métrorragies abondantes sur un placenta praevia avec des signes de mauvaise tolérance maternelle ou fœtale.



DOSSIER

Par DR LAURENT GAVARD, ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS, HÔPITAL LOUIS MOURIER,
SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS-NORD VAL DE SEINE, COLOMBES, FRANCE.

■ La mesure de la longueur du col

La mesure est réalisée par échographie endovaginale sur une patiente en décubitus dorsal selon la méthode suivante : coupe sagittale stricte du col, mesure de la longueur entre l'orifice interne fermé et l'orifice externe ; on note une éventuelle protrusion des membranes, et on peut vérifier l'absence de modification de la longueur du col à la pression sur le fond utérin.

Selon l'avis de l'HAS publié en 2010, la mesure de la longueur du col peut avoir un intérêt avant 34 SA (HAS 2010) :

- **Chez les patientes symptomatiques :** à réaliser uniquement lors de l'épisode aigu, et à ne pas répéter en l'absence de nouvel épisode.
- **Chez les patientes asymptomatiques avec facteurs de risque importants :**
 - Malformation utérine, antécédents de fausse couche tardive, d'accouchement prématuré spontané, de chirurgie du col : surveillance bimensuelle entre 12 et 24 SA.
 - Grossesse gémellaire monochoriale : surveillance mensuelle jusqu'à 34 SA.

Le seuil est situé entre 20 et 30 mm, selon le terme et les facteurs de risque associés, avec une valeur seuil le plus souvent fixée à 25 mm. La sensibilité de l'examen pour dépister les patientes qui vont accoucher prématurément est très bonne, entre 75-100 %, si l'on prend un seuil à 25-30 mm. La valeur prédictive positive est située entre 30 et 70 %. La sensibilité et la VPP augmentent si l'on inclut la prématurité légère (34SA-36 SA + 6), mais cela en diminue la pertinence clinique. À l'inverse, la valeur prédictive négative est située entre 90-100 % pour un seuil à 30 mm, ce qui permet d'être rassurant en cas de contractions symptomatiques.

→ PRISE EN CHARGE

La prise en charge habituelle est décrite dans le tableau 1.

■ Tocolyse

Les dernières recommandations du CNGOF relatives à la prise en charge de la menace prématurée remontent à 2002. Elles considéraient les béta-mimétiques comme un traitement tocolytique utilisable en première intention. Mais, en raison de leurs effets secondaires maternels et foetaux, en particulier pour les grossesses gémellaires, la tocolyse repose actuellement principalement sur deux classes thérapeutiques :

- **Les inhibiteurs calciques :** nifédipine (Adalate®), nicardipine (Loxen®).
- **L'inhibiteur du récepteur de l'ocytocine :** atosiban (Tractocile®).

Ces deux classes thérapeutiques ne nécessitent pas de bilan pré-thérapeutique.

Les contre-indications officielles sont :

- **Nifédipine :** infarctus du myocarde (IDM) < 1 an, angor instable, choc cardio-vasculaire.
- **Nicardipine :** IDM < 8 J, angor instable, sténose aortique serrée, HTA compensatoire (shunt artério-veineux, coarc-tation de l'aorte).

Tableau 1 ► Prise en charge schématique de la menace d'accouchement prématuré (d'après Kayem 2006)

Bilan	<ul style="list-style-type: none">• Anamnèse• Examen clinique complet
Maternel	<ul style="list-style-type: none">• NFS, CRP, hémocultures (si T>38°C)• TP, TCA, Groupe sanguin, RAI• ECBU• Bandelette urinaire• Prélèvement vaginal (bactériologie, mycologie, parasitologie)
Fœtal	<ul style="list-style-type: none">• RCF• Échographie : biométries, quantité de LA, DO, vitalité fœtale
Évaluation de la gravité de la MAP	<ul style="list-style-type: none">• Toucher vaginal• Échographie du col
Prise en charge à l'admission	<ul style="list-style-type: none">• Hospitalisation• Repos au lit non strict (sauf cas particulier)• Tocolyse• Corticothérapie : bétaméthasone 12 mg par voie I.M. à répéter après 24 heures• Si nécessaire :<ul style="list-style-type: none">• Prise en charge psychologique• Prise en charge sociale
Surveillance si poursuite de l'hospitalisation	<ul style="list-style-type: none">• Prélèvement vaginal• CRP/semaine• 1 RCF/semaine

- **Atosiban :** Âge gestationnel < 24 SA ou ≥ 33 SA, rupture des membranes ≥ 30 SA, placenta prævia.

En pratique, il y a donc très peu de contre-indications à l'utilisation des inhibiteurs calciques. Concernant l'atosiban, il n'y a aucune raison médicale pour ne pas l'utiliser en cas de placenta prævia. Le cas particulier de la rupture des membranes avant terme sort du cadre de cet article.

Les effets secondaires rapportés sont décrits dans les tableaux 2 et 3.

Pour les inhibiteurs calciques, les effets les plus fréquents sont les céphalées et les flushs. Les effets secondaires les plus graves sont des hypotensions pouvant conduire à une syncope, ou dans de très rares cas une décompensation d'une insuffisance cardiaque conduisant à un œdème aigu pulmonaire (OAP). La surveillance thérapeutique repose donc sur la surveillance de la pression artérielle, en particulier au début de l'administration du traitement.

Pour l'atosiban, l'effet secondaire principal est la nausée, présente dans plus de 10 % des cas, et il n'y a pas d'effet grave rapporté. Les effets secondaires conduisent dans seulement 1 % des cas à l'arrêt du traitement. Il n'y a pas de surveillance spécifique du traitement.

Ces traitements reposent sur des protocoles pouvant varier d'un service à l'autre concernant les inhibiteurs calciques, et sur un protocole précis pour l'atosiban. Les protocoles ne seront pas détaillés.



Tableau 2 ► Effets secondaires des inhibiteurs calciques

Effet - Mécanisme	Effet secondaire
Vasodilatation périphérique et coronaire	Hypotension, syncope (< 1%) Œdèmes (1-10 %) Flushs (1-10 %) Céphalées (1-10 %)
↓ Force des contractions cardiaques (inotope -)	Hypotension (<1%) Décompensation insuffisance cardiaque
↓ Contractilité de la musculature digestive	Constipation (1-10 %)
	Malaise, asthénie, fatigue (1-10 %)

Tableau 3 ► Effets secondaires de l'inhibiteur du récepteur de l'ocytocine

Effet secondaire	Fréquence
Nausées	> 10 % >
Vomissements	1-10 %
Hyperglycémie	1-10 %
Céphalées, vertiges	1-10 %
Tachycardie	1-10 %
Hypotension - Bouffées de chaleur	1-10 %
Réaction au niveau du site d'injection	1-10 %

Le traitement sera poursuivi pendant 48 heures. Au-delà, le bénéfice de la poursuite d'un traitement d'entretien n'a pas prouvé son intérêt, ni sur la prolongation de la grossesse, ni sur la réduction de la morbidité néonatale.

Avant 24 SA, il n'y a pas de donnée actuellement pour recommander un tocolytique. Dans cette situation, une prise ponctuelle d'anti-inflammatoire non stéroïdien, comme l'ibuprofène (Indocid®), peut être envisagée car elle a montré son intérêt. Elle ne doit en aucun cas être envisagée après ce terme car il existe des alternatives et surtout parce qu'elle peut entraîner les effets secondaires suivants, même en prise ponctuelle (Vidal 2016):

- **Une atteinte cardio-vasculaire** par fermeture prématu-
rée du canal artériel pouvant conduire à une insuffisance
cardiaque droite, une hypertension artérielle pulmonaire
(HTAP) et une mort fœtale in utero.
- **Une atteinte rénale** avec diminution de la diurèse conduisant
à un oligoamnios, voire à une insuffisance rénale (réversible
ou non).

Corticothérapie anténatale

La réalisation d'une corticothérapie à visée maturative est recommandée en cas de MAP, en particulier entre 24 et 34 SA. Les principaux bénéfices attendus sont une réduction de l'incidence des complications suivantes (Roberts D 2006):

- la mortalité néonatale : 31 %
- la détresse respiratoire néonatale : 46 %
- l'hémorragie intraventriculaire : 46 %
- l'entérocolite ulcéronécrosante : 54 %

Elle repose sur deux injections de bétaméthasone (Célestène chronodose®) 12 mg, espacées de 24 heures, en intramusculaire ou en intraveineux. Si la menace est imminente, on peut réaliser la deuxième injection après 12 heures.

Il n'y a pas de contre-indication absolue, en particulier en cas d'HTA, de diabète ou de CRP augmentée. En cas de diabète sous insuline, il y aura nécessité d'adapter les doses en raison d'un déséquilibre constant.

Bien que l'effet prouvé de la cure soit situé entre 10-14 J, la répétition systématique des cures de façon hebdomadaire ne semble pas associée à une amélioration de la morbidité de l'enfant, et serait associée à une diminution du périmètre crânien. En pratique, on discutera la réalisation d'une deuxième cure si la patiente redevient symptomatique avant 34 SA, après un délai d'au moins 14 jours après la première cure.

Après 34 SA, un essai randomisé publié récemment a mis en évidence une diminution de la nécessité d'assistance respiratoire dans les 72 premières heures de 20 % (11,6 % dans le groupe bétaméthasone vs 14,4 % dans le groupe placebo ; p = 0,02) (Gyamfi-Bannerman C 2016). Suite à cet essai, la SFMF recommande qu'en cas de menace importante (col dilaté ≥ 3 cm

>

Monitoring • Doppler • Echographe • Rééducation

F2/F3 VCT

Excellent détection fœtale
Tracé détallé dès 18 SA
Transfert sur clé USB*
Batterie 7H - Logiciel
Léger < 3,7 kg - Calcul VCT
Sacoche ou valise avec protection contre les chocs



*sur F3

YSY MEDICAL

Tél. : 04 66 64 05 11 - Email : contact@ysy-medical.fr

YSY MEDICAL - Fabricant de matériels de rééducation et importateur exclusif EDAN

DUS 60

Echographe avec doppler
Technologies THI et TSI
Optimisations d'images automatiques
Compact - Léger - Batterie



YSY EST EVOLUTION 2 SF

Biofeedback et Stimulation
Logiciel spécifique SF
Biofeedback ludiques (jeux)
Bilans - Planches anatomiques
Consultation post natale
Suivi de grossesse et gynéco



Promos jusqu'au 22 avril

www.ysy-medical.fr



DOSSIER

Par DR LAURENT GAVARD, ASSISTANCE PUBLIQUE-HÔPITAUX DE PARIS, HÔPITAL LOUIS MOURIER,
SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS-NORD VAL DE SEINE, COLOMBES, FRANCE.

ou effacé à 75 %), et en absence de cure préalable, il peut être envisagé de réaliser une cure de corticoïdes, sans réaliser de tocolyse qui viserait à prolonger la grossesse (SFMF 2016).

Antibiothérapie (Kayem 2006)

Bien que les infections soient une cause importante de mise en travail spontané, la réalisation d'une antibiothérapie systématique ne semble pas justifiée en absence de rupture prématurée des membranes.

En effet, elle ne permet pas de réduire le nombre d'infections néonatales, d'allonger la durée de la grossesse, et pourrait potentiellement sélectionner les germes multirésistants. En revanche, elle semble diminuer le risque d'endométrite maternelle d'environ 25 %.

En pratique, on traitera les infections suivantes: vaginose bactérienne ou portage de Trichomonas par métronidazole per os. En cas de portage vaginal du Streptocoque B, on ne traitera qu'en cas d'échappement à la tocolyse.

Repos

Le repos a pour objectif de diminuer l'activité contractile utérine. L'hospitalisation sera justifiée en phase aiguë. Au-delà, en dehors d'une MAP très sévère avec risque imminent, il n'y a pas lieu de prolonger l'hospitalisation.

Le repos à domicile est justifié jusqu'à 36 SA. Une visite hebdomadaire par une sage-femme pourrait avoir un impact positif sur la diminution du risque d'accouchement prématuré, en diminuant le stress maternel. Il n'y a pas d'intérêt démontré à un monitorage systématique des contractions utérines.

Transfert in utero

L'intérêt du transfert in utero dans une maternité avec une prise en charge pédiatrique adaptée au terme de l'enfant semble avoir un intérêt jusqu'à 33 SA sur la mortalité et la survie sans séquelles. Une étude australienne publiée en 2015 a confirmé cette attitude en retrouvant un taux de mortalité de 11,3 % chez les enfants nés en maternité de niveau contre 25 % pour ceux ayant dû être transférés après la naissance (Boland RA 2015). L'effet est plus marqué avant 28 SA.

En pratique, la HAS recommandait en 2012 (HAS 2012):

- **Avant 32 SA ou si estimation de poids (EPF) < 1500 g :** transfert en niveau III.
- **Entre 32 SA et 33 SA + 6 jours et EPF > 1500 g :** transfert en niveau IIB ou III.
- **Entre 34 et 35 SA + 6 jours :** transfert en niveau II A ou II B.

■ Voie d'accouchement

Il n'y a pas d'indication à une césarienne systématique en cas d'accouchement spontané à partir de 26 SA.

Avant ce terme, la décision de ne pas réaliser de césarienne pourra être prise en cas de décision de ne pas réaliser de réanimation néonatale en fonction des facteurs pronostiques disponibles.

Les facteurs suivants pourraient aggraver le pronostic en cas d'accouchement voie basse et doivent conduire à discuter une césarienne, en fonction de la rapidité du travail et du RCF: chorioamniotite clinique, un retard de croissance avec Doppler ombilical nul ou reverse flow.

Les indications habituellement retenues de césarienne sont: une présentation transverse, un placenta recouvrant, un utérus multicicatriciel, des anomalies du rythme cardiaque fœtal ou une dystocie cervicale en cours de travail. Il n'y a pas de recommandation concernant les présentations du siège ou les grossesses gémellaires, et l'attitude est dépendante de l'équipe. Cependant, il peut être discuté une césarienne en cas de présentation du siège lorsque le poids fœtal estimé est < 1500 g, que ce soit sur une grossesse simple ou sur un J1 en cas de grossesse gémellaire. En cas de grossesse gémellaire, il peut également être envisageable de réaliser une césarienne si J1 < 1500 g, en raison du risque possible de rétraction du col secondaire, ou si J2 a une EPF > 30 % à celle de J1.

■ Conduite de l'accouchement

L'analgésie péridurale est recommandée en absence de contre-indication si le risque de césarienne est élevé, et obligatoire en cas de grossesse gémellaire.

On arrêtera la tocolyse en cas de certitude d'échappement à la tocolyse.

Une surveillance par monitoring du RCF en continu sera mise en place.

Une antibioprophylaxie sera mise en place par amoxicilline, en absence d'allergie.

Selon les services, une perfusion de sulfate de magnésium à visée neuroprotectrice pourra être mise en place (Doyle 2009).

En cas d'extraction instrumentale, la ventouse est contre-indiquée jusqu'à 35 SA.

En cas de césarienne, on réalisera une incision transversale si le segment inférieur est amplié, ou segmento-corporéale s'il est non amplié.

■ En prévention

Dépistage et traitement des infections

Le traitement de la bactériurie asymptomatique a un intérêt prouvé sur la diminution de l'incidence de l'accouchement prématuré.

En revanche, en ce qui concerne la vaginose bactérienne, chez les patientes asymptomatiques, le dépistage et le traitement précoce, de préférence avant 16-17 SA, semble avoir un intérêt pour diminuer le risque d'accouchement avant 37 SA, mais pas avant 32 SA. En cas d'antécédent d'accouchement prématuré, le traitement ne semble pas avoir d'impact positif (Brocklehurst 2013).

Progesterone

L'intérêt de la progestérone reste controversé. Deux essais randomisés réalisés sur une population avec antécédent avaient initialement montré un bénéfice sur la diminution du risque de prématurité et un bénéfice néonatal (Da Fonseca 2003, Meis 2003). Sur un dépistage de col court ≤ 25 mm, une méta-analyse a également montré une diminution de la prématurité avant 28 SA (RR 0.50), 33 SA (RR 0.58) et 35 SA (RR 0.69) et sur la morbidité composite et la mortalité néonatale (RR 0.57).

Cependant, récemment deux essais randomisés, utilisant pour l'un la progestérone naturelle, pour l'autre la progestérone



retard n'ont pas retrouvé de bénéfice sur une population à risque (Norman JE 2016, Winer N 2015).

En cas de grossesse multiple, la progestérone ne semble pas avoir d'impact positif (Norman 2009).

La progestérone à faible dose ne semble pas avoir d'impact négatif maternel ou fœtal.

Un traitement préventif par progestérone peut donc être discuté par progestérone naturelle à une dose de 200 mg/jour par voie vaginale jusqu'à 35 SA sur une population à risque, mais sans certitude sur l'efficacité (antécédent d'accouchement avant 34 SA ou col court ≤ 25 mm avant 24 SA).

Cerclage

En cas d'antécédent de fausse couche tardive ou d'accouchement prématuré avant 34 SA, et en cas de col court ≤ 25 mm entre 16 et 21 SA + 6 J, la réalisation d'un cerclage semble diminuer le taux de fausse couche tardive (6,1 % vs 14 %), le taux d'accouchement avant 37 SA (45 % vs 60 %) en cas de grossesse unique (Owen 2009).

Pour les jumeaux, une étude rétrospective publiée récemment sur une population avec un col dilaté ≥ 1 cm entre 16 et 24 SA, a retrouvé un bénéfice à la réalisation d'un cerclage associé à un traitement ponctuel par antibiotiques et anti-inflammatoire non stéroïdien par rapport à une abstention thérapeutique (Roman A 2016). Le taux d'accouchement spontané était de 31,6 % avant 28 SA et de 52,6 % avant 34 SA dans le groupe

cerclage, contre respectivement 89,4 % et 94,7 % dans le groupe abstention. Un résultat similaire a été retrouvé en cas de col < 25 mm (Houlihan C 2016). Ces résultats doivent être confirmés par des études prospectives randomisées.

Pessaire

Une étude randomisée publiée cette année n'a pas montré de bénéfice à l'utilisation d'un pessaire en cas de col < 25 mm entre 20 et 24 SA + 6 J sur une population de grossesses uniques (Nicolaides KH 2016). La même équipe a réalisé l'étude sur une population gémellaire non sélectionnée et a retrouvé le même résultat, avec un résultat identique sur la sous-population ayant un col court (Nicolaides KH 2016).

→ CONCLUSION

La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes est une des principales causes de prématurité. De nombreux facteurs ont pu être identifiés sur lesquels il est possible d'avoir une action, notamment au niveau psychosocial. Des facteurs multiples sont impliqués, rendant l'amélioration de sa prise en charge compliquée. Les études récentes ont permis de préciser quels sont les traitements qui peuvent avoir un intérêt dans la prévention, avec un avantage certain pour le cerclage dans les populations à risque en cas de col modifié (col < 25 mm). ■

BIBLIOGRAPHIE

- Ancel PY. Menace d'accouchement prématuré et travail prématuré à membranes intactes: physiopathologie, facteurs de risque et conséquences. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002; 31 (suppl 7): 5S10-5S21.
- Avis HAS juillet 2010. Mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus par échographie par voie vaginale. Intérêt dans la prévision de l'accouchement prématuré spontané. Téléchargeable sur www.has-sante.fr.
- Avis HAS novembre 2012. Femmes enceintes ayant une complication au cours de leur grossesse : transferts en urgence entre les établissements de santé. Téléchargeable sur www.has-sante.fr.
- Boland RA, Dawson JA, Davis PG, Doyle LW. Why birthplace still matters for infants born before 32 weeks: Infant mortality associated with birth at 22-31 weeks' gestation in non-tertiary hospitals in Victoria over two decades. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2015; 55: 163-9.
- Brocklehurst P, Gordon A, Heatley E, Milan SJ. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jan 31; 1: CD000262.
- Da Fonseca EB, Bittar RE, Carvalho MH, Zugaib M. Prophylactic administration of progesterone by vaginal suppository to reduce the incidence of spontaneous preterm birth in women at increased risk: a randomized placebo-controlled double-blind study. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 419-24.
- Doyle LW, Crowther CA, Middleton P, Marret S, Rouse D. Magnesium sulphate for women at risk of preterm birth for neuroprotection of the fetus. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 1: CD004661.
- Gyamfi-Bannerman C, Thom EA, Blackwell SC, Tita AT, Reddy UM, Saade GR, et al. Antenatal Betamethasone for Women at Risk for Late Preterm Delivery. *N Engl J Med* 2016 Feb 4.
- Houlihan C, Poon LC, Ciarlo M, Kim E, Guzman ER, Nicolaides KH. Cervical cerclage for preterm birth prevention in twin gestations with short cervix: a retrospective cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016 Mar 16.
- Kayem G, Goffinet F, Haddad B, Cabrol D. Menace d'accouchement prématuré. *EMC* (Elsevier SAS, Paris), Obstétrique, 5-076-A-10, 2006.
- Meis PJ, Klebanoff M, Thom E, Dombrowski MP, Sibai B, Moawad AH, et al. Prevention of recurrent preterm delivery by 17alpha-hydroxyprogesterone caproate. *N Engl J Med*. 2003 Jun 12; 348 (24): 2379-85.
- Nicolaides KH, Syngelaki A, Poon LC, de Paco Matallana C, Plasencia W, Molina FS, et al. Cervical pessary placement for prevention of preterm birth in unselected twin pregnancies: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214: 3.e1-9.
- Nicolaides KH, Syngelaki A, Poon LC, Picciarelli G, Tul N, Zamprakou A, et al. A Randomized Trial of a Cervical Pessary to Prevent Preterm Singleton Birth. *N Engl J Med* 2016; 374: 1044-52.
- Norman JE, Mackenzie F, Owen P, Mactier H, Hanretty K, Cooper S, et al. Progesterone for the prevention of preterm birth in twin pregnancy (STOPPIT): a randomised, double-blind, placebo-controlled study and meta-analysis. *Lancet* 2009; 373: 2034-40.
- Norman JE, Marlow N, Messow CM, Shennan A, Bennett PR, Thornton S, et al. Vaginal progesterone prophylaxis for preterm birth (the OPPTIMUM study): a multicentre, randomised, double-blind trial. *Lancet* 2016 Feb 23. pii: S0140-6736 (16) 00350-0.
- Owen J, Hankins G, Iams JD, Berghella V, Sheffield JS, Perez-Delboy A, et al. Multicenter randomized trial of cerclage for preterm birth prevention in high-risk women with shortened midtrimester cervical length. *Am J Obstet Gynecol* 2009; 201: 375.e1-8.
- Roberts D, Dalziel S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3: CD004454.
- SMFM Publications Committee. SMFM Statement: Implementation of the Use of Antenatal Corticosteroids in the Late Preterm Birth Period in Women at Risk for Preterm Delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2016 Mar 15. pii: S0002-9378 (16) 00475-0.
- Winer N, Bretelle F, Senat MV, Bohec C, Deruelle P, Perrotin F, et al. 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate does not prolong pregnancy or reduce the rate of preterm birth in women at high risk for preterm delivery and a short cervix: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2015; 212: 485.e1-485.e10.



PENSER LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMaturé DES FEMMES DE FAÇON PLUS GLOBALE POUR EN AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE

→ Si la prise de la MAP passe par l'amélioration des outils de prévention et de dépistage (échographie du col, test de dépistage...), il est cependant nécessaire de la questionner en élargissant notre regard.

Au-delà d'une approche purement scientifique, des explications autres que médicales compléteraient la discussion d'une prise en charge plus singulière d'une femme en MAP, chez qui aucune explication organique n'est trouvée.

→ COMMENT EXPLIQUER "AUTREMENT" LA SURVENUE D'UNE MAP ?

Mettre au monde un enfant est un événement complexe sur le plan psychique. Toute femme enceinte est à la fois subjuguée et déconcertée par les mouvements internes qu'elle commence à ressentir. Traversée par des sentiments contradictoires, elle se retrouve dans un état de bouleversement plus ou moins aigu. Être enceinte est une étape du développement psychoaffectif qui plonge momentanément la femme dans un état de vulnérabilité. Cette "crise de la maternité" est décrite par P.C. Racamier, pionnier de l'approche psychanalytique de la grossesse.

Chaque femme aborde cette étape de sa vie en fonction de la manière dont se sont déroulées les étapes antérieures de sa vie (enfance, adolescence...). Elle se recentre sur elle-même et il lui est alors permis de porter un autre regard sur soi. Cette étape est solitaire. Personne ne peut prendre sa place. Et si la solitude est, de fait, un état privilégié, elle peut être aussi une source de perte de repères.

Pour qu'une grossesse puisse être menée à son terme et qu'une femme ne soit pas trop envahie par ses craintes, il est alors indispensable qu'elle se sente soutenue et comprise.

Elle a besoin d'un entourage qui soit à l'écoute de ce qu'elle éprouve physique-

ment et psychiquement. Cette notion est appelée par W. Bion, psychanalyste britannique, le "contenant psychique". On peut alors prendre l'image d'une poupée russe. La femme enceinte porterait en elle la plus petite poupée, le foetus. L'entourage affectif et social constituerait la deuxième enveloppe. Le tout, contenu par la dernière enveloppe représenté par l'institution médicale. Toutes ces enveloppes peuvent permettre une réelle prévention de la MAP en devenant des "enveloppes protectrices". Le plus souvent, le conjoint, le milieu familial ou le milieu professionnel suffisent. Mais parfois, la femme enceinte ne se sent pas suffisamment contenue. Elle est isolée, loin de sa famille et la solidarité de proximité n'est pas très répandue. Elle se tourne alors vers l'institution médicale avec une demande de soins accrue. Si cette demande n'est pas entendue, si la femme n'est pas écoutée, comprise et contenue dans ses émotions, il y a un risque plus élevé de décompensation psychique (dépression, psychose...) et de décompensation somatique (MAP ou AP effectif).

Compris d'abord comme un manque de contenant, les signes de MAP peuvent être considérés comme la manifestation somatique d'une souffrance psychique.

M. Séguilla, psychologue, utilise une métaphore.

À l'image de l'utérus qui menace de lâcher, quelque chose se met à dysfonctionner à un point ou à un autre de toutes les interactions de la femme avec son environnement et son histoire passée et présente, mettant ainsi les femmes en situation de perte ou de rupture d'un cadre protecteur, cadre interne représenté par leur propre capacité psychique à vivre cette grossesse, cadre externe représenté par l'entourage familial, social et médical.

Par ailleurs, la grossesse s'inscrit dans l'histoire humaine. Si la naissance est à chaque fois renouvellement, elle se place entre les ancêtres, les contemporains et les descendants. De ce fait, la MAP

pourrait aussi révéler une problématique de dépendance des femmes enceintes à l'égard de leur mère: ces femmes craignaient de perdre leur statut de fille car elles pensent que l'accession à la maternité détrônera leur propre mère, qu'elles ont peur de perdre. Le choix est alors impossible à faire: soit elles restent "filles" et leur bébé disparaît; soit elles mettent au monde leur enfant et leur mère leur échappe. La MAP serait ici une tentative de réponse à ce choix inconscient. Au-delà de la pathologie, il conviendrait de repenser alors la grossesse physiologique, la questionner pour qu'elle ne devienne pas MAP. La grossesse peut être comprise comme le temps du mouvement de la filiation, un temps de transition. Comment ne plus être moi pour redevenir moi? Cet état de métamorphose semble comme une "chrysalide de la maternité", temps de repli sur soi, indispensable au changement de place dans le cycle des générations. La grossesse est alors un immense travail psychique: Françoise Dolto évoque l'idée que: « *c'est avant d'être parent qu'il faut réfléchir au problème de sa propre enfance périmee, pour être prêt à accueillir les autres* ». Ce travail fait resurgir des souvenirs jusque-là refoulés, réactive des fantasmes, des angoisses, des traumatismes, des moments importants de l'*histoire infantile*... Ce temps de passage peut être source de plaisir et d'approfondissement, une façon de "tourner la page après l'avoir lue".

Pour vivre cette grossesse de façon sereine, pour que ce mouvement normal ne devienne pas pathologique, il faut du temps. Il apparaît que le monde social offre peu d'espace pour vivre cette grossesse: il n'est donné aucun temps à la métamorphose obligatoire qui a lieu. Ce modèle contemporain de la "super woman" impose d'abord à de nombreuses femmes enceintes un rythme impossible. Les médias valorisent ce modèle et la vie professionnelle tolère mal l'indisponibilité. La femme est alors dans un "entre-deux"



dans la société: attendre un enfant est gratifiant en termes d'image mais gênant par rapport aux contraintes du mode de vie actuel.

Beaucoup de femmes ne s'écoulent plus, ne prennent plus le temps de la métamorphose. Elles ne sont plus à l'écoute d'elles-mêmes. Elles ne prennent plus garde aux limites que leur impose leur état de grossesse, nouvelles limites à réadapter au fur et à mesure du terme, tant sur le plan physique, psychologique qu'émotionnel. Cette difficulté peut les amener jusqu'à une hyperactivité, comprise comme un nécessaire moyen de défense psychologique pour éviter de penser, de se laisser envahir par ses angoisses... Mais, si l'hyperactivité est une défense efficace pour une grande partie de la population, elle s'avère pathogène en cours de grossesse.

La femme a alors une solution, souvent inconsciente, pour stopper cet engrenage: la MAP, comprise comme un besoin de repos, de temps et d'écoute. La MAP permet à la femme d'échapper à ces pressions. La femme exprime alors quelque chose qui ne peut pas se dire. « *Il est plus facile de dire "j'ai mal" que "je vais mal"* ». Les contractions utérines révèlent le "subtil" de l'esprit, cristallisent les émotions contenues. Ce mal-être devient source de pathologie amenant à des arrêts de travail, des tests multiples. La MAP serait alors plus une pathologie sociétale que médicale.

→ QUELLE AIDE PSYCHOLOGIQUE? UNE AIDE POSSIBLE À L'HÔPITAL?

Quelle que soit la signification psychologique de la MAP, la demande d'aide est forte. D'après la littérature, le stress, les perturbations psychologiques et l'anxiété peuvent augmenter le risque d'AP. Une aide semble importante chez les femmes ayant une MAP, qu'elles soient hospitalisées ou non. Cet accompagnement spécifique paraît intéressant pour réduire le taux d'accouchements prématurés effectifs. Un soutien psychologique pourrait alors être apporté sous la forme d'entretien avec l'équipe soignante. L'hypnose, la peinture ou la relaxation peuvent aussi être évoquées, mais ces techniques ont encore peu d'adeptes dans cette optique de soutien.

Il semble nécessaire de ne pas se limiter à la recherche de causes psychologiques mais aussi de mieux s'interroger sur le sens de ce symptôme pour la femme. Il ne s'agit pas, alors, d'établir des liens de cause à effet, de la mettre dans des déterminés psychiques, mais plutôt d'essayer de laisser la future mère s'exprimer librement. Son discours serait alors sans contrainte, avec des lapsus, des oubli... En matière de prévention de l'accouchement prématuré, outre les prescriptions classiques nécessaires, il apparaît donc que le "contenant" médical – c'est-à-dire la vigilance, l'écoute et l'attention des instances médicales – est d'une importance capitale. Selon des enquêtes en milieu hospitalier, le temps moyen d'une consultation prénatale excède rarement sept minutes. Il est donc, bien sûr, difficile pour un praticien hospitalier de se pencher sur chaque cas avec empathie, dans ces conditions d'exercice. Comment être vigilant à l'encadrement social, affectif et comprendre une patiente qui nous est étrangère ? Comment livrer des secrets de vie, un simple mal-être à quelqu'un que l'on n'est pas assuré de revoir ou qui pourrait manquer d'attention ?

Pourtant, si les consultants avaient une disponibilité suffisante pour écouter attentivement les patientes et tenter de repérer les failles dans leur vécu actuel, il est probable qu'un certain nombre de MAP pourrait être prévenu. Il paraît important d'être en mesure d'évaluer le tissu affectif et social de la femme, de s'intéresser à son vécu émotionnel, son contexte familial et professionnel, à son entourage affectif. Quelques signes d'alerte ainsi repérés pourraient devenir des signaux d'alarme.

→ LE SOUTIEN SOCIAL COMPLÉMENTAIRE AU SOUTIEN HOSPITALIER

En plus du suivi hospitalier, le soutien social (conjoint, famille, cercle d'amis...) a aussi son importance. Il n'est pas à comprendre comme un outil de premier choix pour améliorer les issues de grossesse. Pourtant, il est utile en termes de bénéfice psychologique. La femme enceinte aurait une plus grande satisfaction d'elle-même. Ce soutien aurait un impact, à long terme, sur l'équilibre psychologique des mères et sur la relation mère-enfant.

■ La place du conjoint et de la famille

Souvent, la personne la plus proche de la femme enceinte, le futur père, reçoit les angoisses de sa femme. Il est en première ligne. Sa compagne est désstabilisée, angoissée, plus vulnérable. Il devient alors, dans l'inconscient de sa femme, une figure maternante. Certains hommes retrouvent alors spontanément les gestes de leur propre mère à l'égard de leur femme. D'autres, eux-mêmes dans leurs propres bouleversements, sont en difficulté et ne peuvent être "contenants".

Dans notre culture contemporaine, les familles dites nucléaires sont le nouveau modèle social. Ainsi, la solitude et l'isolement des femmes enceintes accentuent le risque de MAP. Une étude à la demande du CNRS (Centre National de Recherche Scientifique), de la DGS (Direction Générale de la Santé) et de la DDASS (Direction des Affaires Sanitaires et Sociales), en collaboration avec l'association "Migration-Santé", a été réalisée à la maternité de l'hôpital de Mantes-la-Jolie dans les Yvelines en 1999 auprès d'une population d'immigrants à forte concentration maghrébine considérée comme "à haut risque d'AP" par les épidémiologistes.

Il apparaît que, chez certaines communautés immigrées très soudées, le taux d'AP est inférieur à la moyenne nationale (2,7%). Dans ces grandes familles, l'enfant n'est pas une fin en soi pour le couple mais devient un nouveau membre pour la société entière. L'enfant est ainsi précieux pour la famille mais aussi pour la communauté. Chaque naissance renouvelle le monde. L'enfant est enfant de la vie et rompt le phénomène d'usure de la nature. La femme est le vecteur permettant cette naissance et il faut la respecter. La grossesse est valorisée comme un véritable travail social. Le repos est alors considéré par tous comme un droit lié à l'état de grossesse et non comme un devoir lié à une prescription médicale. La femme est encadrée et portée par le groupe social tout au long de sa grossesse. Ce soutien par la famille élargie et la solidarité de proximité semble manquer dans le modèle occidental de la société française actuelle.



■ Les associations

Differentes associations existent et tentent d'améliorer la prise en charge et la prévention de la prématurité. L'association SOS Préma en est un exemple. Elle est reconnue d'intérêt général et association d'usagers par le ministère en charge de la Santé. Elle travaille sur trois axes.

● D'abord, l'aide et le soutien des familles.

Elle organise, entre autres, des cafés parents à Boulogne et à Arpajon en région parisienne, mais aussi à Lyon et à Toulouse, pour ne citer que ces grandes villes. Ce sont des moments d'écoute et de partage. Ces rencontres se font plutôt en postnatal mais deviennent prévention pour les grossesses suivantes tout en aidant à un soutien postnatal. En antenatal, il est compliqué d'organiser des rencontres avec des femmes en MAP chez qui les déplacements trop longs, l'attente, la station debout prolongée... sont délicats. Les consultations médicales par téléphone ne permettent pas l'établissement d'un diagnostic clinique mais il existe des permanences téléphoniques destinées aux familles avant la naissance : les discussions en antenatal ont lieu alors sur le forum ou par téléphone. Une puéricultrice et une psychologue écoutent et dirigent, en cas de besoin, les femmes vers d'autres professionnels.

● Ensuite, la sensibilisation des pouvoirs publics et institutionnels en France et en Europe, en ce qui concerne la prématurité, s'amorce notamment sous l'impulsion des associations (parmi elles, SOS Prema). L'allongement du congé maternité pour les mamans de prématurés a été ainsi voté en 2006, une charte de la parentalité en entreprise existe depuis 2008, une journée mondiale de la prématurité annuelle existe depuis 2009, un colloque parlementaire à l'Assemblée nationale est organisé en 2010.

● Enfin, le 12 novembre 2012, l'association "collectif prématurité" est créée et réclame une politique de santé spécifique en faveur de la prématurité sur le modèle des politiques de santé qui existent déjà au Portugal et au Royaume-Uni.

Enfin, SOS Prema travaille sur le dialogue avec les équipes médicales. Une personne au siège de l'association s'occupe spécifi-

quement des relations avec les soignants. Une journée annuelle de sensibilisation aux vécus d'enfants prématurés est aussi organisée pour former les équipes soignantes.

■ Les aides et les prestations sociales/la vision de la société

En ce qui concerne les droits sociaux, les femmes présentant une MAP peuvent bénéficier d'un congé dit pathologique de 14 jours, accordé sur prescription médicale en cas de pathologie durant la grossesse. Ces femmes sont parfois hospitalisées, soit au sein d'une structure hospitalière, soit à domicile par l'intermédiaire d'une structure de soins alternative à l'hospitalisation classique, l'hospitalisation à domicile (HAD). L'HAD assure une prise en charge multidisciplinaire, et améliore le confort de la patiente en la soignant dans un environnement sécurisant.

Les femmes qui ont effectivement accouché prématurément ont le droit, depuis le 1^{er} janvier 2006 à un congé maternité "remodelé". Quand l'accouchement intervient plus de six semaines avant la date prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la période d'indemnisation est allongée du nombre de jours entre la date effective de l'accouchement et le début du congé maternité initialement prévu. Cela revient à dire que la jeune mère peut reprendre son travail à la date à laquelle elle aurait dû reprendre si elle n'avait pas accouché prématurément. Les jeunes pères ont le droit à trois jours de congé de naissance et à onze jours de congé paternité supplémentaires. Les jeunes parents peuvent, de plus, bénéficier d'un congé de présence parentale jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

■ Et la sage-femme ?

La sage-femme donne vie à la naissance. Elle est une actrice de ce moment de l'existence, témoin de cette physiologie. Elle aide la future mère à s'ouvrir à sa propre histoire, à entrer dans l'instant de la grossesse. Elle interroge la transformation, écoute ce temps de la "chrysalide de la maternité". La sage-femme doit alors faire preuve de patience, patience attentive, comprise comme un accueil du temps de l'autre. Cette patience attentive permet à la future mère de donner un sens

au moment présent, d'être orientée vers un nouveau temps de vie. Ainsi, un lien serein est permis entre la sage-femme et la future mère. Il se fonde sur la qualité de l'échange, l'écoute, la capacité à percevoir comment la grossesse s'intègre à l'histoire toujours singulière de la femme, du couple et de la famille. Cette relation de confiance permet un cheminement conjoint, pour trouver pour une grossesse donnée, à un moment donné, la meilleure façon de vivre ce temps. La sage-femme donne alors un cadre mais laisse la place à un espace personnel avec des variations possibles pour la femme, au sein de ce cadre. La sage-femme a un rôle important à jouer dans la prévention de la prématurité. Elle devient le professionnel de santé de première ligne. Celui qui écoute, souvent pour la toute première fois, les difficultés, les inquiétudes et détecte les possibles pathologies sous-jacentes, les troubles de la physiologie.

Les sages-femmes peuvent aussi prendre en charge et surveiller les femmes présentant des risques prévisibles de prématurité. Elles peuvent réagir et éviter à ces patientes tout risque supplémentaire en assurant, par exemple, leur suivi régulier à domicile, parallèlement au suivi à l'hôpital. La prise en charge globale de la patiente trouvera alors ici tout son sens : une seule sage-femme en pré et en postnatal pour un lien plus serein entre patient et professionnel, un regard global, une connaissance plus fine de sa patiente et une confiance plus facilement accordée. Et quand bien même la pathologie s'invite effectivement, que la MAP est avérée, ce moment de la vie continue à être singulier. Le suivi et la présence des sages-femmes maintiennent cette continuité et rendent plus floue la frontière entre la grossesse physiologique et la grossesse pathologique. La sage-femme est en état d'alerte. Sa fonction et son écoute permettent à la femme d'être vigilante à ce qu'elle ressent d'inhabituel, de remettre la sensation au cœur de la pensée. La future mère a alors la possibilité de dire « *je ressens donc je suis* » et non seulement « *je pense donc je suis* ». La sage-femme rassure aussi. Garante de l'éthique de la naissance, la sage-femme garde une place dans la pathologie pour ce qui continue à se vivre : une grossesse pathologique, certes, mais une grossesse tout de même. ■



LE DÉPISTAGE NÉONATAL DU 3^e JOUR

Le test de dépistage, également appelé "test de Guthrie", permet de détecter certaines pathologies qui ne sont pas visibles à la naissance mais qui peuvent avoir des conséquences sérieuses chez les enfants atteints et retarder leur développement s'ils ne sont pas pris en charge rapidement.

Ce dépistage n'est pas obligatoire mais très fortement recommandé.

LES PATHOLOGIES RECHERCHÉES

- **La Phénylcétonurie** est due à l'accumulation dans l'organisme de la phénylalanine, empêchant le bon développement du cerveau de l'enfant.
- **L'Hypothyroïdie congénitale**, correspondant à une sécrétion insuffisante de l'hormone thyroxine, indispensable à la croissance et au bon développement cérébral du bébé. La glande hypophysaire produit alors en excès de la TSH. C'est cette TSH qui est dosée par ce test.
- **L'Hyperplasie congénitale des surrénales** est liée à une production anormale des hormones produites par les glandes surrénales. Le dépistage repose sur le dosage de la 17OHP.
- **La Drépanocytose** est liée à la présence anormale de l'hémoglobine S. Le dépistage est systématique pour les enfants nés dans les DOM-TOM ou s'il existe des antécédents de syndrome drépanocytaire majeur dans la famille. En métropole, il est réalisé chez les enfants ayant les deux parents, ou bien un seul des deux si le deuxième n'est pas connu originaire de ces zones géographiques:

- Départements français d'outre-mer: Antilles, Guyane, la Réunion, Mayotte,
- Tous les pays d'Afrique subsaharienne et le Cap-Vert,
- Amérique du Sud (Brésil), Noirs d'Amérique du Nord,
- Inde, Océan Indien, Madagascar, île Maurice, Comores,
- Afrique du Nord: Algérie, Tunisie, Maroc,
- Italie du Sud, Sicile, Grèce, Turquie,
- Moyen-Orient: Liban, Syrie, Arabie Saoudite, Yémen, Oman.

- **La Mucoviscidose**, entraînant des troubles nutritionnels et une atteinte pulmonaire progressive qui fait la gravité de l'affection. Le dépistage se fait par le dosage de la trypsine, son interprétation nécessite une étude du gène et il est donc indispensable de recueillir au préalable le consentement des parents sur le papier buvard.

QUAND EST FAIT LE TEST

Le dépistage est réalisé à partir de la 72^e heure de vie. Il est nécessaire que l'enfant ait eu 3 jours d'alimentation afin que son organisme ait pu digérer, permettant ainsi le dosage de la phénylalanine. Les documents explicatifs sont remis aux parents à leur arrivée en suite de couches.

COMMENT EST FAIT LE TEST

Le test est réalisé par les infirmières puéricultrices ou les sages-femmes. Nous invitons les parents à être présents. Il consiste à prélever quelques gouttes de sang sur le papier buvard du test de Guthrie. Trois, voire quatre cercles, si la drépanocytose doit être dépistée, doivent recueillir le sang. La quantité de sang prélevée doit être suffisante pour traverser le papier buvard mais ne doit pas se méler aux autres cercles.

LES RÉSULTATS DU TEST

Les analyses sont effectuées par le centre de dépistage national, la Fédération Parisienne de Dépistage.

Si les résultats sont normaux, ils ne seront pas communiqués directement aux parents. Ils sont cependant disponibles au secrétariat de l'association régionale Ile-de-France, fédération Parisienne de dépistage.

Si des tests montrent un résultat anormal, les parents en seront informés rapidement. Un contrôle devra être réalisé dans les meilleurs délais, permettant de savoir si l'enfant a besoin d'être traité.

RÉALISATION DU SOIN

■ Prise en charge de la douleur

- Avant de commencer le soin, faire téter quelques gouttes de glucose 30 % ou de sucre au bébé à l'aide de sa tétine ou du petit doigt d'un de ses parents. L'effet analgésique apparaît dans les 60 à 120 secondes suivant l'administration

de la solution sucrée et dure environ 5 à 7 minutes. L'association de la succion et du goût sucré permet la sécrétion de morphine endogène.

- Si le bébé présente des mouvements de retrait au moment de la désinfection, lui proposer quelques gouttes.
- L'allaitement au sein a le même effet analgésique. Le test de Guthrie peut donc être réalisé avec le bébé au sein de sa maman.

■ Le prélèvement

- Mettre des gants à usage unique.
- Désinfecter la main du nouveau-né avec un antiseptique pour application cutanée.
- Repérer la veine.
- S'assurer que le bébé tête toujours sa tétine ou le petit doigt au moment de piquer.
- Piquer avec une aiguille du 22G ou 23G.
- Recueillir le sang sur le papier buvard en réalisant de légère pression.
- Retirer l'aiguille et la mettre dans la boîte aiguille.
- Réaliser une compression du point de ponction avec une compresse.
- Une compression d'environ 1 minute suffit à ne pas mettre de pansement qui gênerait de la douleur à son retrait.
- Jeter la compresse et les gants.

La partie où est réalisé le prélèvement ne doit pas être souillée, cela rendrait les analyses impossibles.

La soignante ayant réalisé le test doit remplir la date et l'heure du prélèvement et signer le document. Elle doit également remplir le carnet de santé à la page 9, dans l'encadré prévu à cet effet.

Le papier buvard est mis sur un support le temps que le sang sèche. Il doit être ensuite envoyé au centre de dépistage dans les enveloppes prévues à cet effet.

Il est également recueilli sur le test du Guthrie les résultats du dépistage auditif systématique.

PROGRAMME DE DÉPISTAGE NEONATAL SYSTEMATIQUE		<input type="checkbox"/> prélevement initial	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} prélevement
CODE MATERNITE		Accouchement à Domicile <input type="checkbox"/> ou	N° NAISS. ANNUEL
VERIFICATION DE L'AUDITION			
<input type="checkbox"/> Le dépistage auditif n'a pas pu être réalisé car:			
<input type="checkbox"/> Nn à risque oui (précisez):			
1 ^{er} test date:		Re-test date:	
Lieu: <input type="checkbox"/> OEA <input type="checkbox"/> PEA Normal A surveiller		Lieu: <input type="checkbox"/> OEA <input type="checkbox"/> PEA Normal A surveiller	
Sexe: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nn à risque drépanocytose: <input type="checkbox"/> oui	OD <input type="checkbox"/>	OG <input type="checkbox"/>
Poids: _____ g	Terme: _____ SA + _____ jours	Normal <input type="checkbox"/>	A surveiller <input type="checkbox"/>
Grossesse multiple: <input type="checkbox"/> oui	Rang naissance _____ / _____	OD <input type="checkbox"/>	OG <input type="checkbox"/>
Prélèvement fait le: _____ à _____ h	À la maternité de naissance <input type="checkbox"/> à domicile <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	A surveiller <input type="checkbox"/>
Autre (lieu): _____ code _____		OD <input type="checkbox"/>	OG <input type="checkbox"/>
Enfant transfusé: oui <input type="checkbox"/> Date: _____		Normal <input type="checkbox"/>	A surveiller <input type="checkbox"/>
NOM du préleveur: _____			
RDV contrôle à distance le: _____			
A (lieu): _____			
With: _____			
Tel: _____			



RÉFLEXION SUR UNE PRATIQUE

Prévenir l'asphyxie fœtale et ses conséquences

2011-2016 | Six ans d'expérience sur cette pratique d'une maternité niveau III au CHI de Créteil (94), dont 3 avec le dispositif complet VYGON

UN PROJET MENÉ À TERME

La maternité du CHI de Créteil a évalué l'asphyxie néonatale au cours du travail depuis des années bien que cette surveillance ne soit pas officialisée. En 2009, M. le Professeur B. Haddad, chef du service de la maternité, a délégué ce projet à Mme Annaïck Redon, Cadre sage-femme en salle de naissance. L'élaboration de ce dernier s'est accomplie en parfaite coordination avec les responsables de notre laboratoire de biologie; projet qui s'officialise fin 2011.

Quel était l'objectif de ce projet ?

L'objectif était de mettre en place un outil d'aide à l'évaluation de l'état acido-basique fœtal en cas d'anomalies du rythme cardiaque fœtal pendant le travail, pouvant mener à l'extraction en urgence de l'enfant en vue de prévenir les complications de l'asphyxie néonatale.

pH < 7,20 = suspicion d'altération sévère des échanges gazeux utéro-placentaires conduisant à une **acidose métabolique** et à une **hyperlactacidémie** témoignant d'une altération du métabolisme cellulaire, pouvant conduire à la nécessité d'une extraction fœtale en urgence.

L'AVIS DES PROFESSIONNELS

Annaïck REDON, Cadre Sage-femme, Bloc maternité au CHI Crétel

Quel est le nombre d'accouchements au sein de votre maternité ?

Nous sommes une maternité de niveau III et avons enregistré 3500 accouchements pour l'année écoulée. Un projet d'agrandissement permettrait à l'horizon 2018/2019 de se rapprocher des 4 000 accouchements.

Pourquoi évaluer l'asphyxie fœtale et quelle a été votre motivation pour monter ce projet au sein de votre maternité ?

Nous avons suivi les recommandations du CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) sur la surveillance fœtale de seconde ligne (décembre 2007). L'élaboration du projet a pu se structurer grâce à la collaboration des responsables du laboratoire de biologie.

Quelles ont été vos contraintes ?

La convention d'achat d'un nouveau pHmètre et sa mise en place au cœur du service (biologie délocalisée) a nécessité un cahier des charges très précis. Ce pHmètre est connecté par internet avec le laboratoire de notre établissement certifié assurant ainsi une bonne traçabilité des prélèvements et la fiabilité de leurs résultats. Il faut souligner que la notion de la qualité de prise en charge de nos patientes est un des paramètres qui a dicté notre choix.

Je vous rappelle que ce projet a pu voir le jour en 2011 après 2 ans de développement.

Votre pHmètre est-il au sein de la maternité ou dans un autre local ?

La biologie étant délocalisée, il est fixe et se trouve au centre du bloc de maternité. Un suivi



régulier avec les responsables du laboratoire, au moins 3 fois par an, nous permet d'optimiser nos résultats. Ce sont deux mondes différents qui se rencontrent mais pour autant, chacun dans son domaine de compétence, contribue à la réalisation de ce projet.

Vous utilisez pH ou lactates, pouvez-vous nous préciser les différences ?

Les deux analyses sont reconnues à l'heure actuelle pour évaluer l'état acido-basique du fœtus au cours du travail. C'est cependant le pH qui a valeur médico-légale. Toutefois l'analyse des lactates est un complément très informatif dans l'évaluation de l'état fœtal. C'est d'ailleurs pour cette raison que nous avons fait le choix d'avoir les deux possibilités :

1 Mesure pH sur prélèvement sanguin fœtal au scalp

- Membranes rompues
- Col dilaté à 3-4 cm
- Volume min: 30 - 50 µL
- Intervalle temps: 20 - 30 à 60 min
- Valeur pathologique si < 7,20

LE CHI DE CRÉTEIL en quelques chiffres

MATERNITÉ DE NIVEAU III

- 3 500 accouchements
- 7 salles de naissances
- 2 blocs opératoires réservés exclusivement aux césariennes

Sont présents sur site 24 h/24 toute l'année:

- Obstétriciens (1 senior et 1 interne)
- Anesthésistes (1 senior et 1 interne)
- Pédiatres (1 senior et 1 interne de garde)
- 3 Sages-femmes

82,6 % PÉRIDURALES

34 % ÉPISTOMIES

24,5 % CÉSARIENNES





le pHmètre soit centralisé et donc proche des salles de naissance permet de mieux appréhender les taux d'échec qui sont malgré tout fréquents d'où l'importance dans le choix du matériel utilisé.

Cette méthode de référence a-t-elle apporté un confort et une sécurité à votre équipe ? Pourquoi ?

Cet outil de seconde ligne est un complément à l'analyse du rythme cardiaque foetal. Il nous aide à la prise de décision avec plus de sécurité et moins de subjectivité. Le prélèvement est réalisé au scalp foetal pendant le travail et peut être répété si besoin. Les résultats de ce prélèvement sont une aide à la prise en charge mais ne sont pas nécessairement le seul élément entrant dans la prise de décision. Il va sans dire qu'une césarienne est une intervention chirurgicale, toujours plus risquée pour la femme ; il est préférable qu'elle puisse accoucher par voie naturelle.

Quel est le matériel que vous utilisez ?

Nous avons choisi le set pH au scalp de la Société Vygon.

LANCETTE RIGIDE, SÉCURISÉE ET RÉTRACTABLE, selon les directives européennes 2010/32 UE du 10 mai 2010 – risques d'exposition au sang sur lancette de prélèvement sanguin.



Lame biseautée permettant une incision nette et précise.



COMPOSITION DU SET

- 1 x Amnioscope auto-éclairant
- 1 x Lancette rétractable de prélèvement/porte-capillaire
- 1 x Double porte-capillaire
- 5 x Capillaires héparinés
- 10 x Bouchons de capillaires (5 rouges, 5 blancs)
- 5 x Adaptateurs avec croisillon
- 5 x Limailles
- 1 x Paraffine
- 5 x Longs coton-tiges
- 5 x Compresses ORX
- 1 x Pince à badigeon



Quels ont été vos critères de choix ?

Le set complet permet d'effectuer un geste précis avec une lancette rigide.

La lancette rétractable et sécurisée permet de réaliser une seule coupure nette. L'incision est contrôlée car limitée par le rebond de la lancette. Elle favorise l'émergence d'une belle goutte de sang pour l'analyseur ; tandis qu'avec une aiguille, on est amené à piquer plusieurs fois. De ce fait, le volume de sang nécessaire est plus difficile à obtenir en raison de l'apparition de bulles d'air qui déclenchent les taux d'échec.

Ce set permet également de diminuer les risques d'AES (Risque d'accidents d'exposition au sang). Directive européenne 2010/32/UE du 10 mai 2010.

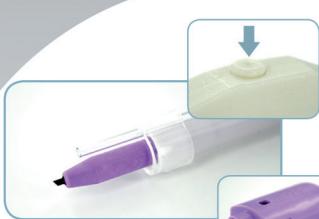
Près d'un tiers (32,3 %) des infirmiers reconnaît avoir subi des AES après injection avec un dispositif médical **dont 29,5 % en recapuchonnant l'aiguille d'où l'intérêt de disposer d'une lame rétractable**.

En pratique, je sensibilise tout particulièrement les équipes sur le fait d'utiliser les accessoires fournis dans le set : limaille, bouchons de couleur et paraffine qui accroissent les taux de réussite.

Avez-vous constaté une diminution du taux de césarienne ?

En tant que maternité de Niveau III, à vocation également universitaire, nous devons nous référer aux recommandations du CNOGOF sur la surveillance foetale de seconde ligne. Il est encore trop tôt pour affirmer une diminution du taux de césarienne, d'autant plus que d'autres raisons peuvent également interférer dans cette analyse et nous n'avons pas encore étudié toutes les données.

pH au scalp foetal - Dispositif complet - compact - stérile



Rétractable donc **sécurisée**

Lancette de prélèvement large lame **biseautée**

Incision nette et précise

Éclairage par **LED**

Pourquoi ?

Prévenir l'asphyxie foetale et ses conséquences

Limiter les césariennes inutiles**

Votre **responsabilité :**

mesurer le pH au **scalp foetal**

Méthode de référence de seconde ligne*



Set complet

* Recommandations CNOGOF (2007)
** 75 % des césariennes peuvent être évitées. (Étude CH Valenciennes)

Le kit de prélèvement au scalp foetal est un dispositif médical stérile de classe IIa, conforme à la directive 93/42/EEC, selon l'annexe V et l'article 12.

Certification établie par Intertek, n° 855 B CE. Dispositif médical distribué par Vygon. Ce kit permet de réaliser 5 échantillons de sang foetal en vue de la réalisation d'analyses du pH / lactates pendant le travail.

Value Life

Les D.O.
N° 457
Avril 2016

#457_AVRII_2016_INT_48P_PRINT.indd 31

31

11/04/2016 11:51



Influence des choix managériaux et institutionnels sur l'utilisation des protocoles

ÉTUDE SUR LA PLACE DE LA GESTION DOCUMENTAIRE DANS LA PRATIQUE DES PROFESSIONNELS

→ Le système hospitalier actuel est guidé par l'efficience, la réduction des coûts et l'optimisation des moyens. La certification et la standardisation des soins sont des moyens qui permettent d'y contribuer. Les établissements de santé doivent donc procéder à des choix pour répondre à ces principes. Les retentissements peuvent avoir lieu sur le management de la qualité et des risques, les fonctions supports et la prise en charge des patients.

Les différentes versions de certification qui sont mises en place depuis 1996⁽¹⁾ montrent que l'exercice des professionnels, et notamment l'analyse de leurs pratiques, est de plus en plus au cœur de la démarche de certification. Celle-ci dicte des standards aux établissements de santé avec en référence un manuel de certification pour tous les établissements engagés dans la démarche.

La standardisation des soins qui est guidée par l'*Evidence Based Medicine*, les recommandations pour la pratique clinique et *in fine* par les protocoles médicaux, permet d'atteindre "un état idéal" selon Rycroft-Malone et al.⁽²⁾ Les données scientifiques sont les fondements de la prise en charge des patients et de leurs pathologies.

La manière dont le protocole est diffusé, utilisé et comment il est construit, influence aussi son utilisation et donc la façon dont les soins sont réalisés⁽²⁾. Au-delà de cet état idéal, l'utilisation des protocoles médicaux apporte des bénéfices en termes d'améliorations des indicateurs d'activités. Ils permettent une réduction de la durée d'hospitalisation, des coûts associés et de la mortalité.

“

L'utilisation des protocoles médicaux permet une réduction de la durée d'hospitalisation, des coûts associés et de la mortalité.

77

Mots-clés : standardisation des soins, certification, protocoles médicaux

32

Une revue Cochrane de 2010⁽³⁾ montre que les effets bénéfiques de l'utilisation des protocoles dans le milieu hospitalier dépendent de nombreux critères comme l'appui sur la médecine par les preuves, l'adaptation au contexte local, la participation des professionnels à leur rédaction. Cependant une des limites de l'étude concerne le manque de données concernant la mise en œuvre des protocoles et plus particulièrement : l'identification des potentiels freins aux changements, la prise en compte des systèmes de rappel pour la veille documentaire, et la réflexion des leaders d'opinion.

La certification, la standardisation des soins et les protocoles médicaux concourent donc à garantir une qualité des soins en accord avec les instances nationales.

Cependant, d'un point de vue managérial, la question suivante peut se poser : en quoi les choix managériaux et institutionnels influencent-ils l'utilisation des protocoles ?

Dans le cadre du stage de Master Périnatalité, Management et Pédagogie, une étude qualitative par entretiens semi-directifs a été menée en mai 2015 dans une maternité de type 2. Elle avait pour objectif de caractériser, dans un premier temps, l'utilisation des protocoles médicaux par les professionnels, puis de déterminer les thèmes cliniques où l'harmonisation des pratiques est nécessaire et de définir les moyens qui facilitent une utilisation des protocoles par les professionnels de santé.

Afin de pouvoir répondre aux objectifs de l'étude, cinq hypothèses de travail ont été définies préalablement :

- ① Les difficultés de mises à jour des protocoles et l'obsolescence de la base de données ne facilitent pas l'utilisation des protocoles.
- ② L'informatisation des protocoles permet un accès facilité aux professionnels de santé.
- ③ La forme rédactionnelle des protocoles influence leur utilisation.
- ④ La participation des professionnels de santé à des groupes de travail/CREX facilite l'appropriation des protocoles.
- ⑤ L'implication de la sage-femme coordinatrice dans la transmission d'information des protocoles permet aux professionnels de santé d'être plus sensibilisés au respect des bonnes pratiques et des protocoles.

Les professionnels interviewés étaient des auxiliaires de puéricultures, des sages-femmes, des anesthésistes, des gynécologues-obstétriciens et des pédiatres du service de gynécologie-obstétrique de l'établissement concerné.

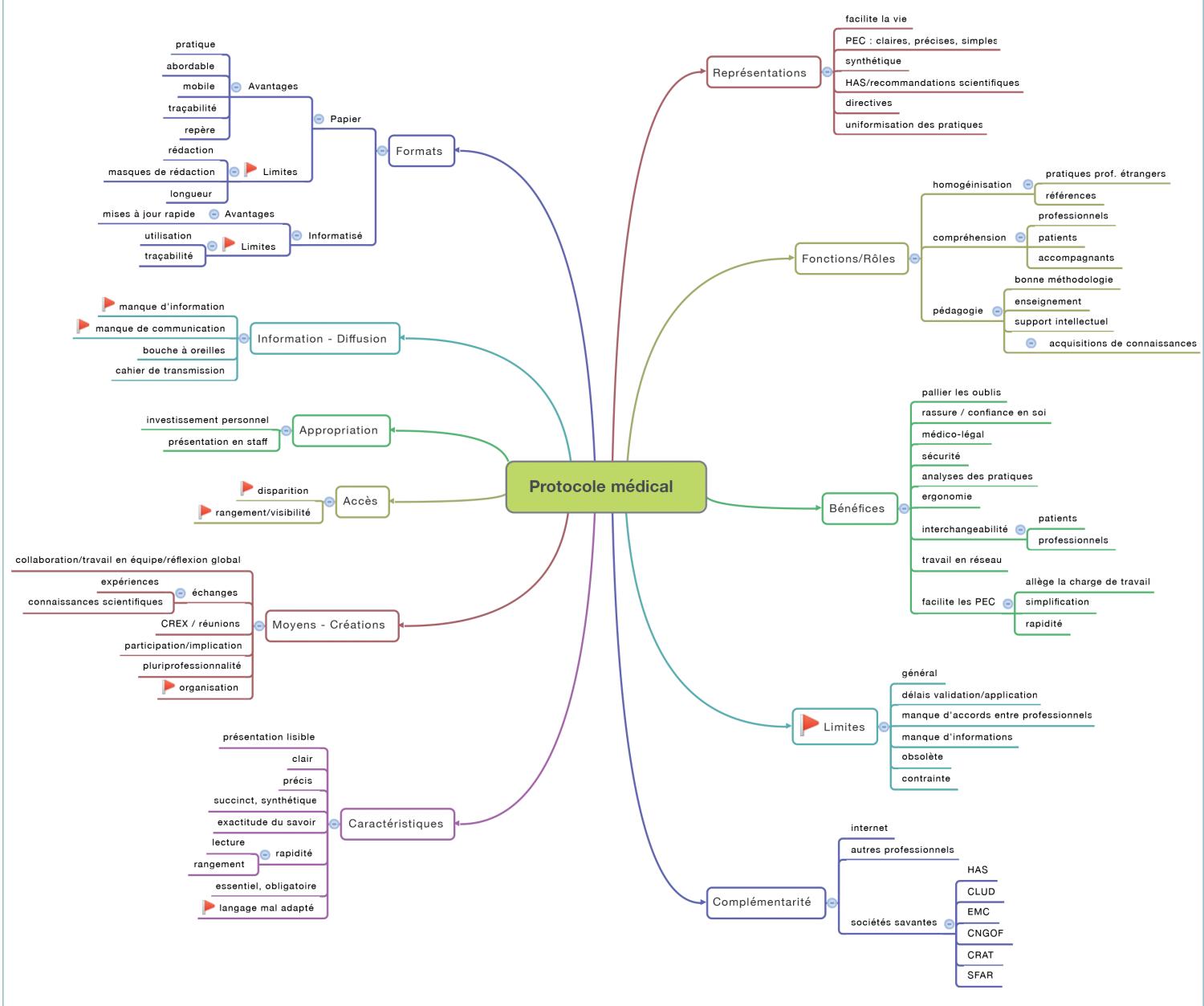
Pour traiter l'ensemble des verbatims, la réalisation d'un *Mind Map* (carte d'association d'idées) (*Figure 1*) a permis de catégoriser l'ensemble des thèmes abordés par les professionnels.

L'information sur les protocoles, l'homogénéisation des pratiques, l'accès aux protocoles, leur compréhension et leur mise à jour sont les principaux dysfonctionnements mis en exergue par les professionnels interviewés.

Les hypothèses de travail sont donc vérifiées et confirmées.



Figure 1 ► MIND MAP DES RÉSULTATS DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS



Les difficultés de mises à jour des protocoles et l'obsolescence de la base de données ne facilitent pas l'utilisation des protocoles

« Trop vieux », « trop anciens » sont les termes que les professionnels de santé ont attribué aux protocoles médicaux.

Ils ont expliqué qu'ils ne consultaient pas ces protocoles pour ne pas perdre leur temps, puisque les données n'étaient pas à jour.

Par conséquent, dans ce cas, les équipes ont précisé qu'elles demandaient l'avis au

médecin de garde, puis elles utilisaient d'autres supports tels que les sites internet des sociétés savantes ou des instances nationales et internationales. Et selon les cas cliniques, elles contactaient d'autres professionnels concernés par le cas, comme les correspondants hygiène, les médecins spécialisés, etc.

L'hypothèse est confirmée. L'obsolescence de la base de données ne concourt pas à l'utilisation des protocoles médicaux et engendre donc un risque de prise en charge non homogène pour les patients et pour les professionnels.

L'informatisation des protocoles permet un accès facilité aux professionnels de santé

Les professionnels, toutes catégories confondues, ont cité de nombreux intérêts à l'informatisation des protocoles tels que l'aspect permanent, la disponibilité, la facilité, le côté écologique, la mobilité de l'information et leur traçabilité. En effet, comme certains professionnels ont pu l'exprimer, les ordinateurs sont présents quasiment dans tous les bureaux, donc quel que soit le lieu où le professionnel



exerce, il peut avoir accès au logiciel de gestion documentaire institutionnel. Cependant, avoir un matériel informatique de qualité constitue une condition requise pour les équipes.

Enfin, les professionnels ont insisté sur le fait que la formation au logiciel était essentielle.

L'hypothèse est confirmée : l'informatisation des protocoles médicaux permet un accès facilité pour les professionnels. Cependant, la formation des professionnels au logiciel institutionnel et les moyens techniques adéquats sont une condition nécessaire.

La forme rédactionnelle des protocoles influence leurs utilisations

Lors des entretiens, les professionnels ont abordé l'aspect pratique des protocoles médicaux et notamment en décrivant ce qu'était pour eux un protocole médical pratique et utile. Ils ont réalisé une comparaison avec les protocoles médicaux présents dans le service.

Les données concluent au fait que pour les professionnels, la forme de rédaction du protocole influencera leurs consultations ou non. Selon eux, la forme est trop administrative, les éléments essentiels aux prises en charge ne sont pas assez mis en évidence (syntaxe trop complexe, langage inadapté) ou noyés dans les informations de type institutionnelles, légales, bibliographiques.

Certains professionnels les ont caractérisés de "rébarbatif" par la présence de trop de données textuelles et un nombre de pages supérieur à 2.

Il est possible qu'à travers ces descriptions, les professionnels expriment leur incompréhension du masque de rédaction des protocoles médicaux.

“

Les choix managériaux et institutionnels influencent l'utilisation des protocoles dans les pratiques des professionnels. Mais quels sont ces choix ?

”

L'hypothèse est confirmée : la forme rédactionnelle influence leurs utilisations. Afin de faciliter la consultation des protocoles médicaux par les professionnels, le formatage des protocoles doit faire l'objet d'une attention particulière.

La participation des professionnels de santé à des groupes de travail/CREX facilite l'appropriation des protocoles

Les professionnels ont évoqué, lors des entretiens, que leurs participations et leurs implications lors des groupes de travail ou lors des Comités de Retour d'Expérience (CREX) favorisaient la connaissance du contenu des protocoles et leur appropriation.

Ensuite, ils ont aussi expliqué que, comme les protocoles médicaux sont reflétrés en pluriprofessionnalité, ceci contribue à une homogénéisation des pratiques et à une transmission de culture scientifique. Cette démarche permet aussi de comprendre le contexte de la création ou de la mise à jour du protocole.

Cependant, les auxiliaires de puériculture ont fait remarquer qu'elles ne se sentaient pas à leurs places par le côté "médical". Certaines d'entre elles se tiennent au courant de l'actualité scientifique certes dans leur domaine, mais leur partage d'expérience est intéressant à prendre en compte lors de cette collaboration de travail entre professionnels.

Enfin, un thème concernant l'implication des médecins dans ces groupes de travail a été mis en évidence. En effet, les gynécologues-obstétriciens ont exprimé le fait que leurs plannings d'activité ne leur permettaient pas de se libérer pour les groupes de travail. Ils ont stipulé qu'il serait nécessaire d'alterner les jours de réunions afin que ce ne soit pas toujours les mêmes qui puissent assister à ces groupes. En effet, étant donné, qu'ils ont des plannings d'activités fixes, si les réunions sont prévues toujours le même jour de la semaine, ce seront toujours les mêmes praticiens qui seront libres et les mêmes qui seront occupés par leurs activités.

L'hypothèse est confirmée. Les groupes de travail sont à l'unanimité, un moyen essentiel à l'appropriation des protocoles médicaux. Il est donc important de pouvoir mettre en place les moyens nécessaires à la mobilisation des professionnels.

L'implication de la sage-femme coordinatrice dans la transmission d'information des protocoles permet aux professionnels de santé d'être plus sensibilisés au respect des bonnes pratiques et des protocoles

D'un point de vue général, la transmission d'information est un point phare pour un manager. Concernant l'information de nouveaux protocoles médicaux, les professionnels ont tous expliqué que cela était primordial. En effet, certains estiment qu'il y a un manque d'information. Cependant, ils n'utilisent pas les moyens mis en place actuellement (cahier de transmissions). Quant à d'autres, ils préfèrent que l'information vienne jusqu'à eux : un exemplaire du protocole diffusé à chaque professionnel, utilisation de mail personnel ou professionnel, affichage, utilisation des nouvelles technologies. Ce dernier moyen posant des questions éthiques sur la limite entre les domaines personnel et professionnel.

L'hypothèse est confirmée. La sage-femme coordinatrice est un élément important de la transmission de l'information. Toutefois, les professionnels de santé ont une obligation de se tenir informés.

De l'ensemble de ces affirmations émane le constat suivant : les choix managériaux et institutionnels influencent l'utilisation des protocoles dans les pratiques des professionnels. Mais quels sont ces choix ?

La réalisation d'un diagramme d'Ishikawa (diagramme de cause à effet) a permis de classer en cinq catégories les événements qui conduisent à un défaut d'utilisation des protocoles médicaux, et ainsi de prioriser les actions correctrices.

D'un point de vue managérial, les différents types de choix possibles sont :

■ L'informatisation des protocoles médicaux

La mise en place d'un logiciel de gestion documentaire performant, utile et facile à la manipulation peut faciliter l'utilisation des protocoles par les professionnels.

La formation des équipes à ce logiciel est primordiale par le biais du service formation.

■ La mise en œuvre de la rédaction

Le travail en groupe pluriprofessionnel favorise le partage de connaissances. La réalisation de ces séances consécutivement à des CREX peut être facilitante pour la rédaction des protocoles médicaux.



■ La mise à disposition de moyens techniques performants et facilitateurs d'accès

En effet, lors des entretiens, les performances liées au matériel informatique (rapidité, ergonomie, quantité suffisante à disposition) ont été abordées.

■ La mise à jour des supports documentaires (classeurs, versions informatiques)

L'instauration d'une veille documentaire est nécessaire afin de pallier l'obsolescence de la base de données.

■ La transmission de l'information par l'encadrement

Le chef de service et la sage-femme coordinatrice sont des piliers de l'information et notamment dans la transmission de l'information aux équipes.

Toutefois, les professionnels de santé ont un devoir de se tenir informés des nouveaux documents disponibles ou des modifications de protocoles afin de permettre une prise en charge optimale des patients.

Conclusion

Les moyens utilisés pour informer les équipes, le choix de l'informatisation de la gestion documentaire, la mise en place de groupes de travail, la création de supports sont autant de moyens qui relèvent des décisions institutionnelles et managériales, et qui favorisent l'utilisation des protocoles médicaux et de soins par les professionnels de santé. Toutes décisions prises par l'institution influencent les pratiques des professionnels.

L'informatisation de la gestion documentaire, les formations mises en place pour faciliter l'accès à ces documents, la communication sur les groupes de travail en vue

de l'harmonisation des pratiques entre professionnels sont des moyens déterminants et facilitateurs de l'utilisation des protocoles.

D'autre part, l'obsolescence des documents est un dysfonctionnement récurrent auquel il est important de remédier afin de pouvoir fournir aux professionnels une documentation de qualité pour faciliter la prise en charge des patients et pour favoriser une harmonisation des pratiques.

Les professionnels occupent une place prépondérante dans la rédaction des protocoles. Il semble important en tant que manager de fédérer l'équipe sur ce thème et d'y impliquer toutes catégories de professionnels. Les équipes sont avares du partage d'expériences et d'informations scientifiques. De plus, leur participation à la rédaction des protocoles médicaux accentuera leur appropriation. Ils pourront ainsi prendre en charge les patients de façon pertinente et optimisée, tout en gagnant en efficacité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée [Internet]. Available from: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005620817>
2. Rycroft-Malone J, Fontenla M, Bick D, Seers K. *A realistic evaluation: the case of protocol-based care*. Implement Sci. 2010 May 26; 5 (1): 38.
3. Rotter T, Kinsman L, James EL, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P. *Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs (Review)* [Internet]. The Cochrane data base of systematic reviews; 2010 [cited 2015 May 9]. Available from: <http://apps.who.int/rhl/reviews/CD006632.pdf>
4. Bracquart - Farina A. *Standardisation des soins et protocoles médicaux: le point de vue des professionnels - Étude qualitative sur la place de la gestion documentaire dans les pratiques* -. Mémoire de Master Santé Publique et Environnement spécialité Périnatalité : Management et Pédagogie ; 2015.
5. HAS. *Manuel de certification des établissements de santé V2010* [Internet]. 2014. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf
6. Segrestin D, Romani P-M, Ravix JT, Henry É, Benghozi P-J. *Introduction - La normalisation: enjeux industriels et scientifiques*. Rev Déconomie Ind. 1996; 75 (1): 15-25.
7. AFNOR. *Services à domicile: la norme NF X50-056 est révisée pour répondre aux évolutions sectorielles et réglementaires*. 2014 Sep 10 [cited 2015 Feb 5]; Available from: <http://www.afnor.org/groupe/espace-presse/les-communiques-de-presse/2014/septembre-2014/services-a-domicile-la-norme-nf-x50-056-est-revisee-pour-repondre-aux-evolutions-sectorielles-et-reglementaires>
8. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ. 1996 Jan 13; 312 (7023): 71-2.
9. Taïeb S, Vennin P, Carpentier P. *1^e partie: décider, sur quelle "evidence"*? Médecine. 2005 Nov 8; 1 (2): 90-2.
10. National Academy Press. *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program* [Internet]. 1990 [cited 2015 May 7]. Available from: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=1626
11. FORMARIER M, JOWC L. *Approche scientifique des protocoles de soins infirmiers*. 1993 Mar; (32). Available from: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/32/75.pdf>
12. Ilott I, Booth A, Rick J, Patterson M. *How do nurses, midwives and health visitors contribute to protocol-based care? A synthesis of the UK literature*. Int J Nurs Stud. 2010 Jun; 47 (6): 770 - 80.
13. Mercuri M, Sherbino J, Sedran RJ, Frank JR, Gafni A, Norman G. *When guidelines don't guide: the effect of patient context on management decisions based on clinical practice guidelines*. Acad Med J Assoc Am Med Coll. 2015 Feb; 90 (2): 191 - 6.
14. Azria É. *Le soignant et la standardisation des pratiques médicales*. Laennec. 2013 Jul 1; Tome 61 (3): 32 - 41.
15. HAS. *Note méthodologique et de synthèse documentaire - "Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels?"* [Internet]. 2015 [cited 2015 May 8]. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-05/note_methodo_protocoles_pluri-pro_web.pdf
16. Woolf SH, Grol R, Hutchinson A, Eccles M, Grimshaw J. *Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines*. BMJ. 1999 Feb 20; 318 (7182): 527 - 30.
17. Kul S, Barbieri A, Milan E, Montag I, Vanhaecht K, Panella M. *Effects of care pathways on the in-hospital treatment of heart failure: a systematic review*. BMC Cardiovasc Disord. 2012 Sep 25; 12 (1): 81.

L'ÉPISIOTOMIE N'EST PAS UNE FATALITÉ

EPI-NO Delphine Plus

pour la préparation à l'accouchement et la récupération

E.M.F. Electronique Médicale de France
Distributeur exclusif France

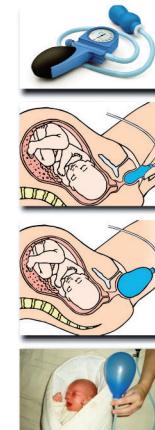
58, rue Grande • 77130 LA GRANDE PAROISSE

code commande : OBSTETRIQUE 1316



Tél./Fax : 00 33 (0)1 60 96 24 13 E.mail : emf.epino@wanadoo.fr www.epi-no.fr

N° agrément SS : 77 260 273 6





COMMUNIQUÉS

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 22 MARS 2016

LE GROUPE HOSPITALIER PARIS SAINT-JOSEPH OFFRE AUX PATIENTS UNE PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE ET COMPLÈTE ENCORE PEU RÉPANDUE EN FRANCE

À l'occasion de la Semaine de la continence urinaire qui s'est tenue du 21 au 27 mars derniers, le Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph (Paris 14^e) a présenté les atouts de sa prise en charge pluridisciplinaire urologie/gynécologie/proctologie pour un meilleur diagnostic et une meilleure prise en charge thérapeutique des troubles de la continence urinaire et/ou anale.

L'importance d'un diagnostic global des troubles

Pour rappel, il existe 2 formes d'incontinence urinaire qui peuvent parfois être associées: l'incontinence d'effort (perte d'urine en toussant ou éternuant, dans le cadre d'une pratique sportive, en marchant...) et l'incontinence par impérisséité (fuites immédiatement suivies d'une envie urgente et non contrôlable). Autre forme d'incontinence, l'incontinence anale (émission involontaire de gaz ou de selles à l'occasion d'efforts physiques ou de toux). Aujourd'hui, on estime que 20 à 30 % des femmes et 12 à 16 % des hommes de plus de 18 ans souffrent d'incontinence urinaire. Les causes étant variées (grossesse pour les femmes, pathologies prostatiques pour les hommes...) et les symptômes souvent associés à des douleurs périnéales, il est essentiel d'avoir une approche complète en pelvi-périnéologie afin de faire un diagnostic de l'ensemble des troubles de la statique pelvienne.

1^{re} étape: LE BILAN

Grâce à un plateau technique complet en imagerie et explorations fonctionnelles

Après une première consultation d'un urologue ou gynécologue, le patient est pris en charge pour un bilan pré-thérapeutique qui consiste en des examens cliniques et explorations adaptées à chaque cas (bilan urodynamique, électrophysiologie périnéale, échographie endo-anale, manométrie ano-rectale...). L'imagerie se révèle de plus en plus utilisée pour pratiquer par exemple la colpo-cysto-défecographie et l'IRM pelvienne dynamique. Ces examens permettent de faire un diagnostic d'incontinence globale, à travers la recherche de troubles de la statique pelvienne, ano-rectaux ou génito-sexuels associés et d'évaluer la gêne pour le patient.

Une prise en charge thérapeutique par la rééducation en première intention

Le GHP SJ a mis en place une collaboration permanente entre les équipes médicales de proctologie de l'Institut Léopold Bellan, de gynécologie, d'urologie, de gastro-entérologie, de chirurgie digestive et de radiologie. Y sont également associées les équipes paramédicales dont des kinésithérapeutes libéraux.

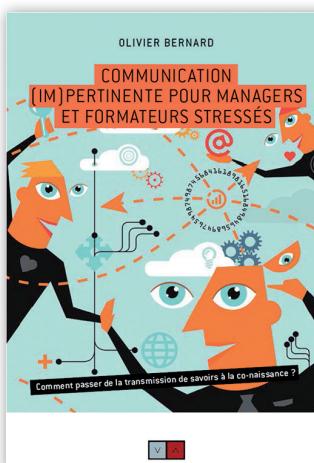
2^e étape: LA RÉÉDUCATION

Grâce au réseau de rééducateurs du GHP SJ

Tout patient pris en charge en rééducation pour trouble urinaire, anal ou pelvi-périnéal, est vu par un rééducateur pour établir un bilan initial et se voir prescrire des séances sur ordonnance.

D'INFO : www.hpsj.fr

KIOSQUE



Communication (im)pertinente pour managers et formateurs stressés

Comment passer de la transmission de savoirs à la co-naissance

Olivier BERNARD

Préoccupé, stressé, indécis ? Essayez la communication (im)pertinente !

Doit-on obligatoirement paraître lugubre pour être sérieux ? C'est la question que pose Olivier Bernard. Le livre prouve qu'au contraire une autre voie innovante s'ouvre à ceux qui acceptent de s'écouter pour se comprendre... Sous une forme ludique et (im)pertinente, 150 mots-clés du management et de l'andragogie sont disséqués et illustrés au gré de la lecture de cet ouvrage dont le lecteur devient le héros. Un voyage qui permet de (re)découvrir liens, synergies et plaisir du texte pour utiliser les mots en mesurant leur force et leur portée, envisager les conséquences prévisibles de leur emploi en fonction des récepteurs et des visées de la communication. Objectif ? Relier deux professions proches qui longtemps se sont ignorées : les formateurs et les managers.

Olivier Bernard est ex-enseignant en techniques d'expression et management à l'Université de Bourgogne (UFR Droit et Science Politique) et consultant en sémantique relationnelle et professionnelle.

Il enseigne toujours à l'École des Cadres Sages-Femmes (Master de périnatalité) et a collaboré aux D.O. au travers de nombreux articles de management.

Éditions VA Press

16 Boulevard de la Reine - 78000 Versailles
(librairie on line via Internet)

<http://www.vapress.fr/>

Prix: 14,90 € (18 € avec frais d'envoi)

En librairie depuis le 18 février 2016.

« On ne peut être impertinent que parce qu'on est pertinent, sinon, l'impertinence se résume à de la grossièreté ».



L'image de la maternité à travers l'année 1945 dans le *Journal de Genève*

PARTIE 2/2

En 1945, l'Allemagne nazie était terrassée. C'est peu dire qu'au terme de quatre années de guerre, l'Europe était ébranlée, fragilisée, détruite. Le retour à la paix ne constitua pas moins un retour à la "vie normale" comme le montre la presse quotidienne de ce second semestre 1945, presse qui demeure une importante source pour saisir les exaspérations. Toutefois, il nous est très vite apparu que les journaux maintenaient dans un angle mort les informations concernant la vie des femmes enceintes et des nouveau-nés, vrai socle de la renaissance du Vieux Continent. Même si l'hiver 1945-1946 et ses drames se profilaient, la presse montrait que les autorités et les associations tentaient de reprendre la main pour venir en aide aux femmes, aux enfants et aux nourrissons. Dans cette seconde partie, nous poursuivons l'extraction des informations liées aux femmes enceintes et aux nourrissons du *Journal de Genève* du second semestre 1945.

En ces temps où la question du redémarrage de la natalité était centrale, la ville de Genève jouissait d'une réputation inverse aux volontés politiques de l'époque. Pour comprendre cela, disons que la cité suisse avait été baptisée « *la ville la plus stérile d'Europe et peut-être du monde* ». Pourtant, pour encourager la natalité, dès octobre 1942 les autorités suisses avaient adopté un « *programme prévoyant entre autres mesures rapides et efficaces, la généralisation du système des allocations familiales* »¹. L'accueil par les Genevois de ces mesures fut bien froid.

REVENONS SUR PLUSIEURS POINTS QUI MARQUÈRENT CE SECOND SEMESTRE 1945

D'abord, le retour à la paix fit jaillir au grand jour d'innombrables problèmes et, au premier chef, celui de la famine qui sévissait aux quatre coins de l'Europe. Depuis le temps que des nuages s'accumulaient sur les autorités qui tentaient de trouver une solution au problème de la livraison du lait, l'approche de l'hiver 1945-1946 faisait craindre le pire. L'absence de produits laitiers engendrait non seulement de nombreux problèmes de santé mais faisait aussi craindre le pire à savoir une augmentation "sans précédent" de la mortalité infantile. À l'été 1945, elle était déjà très supérieure à la moyenne.

Le lundi 1^{er} octobre 1945, le *Journal de Genève* indiquait « *On estime que la mortalité a augmenté de 300 à 500 % par rapport à l'avant-guerre*.² » En ces temps troublés, l'espoir même s'éloignait. Le journaliste indiquait dans le même numéro : « *Les mères désespérées nous ont suppliés de leur venir en aide, mais comment leur donner espoir quand un éminent ecclésiastique berlinois prédit qu'à Berlin les nouveau-nés de l'année 1944-1945 sont voués à une mort certaine*. »

Ensuite, se posa la question du "curriculum moral" des uns et des autres. Au sortir de l'occupation allemande apparurent au grand jour les récits des dérives sexuelles. Prenons un exemple. L'afflux massif de soldats venus cantonner sur le territoire suisse fut à l'origine de nombreux abus sexuels qui ont eu pour conséquence la naissance de nombreux enfants illégitimes³. Le *Journal de Genève* du vendredi 19 octobre 1945 évoque ce problème de moralité. « *Partout où des soldats cantonnent un certain temps – en Suisse aussi ! – se posent des problèmes de moralité. On constate une recrudescence des maladies vénériennes et des naissances illégitimes. Les églises protestantes de Belgique ont fait apposer des affiches en anglais « To the allied soldiers, our liberator and our friends » et en français et en flamand « aux femmes et aux jeunes filles et aux parents belges »*. Aux uns on demande de respecter les femmes et les filles, aux autres, on dit : « *Si vous permettez aux soldats de s'amuser de vous, croyez bien qu'ils n'auront ensuite pour vous que dégoût et mépris. Ils ont aussi des femmes et des fiancées dans leur pays : Femmes, restez propres. Parents, surveillez vos filles belges, veillons sur la propreté morale de notre jeunesse* ».

Le ressentiment fut fort. En novembre 1945, le Parti national démocratique montra du doigt ces hommes immoraux et indiqua « *Il va sans dire que la recherche de la paternité doit être intensifiée, la responsabilité de l'homme étant tout aussi grande que celle de la femme* ». >

1. *Le Journal de Genève*, mardi 30 octobre 1945, p. 4.

2. D'autres chiffres : en août 1945, la mortalité infantile était de 65 % à Berlin, de 95 % à Ebelswalde et à Prenzlau, 80 % des enfants nés en 1944 et 1945 étaient décédés.

3. *Le Journal de Genève* traite ici des soldats belges venus se poser en Suisse.



LE PROBLÈME DU LAIT EST L'UN DES PLUS ANGOISSANTS

Au début du mois de juillet 1945, la baisse brutale des livraisons des rations alimentaires aux populations civiles fit surface dans la presse genevoise. Le cas des jeunes mères affamées fut un déclencheur d'émotions évident. Souvenons-nous de ces mères trop affaiblies pour nourrir leurs enfants elles-mêmes et obligées de donner de la simple soupe à l'eau aux nouveau-nés.

L'armistice signé, les autorités britanniques tentèrent de colmater les manques en mettant à la disposition des hôpitaux, des femmes enceintes et des enfants âgés de moins de cinq ans 619 tonnes de lait en poudre.

Si le lait était majeur pour la survie des nourrissons, les livreurs étaient la pierre angulaire pour que l'amélioration des conditions de vie soit effective. Rappelons qu'au second semestre 1945, il y avait encore de très nombreux problèmes avec les transports tant les infrastructures étaient abîmées. Bien que les camions bâchés peints en blanc et portant plaques genevoises s'élançaient d'une manière ininterrompue sur les routes, il n'était pas toujours certain que les convois atteignent leurs objectifs.

Le *Journal de Genève* rapporte dans son édition du jeudi 23 août 1945 le cas d'un convoi chargé de denrées alimentaires et de suppléments de fortifiants lactés à l'adresse des femmes enceintes et allaitantes et des enfants qui prit la direction du Tyrol et plus particulièrement d'Innbrück et Landeck et qui rencontra des difficultés avant d'arriver.

En septembre 1945, les journalistes constataient toutefois une "timide amélioration" de la santé des enfants grâce aux livraisons de lait. Dans le cas du secours britannique apporté aux populations de Berlin, le *Journal de Genève*, dans son numéro du jeudi 6 septembre 1945, précise : « *La rapide intervention de l'action de secours britannique dans la zone occupée de Berlin par la livraison de lait en poudre a permis de constater une amélioration de la santé des enfants. Dorénavant, les enfants, les femmes enceintes et les femmes allaitant leur bébé seront mis dès septembre au bénéfice de livraisons de lait régulières, un litre par personne. Cette intervention a évité une catastrophe, surtout au moment de l'afflux de fugitifs de l'Est de l'Europe. Ceci a été reconnu par les déclarations du médecin en chef d'un grand hôpital pour enfants de Berlin en service dans la capitale depuis plusieurs années. Tous les jours des enfants arrivent à l'hôpital dans un état misérable, absolument sous-alimentés* »⁴.

De son côté, la Goutte de Lait poursuivait son action et faisait plus que jamais appel aux dons. La plupart des collectes d'argent ont relevé de l'échafaudage savant de soirées caritatives,

« La plupart des collectes d'argent ont relevé de l'échafaudage savant de soirées caritatives, de représentations théâtrales à la salle de la commune de Plainpalais et de l'organisation de tournois de bridge. »



Photo : J. Janicki

Monument aux victimes des bombardements de la Seconde Guerre mondiale placé au cœur de la ville de Courtrai (Belgique).

tives, de représentations théâtrales à la salle de la commune de Plainpalais et de l'organisation de tournois de bridge. Il s'agissait de collecter un maximum de dons certes pour la Goutte de Lait mais aussi pour d'autres organisations comme le Secours aux Suisses (aide aux enfants suisses de l'étranger).

LA SOLIDARITÉ

La Suisse sut aussi capter les détresses des autres pays européens en leur venant en aide. Un exemple : à la fin du mois de septembre 1945, un appel fut lancé aux mères genevoises pour qu'elles viennent en aide aux mères d'Amsterdam qui manquaient de langes. Au cœur du chaos, les nouveau-nés étaient enveloppés dans du papier journal. Le *Journal de Genève* nota : « *Si toutes les mères de Genève donnaient une ou deux couches... cet angoissant problème serait vite résolu.* »

Le manque de langes était identique en Allemagne car les couvertures y étaient introuvable et les mères ne savaient comment garder leur enfant au chaud. Un appel similaire aux dons fut lancé en Suisse à l'occasion de l'opération « Noël à la Maternité»⁵.

Un autre moyen de manifester sa solidarité fut entamé par le gouvernement norvégien. Il reconnut, comme l'explique le *Journal de Genève*, les enfants nés à la suite de viol durant la guerre. Le *Journal de Genève* du mercredi 5 décembre 1945 publie le texte suivant : « *Grini, à proximité d'Oslo, où se trouvait le camp de concentration où tant d'hommes et de femmes ont passé, héberge maintenant les traîtres du pays. Ils sont environ 3 000 et la plupart portent l'uniforme allemand. Il n'est pas rare d'en rencontrer dans les rues sur des camions se rendant à leur place de travail. Ce qu'il adviendra de ces Quisling après l'expiration de leur peine, n'est pas encore décidé. Il est question de les réintégrer dans la nation. Le Norvégien n'est pas rancunier; il vient d'en donner la preuve en décidant récemment que les quelque 9 000 enfants, nés durant l'occupation de mères norvégiennes et de pères allemands, deviendront des citoyens norvégiens.* »



LE RAPATRIEMENT EN AMÉRIQUE DES FEMMES ET DES ENFANTS DE SOLDATS AMÉRICAINS

Le *Journal de Genève* traita aussi dans ses colonnes du défi du rapatriement des femmes et des enfants de soldats américains installés en Europe et écartelés entre deux mondes. Ainsi, six mois après la signature de l'armistice se posa la question de leur retour sur le sol américain. Le 17 décembre 1945, l'organisation des transports de l'armée annonça que « des dispositions seraient prises pour transporter aux États-Unis environ 60 000 femmes et enfants de soldats américains qui se trouvent actuellement outre-mer. Ce transport soulève de nombreuses difficultés, ces femmes vivant dans plusieurs pays où ont séjourné les troupes américaines et beaucoup d'entre elles ayant des petits enfants ou attendant des bébés.⁶ »

AMÉLIORER LES CONSULTATIONS

Genève abritait nombre d'œuvres venant en aide aux jeunes mères comme la *Layette éducative*⁷ et le *Service des berceaux circulants* fondé en 1925⁸. Comme un brouillon ouvert à tous les progrès, la ville de Genève poursuivit au début du mois d'août 1945 ses études et ses réflexions en vue de la reconstruction de sa maternité.

À la lecture du *Journal de Genève* du second semestre 1945, ce qui est aussi frappant, ce sont les présentations des multiples actions développées par la ville de Genève en vue d'améliorer les conditions d'accueil des mères et des nourrissons. Le *Journal de Genève* met ainsi à l'honneur le comité Pinchat qui eut l'heureuse idée de créer un cours destiné à former les nurses pour qu'elles puissent soigner correctement les nourrissons.

Le journal narre par ailleurs les histoires haletantes de certaines sages-femmes qui sont restées célèbres dans la mémoire des Genevois. Ce fut le cas de Sœur Rose-Marie qui dirigea le service d'obstétrique de la maternité de Genève.

LES AVORTEMENTS ET INFANTICIDES

L'année 1945 montra une augmentation vertigineuse des affaires d'avortement. On lit par exemple dans *Le Journal de Genève* du lundi 13 août 1945 : « Une affaire d'avortement. À la suite d'une commission rogatoire venue de Konolingen, M. le juge d'instruction Dunand a fait écrouer à Saint-Antoine la nommée Thérèse S., 56 ans, Bernoise sous l'inculpation de se livrer à des manœuvres abortives. L'enquête se poursuit. » Quinze jours plus tard, le jeudi 30 août 1945, un autre cas se présente dans les colonnes du journal. « À la chambre d'accusation. C'est M. le juge Meyer de Stadelhofen qui présidait l'audience de la Chambre de mercredi. La mise en liberté provisoire demandée par dame Marie R. pour avortement a été refusée vu le caractère criminel de l'affaire. » Et ainsi de suite.

4. Que n'a-t-on pas mis en œuvre pour sauver les nourrissons durant la Seconde Guerre mondiale. Un exemple est fourni par le cinéma et notamment par le film intitulé *Le bateau des innocents* diffusé sur les écrans suisses en octobre 1945. Dans le film, un élément imprévu s'introduit dans l'action à savoir la rencontre en pleine mer d'un canot chargé de nourrissons.
5. De l'avis de tous, les cliniques étaient trop peu nombreuses et les maisons ne disposaient plus de fenêtres faisant craindre une véritable catastrophe à l'aube de l'hiver 1945.
6. *Le Journal de Genève*, lundi 17 décembre 1945.
7. Lire Gilles Gauvin, Éric Alary, Bénédicte Vergez-Chaignon, *Les Français au quotidien: 1939-1949*. Perrin, collection Tempus, 2009. Les auteurs expliquent comment les Françaises confectionnaient les layettes pour les jeunes enfants. « Les mères se débrouillent alors. Des magazines comme *Rustica*, dès 1940, proposent des subterfuges pour fabriquer des "layettes de guerre", plus courtes ou sans manches. Dans ce journal, avant 1940, une rubrique s'intitulait déjà "La femme à la campagne". Avec l'occupation et les années de restriction, son contenu change et tente de donner aux rurales des idées neuves pour remplir leur devoir de mère et d'épouse: pendant la drôle de guerre, outre la layette de guerre qui "se doit d'être coquette quand même", *Rustica* propose aussi le petit manteau se transformant en deux brassières et en chaussons [...] ».
8. Le site www.mjsr.ch précise: « Au début, six corbeilles étaient prêtées, avec chacune d'elles une layette confectionnée par des marraines. »

DOLPHITONIC S'ENGAGE A VOUS OFFRIR LE MEILLEUR RAPPORT QUALITE / PRIX / SERVICE

Votre boutique : www.dolphitonic.com



DOLPHITONIC Médical Shopping Service

Tél : 02 28 10 82 82
Fax : 02 28 10 83 84
E-mail : dolphitonic@orange.fr

DOLPHITONIC
Médical Shopping Service
La Romazière
38, Chemin du Pas
85300 CHALLANS



MONITOS EDAN F2 et F3 VCT





HISTOIRE

Par JÉRÔME JANICKI, Docteur en Histoire des Sciences de l'EHESS et Doctorant à l'ULB (Lens - 62)

On trouve pêle-mêle dans les pages du *Journal de Genève* la mise en accusation et la condamnation de gens perdus, dilués dans la grisaille de ce second semestre 1945, plongés dans une époque désespoirée mais aussi des professionnels de santé, médecins et sages-femmes⁹. En Suisse, comme ailleurs, les macabres découvertes étaient donc quotidiennes. Au bord de l'écoeurement, nous découvrons dans le *Journal de Genève* ce type de récits :

« Aux grilles de l'usine de Verbois, on a trouvé un fœtus. Le petit corps a été transporté à l'institut de médecine légale.¹⁰ »

« Macabre trouvaille. À l'avenue Jacques Martin, à Chêne-Bourgeries, un ouvrier occupé au nettoyage d'un sac d'égout a trouvé un fœtus du sexe masculin qui paraît avoir séjourné huit jours dans l'eau.¹¹ »

Les infanticides parsèment aussi les informations de ce second semestre de l'année 1945. Les chroniqueurs du quotidien en rendaient compte au jour le jour et baladaient au fil des numéros les lecteurs dans l'univers chaotique des coupables, dans celui des tribunaux et rapportaient les condamnations. La plupart des articles relevés dans le *Journal de Genève* avaient une manière sèche, sans effet de style, de narrer l'ampleur des tragédies. Prenons l'exemple de l'article paru dans le numéro du mercredi 24 octobre 1945 : « le tribunal de Genève a condamné à huit mois de prison avec sursis une cuisinière de 21 ans qui avait étouffé son nouveau-né illégitime. La mère coupable avait enfoncé un linge dans la bouche du bébé. »

L'ACCUEIL DES PERSONNES VENUES DES CAMPS DE CONCENTRATION

Dans cette polyphonie d'événements rapportés par le *Journal de Genève*, dont chaque histoire touche, on relève des textes sur le retour des victimes des camps de concentration extrêmement touchants et bouleversants. La Suisse accueillit ainsi de nombreuses victimes des camps. Parmi les évadés figuraient de nombreux nouveau-nés comme le rapporte *Le Journal de Genève* du lundi 27 août 1945. « [...] Une jeune fille tenait à la main une toute petite fille pleurant. Un compagnon d'infirmité de ces femmes qui se trouvait là expliqua à un employé suisse : « Nous ne savons pas qui est sa vraie mère. Douze nouveau-nés furent séparés de leurs mamans, mais un soldat en rapporta un secrètement dans un baraquement. Les douze mères le nourrissent, bien qu'elles fussent totalement épuisées et la fille appelle maintenant douze femmes Anyuka, ce qui veut dire "maman" ».

CONCLUSION

Il est difficile de goûter à la seule lecture d'un journal ce que fut le quotidien des femmes enceintes, des jeunes mères et des nourrissons en 1945, toutefois grâce à la surabondance d'articles, cela donne une idée des problèmes rencontrés à travers les thématiques abordées.

On déniche aussi dans le *Journal de Genève* de l'année 1945 des articles faisant honneur aux mères, d'autres teintés de merveilleux et d'autres encore faisant surgir un archipel d'expositions, d'ouvrages et de films traitant de la maternité.

D'abord, le *Journal de Genève* a montré que tous ont eu la nécessité de saluer les femmes qui travaillèrent à la reconstruc-

tion du monde. Il en fut de même dans d'autres quotidiens. Ainsi, à l'occasion du centenaire du poète catalan Verdaguer, le journal *Le Monde* du vendredi 16 février 1945 publia le poème *Pourquoi chantent les mères*, un hymne coloré qui tissait de belles amabilités à l'adresse des mères.

« *Le petit n'a pas de berceau,
La mère n'a pas de chaise,
Mais chante comme un oiseau,
Pendant que l'homme soupire.*

*Pourquoi dit le mari,
Pourquoi chanter joyeusement,
Lorsqu'ici ne sont que tristesses,
Et peines amères ?*

*Si nous avions en abondance,
De l'argent et des bijoux,
Mais aujourd'hui ne nous reste,
Que la Croix du Christ pour nous consoler.
Jamais ne pourrai travailler,
Mon mal accroît chaque jour,
Je m'en vais vers la mort,
Hélas ! Je ne suis pas seul.*

*Et notre fils ? Que fera-t-il ?
Seul sans père ni mère ?
Trouvera-t-il un arbre,
Qui le protège de son ombre. »*

Ensuite, le *Journal de Genève* publia dans ses colonnes des récits d'accouchements incroyables comme la naissance simultanée au Portugal en janvier 1945 de deux groupes de quadruplés¹², celle de quadruplés à Istanbul¹³, l'annonce de la mise au monde par Mme Dorner-Duperc, femme d'un modeste travailleur de Saint-Amand-les-Eaux, de son 23^e enfant¹⁴, l'annonce de l'accouchement de la femme du footballeur belge Rogers Wouters qui donna le jour à quatre garçons¹⁵, la naissance du fils de la reine de Yougoslavie¹⁶...

Enfin, le *Journal de Genève* se fit l'écho des nombreuses actions culturelles qui ont été proposées à Genève autour de la maternité. Un exemple, Germaine Picot-Gautier présenta à l'Athénée une exposition sur les femmes et notamment le thème de la maternité¹⁷.

9. « Chambre d'accusation ». *Le Journal de Genève*, mardi 4 septembre 1945, p. 5.

10. *Le Journal de Genève*, lundi 10 septembre 1945, p. 4.

11. *Le Journal de Genève*, mercredi 26 septembre 1945, p. 5.

12. *Le Journal de Genève*, mardi 23 janvier 1945, p. 6.

13. « Des quadruplés ». *Le Journal de Genève*, samedi 24 et dimanche 25 mars 1945, p. 2.

14. *Le Journal de Genève* samedi 24 et dimanche 25 février 1945, p. 2.

15. *Le Journal de Genève*, jeudi 14 juin 1945, p. 6.

16. *Le Journal de Genève*, mercredi 18 juillet 1945, p. 6.

17. Le journal annonça aussi dans son numéro du lundi 9 juillet 1945 la sortie au cinéma Rialto du film américain *Ton cœur est mon cœur*. Le journaliste indiquait : « C'est une comédie d'une aimable loufoquerie qui à l'inverse des choses normales commence par une naissance et finit par un mariage. Un chauffeur de taxi est le deus ex machina de l'histoire. Il fait office de sage-femme et de nurse et conduit dans les bras l'un et l'autre une danseuse et un sage professeur détenteur du Prix Nobel. »



GYNOFIT® POUR UN ÉQUILIBRE SAIN DANS LE VAGIN

L'ORIGINAL



© intuitivach



Les démangeaisons, les sensations de brûlure, les pertes et la sécheresse dans la zone intime sont aussi fréquentes que désagréables. 70 % des femmes en sont concernées. Grâce aux gels vaginaux et produits de soin intime Gynofit®,



Swiss Development

vos patientes peuvent assurer individuellement leur bien-être. Gynofit® soulage rapidement et restaure l'équilibre bactérien sain de la flore vaginale de manière simple et naturelle.

www.Gynofit.fr

Disponible en pharmacie sans ordonnance
Tel : 03 89 44 13 59 Mail : almafiladv@evhr.net

Gynofit®

AGENDA

AGENDA EN BREF

● 21 ET 22 AVRIL
DEAUVILLE

16^{es} journées de gynécologie, de pédiatrie néonatale, d'obstétrique et de médecine prénatale www.jpcom.fr

● 20 MAI
PARIS

Maternité Port-Royal
13^e Journée de Médecine Fœtale. Thème : "La fosse postérieure - Les infections fœtales - Innovations en cytogénétique". <http://www.materniteportroyal.fr/> etudiant/fmc-colloques-seminaires/seminaires.html

● 25-27 MAI
SAINT-MALO (35)

44^{es} Assises nationales des Sages-Femmes. <http://www.cerc-congres.com>

● DU 1^{ER} JUIN AU 4 JUIN
PARIS

Journées d'imagerie de la femme et du fœtus www.jiff.fr

● 6 JUIN
PARIS

Journée thématique du CNSF. Thème : Le suivi de la grossesse : rôle de la sage-femme. <http://www.cerc-congres.com>

● 9 ET 10 JUIN
ARRAS

27^{es} journées de l'ANSFT www.ansft.org

● DU 15 AU 17 JUIN
FUTUROSCOPE

Journées nationales des puéricultrices ANPDE www.cerc-congres.com

● 8-9-10 SEPTEMBRE
MARSEILLE

Congrès en gynécologie "6^{es} Rencontres à 2 mains". <http://ra2m.fr>

● DU 5 AU 8 OCTOBRE
PAU

30^{es} journées Infogyn www.journees-infogyn.com

● 12-14 OCTOBRE
CLERMONT-FERRAND (63) - POLYDOME

46^{es} journées de la Société française de Médecine Périnatale. <http://www.cerc-congres.com>

● 13-14 OCTOBRE
PARIS 12^e

Espace Reuilly
Journées Post-Universitaires des sages-femmes 2016

● 25 ET 26 NOVEMBRE
PARIS

Journées Jean Cohen (gynécologie obstétrique et reproduction) www.eska.fr

Anne Macquet Sage-femme ostéopathe DO

Accompagnement ostéopathique de la femme au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum

27-28-29 mars 2017 & 29-30-31 mai 2017

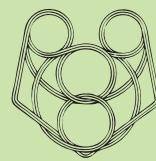
Pratique en salle physiologique

24-25-26 avril 2017



Programmes formations et Inscriptions
www.physioSTÉOBS-formations.fr - T 05 62 63 59 68

FORMATIONS



Formations en haptonomie

CIRDH FRANS VELDMAN

Le Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie, créé par Frans Veldman, fondateur de l'haptonomie, et animé par un collège de professionnels de la santé

Propose des formations qui s'adressent aux professionnels de la santé

• **Accompagnement haptonomique pré et post-natal**

Il favorise la maturation de la relation triangulaire affective entre la mère, le père et l'enfant. Il permet de faire découvrir aux parents une manière d'être favorable au bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance. Il accompagne le développement psychomoteur et affectif de l'enfant jusqu'à la marche acquise.

Cette formation est accessible aux sages-femmes, obstétriciens, médecins généralistes, pédiatres et aux psychologues cliniciens travaillant en périnatalité.

L'haptobénéfice® est orientée sur la naissance haptonomique, accessible aux sages-femmes et aux obstétriciens.

• **D'autres formations sont orientées vers les divers secteurs de la santé** (l'accès est déterminé en fonction de la profession exercée) :

Haptosyndrome, haptosynésie, haptopédagogie, haptopuériculture®.

TOUT CURSUS DE FORMATION DÉBUTE PAR UN STAGE DE TRONC COMMUN.

RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTIONS

Tél. : 01 42 01 68 20

Mail : cirdhv@haptonomie.org

www.haptonomie.org



6^{es}

RENCONTRES A DEUX MAINS

journées annuelles d'échanges et de réflexion
sur le thème du périnée

8,9 et 10 SEPTEMBRE 2016

organisées par

Chantal FABRE-CLERGUE

sous la présidence des

Pr. Florence BRETELLE
(CHU Hôpital Nord Marseille)

Pr. Pierre MARÈS
(CHRU Carémeau Nîmes)



YSY MEDICAL

bmr

laboratoires IQUINTON

Bivea

Mercurochrome

NATECH

dissolvrol

CODIFRA

Bayer HealthCare

LABORATOIRE NUTERGIA

ClariPharm

synergia

GYNÉAS

LABORATOIRE DES GRANIONS

SIOVARS

VEA

AstraZeneca



Hôpital St Joseph
26 bd de Louvain
13008 MARSEILLE

Informations générales
& inscriptions en ligne

www.ra2m.fr



Association Nationale Natation & Maternité
PIONNIÈRE DEPUIS 1977

PRÉPARATION À LA NAISSANCE
ET ACTIVITÉS PRÉ ET POSTNATALES
EN MILIEU AQUATIQUE
Formations bi-annuelles

Prochaines formations

► Clamart (92)

- Stage prénatal : les 18-19-20 avril 2016
- Stage postnatal : le 21 avril 2016

► Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes

Programme et inscription

6, Allée de la Tournelle - 91370 Verrières le Buisson
Message : 01 69 30 98 01 - Courriel : infos@annm.fr
Site internet : <http://annm.fr>

N° D'AGR. FORMATION CONTINUE : 11 92 119 4292

FORMATIONS en périnatalité

 OGDPC habilité à dispenser des programmes de DPC



pour les professionnels de santé et de la petite enfance

Bien être dans son corps pour bien être dans sa vie.

AGENDA 2016

Accompagnement à la parentalité par le Toucher Bienveillant®

- Paris : - 9 et 10 juin
- 29 et 30 septembre
- 24 et 25 novembre
- Toulouse : 7 et 8 avril

Portage physiologique

- Paris : - 31 mars et 1^{er} avril
- 15 et 16 décembre

Réflexologie plantaire

- Paris : - 2 et 3 juin
- 30 juin et 1^{er} juillet
- 15 et 16 septembre

Transmission des acquis

- Paris : - 26 et 27 mai
- 8 et 9 décembre

Bien-être en crèche

- Paris : - 1 et 2 décembre





Formation NOUVEAUTÉS 2016 sur Paris

Les petits maux au quotidien

- Paris : 2 septembre

Soins de développement

- Paris : 24 et 25 novembre

Prévention et soutien à l'oralité

- Paris : 6 et 7 octobre

Retrouvez toutes nos dates sur :
www.massage-bebe.fr
formation@massage-bebe.fr
06 89 98 29 60



N'féraïdo®
modelages accompagnant Physiologie



Volet obstétrique*

Cycle I : Réponse aux maux de la grossesse et de l'accouchement

Cycle II : Le Nouveau-Né et le Post-Partum

Dates Paris Dates Agen

Cycle I : 5 au 7 oct 2016 Cycle I : 21 au 23 sept 2016

Cycle II : 10 au 12 oct 2016 Cycle II : 1 au 3 juin 2016 & 16 au 18 nov 2016

oooooooooooo

Volet uro-gynécologique**

Modelages des organes (Prolapsus, Sd menstruels...), du bassin et du périnée par voie externe

Dates Agen

Cycle I : 28 au 30 sept 2016

oooooooooooo

Contact et intervenants

* Dominique Jacquin, OSTÉOPATHE D.O.
**Francine Augère, SAGE-FEMME
Tél. : 05 62 28 39 94
www.nferaido.com





FORMATIONS

Pour une bonne prise en compte de vos annonces ou de leurs mises à jour, nous vous recommandons de nous les adresser **AU PLUS TARD LE 10 DE CHAQUE MOIS.** elpea@eska.fr

Pratiquer dès le lendemain du séminaire

Connaissance & Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh



Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

Travail Corporel autour de la CMP

Formatrice: Corinne Roques

Formation en 3 étapes:

- 1^{re} et 3^e étapes non présentielle
- 2^e étape présentielle de 4 jours

Pré requis:

Formation CMP

- Vergèze (30) La Clé des Chants Du 24 au 27/11/16
- Programmation en région possible. Nous contacter.

Tous les séminaires CMP sont indiqués ici (qu'ils soient complets ou non) afin de permettre à chaque praticienne formée de revenir gracieusement en Auditrice Libre au séminaire de son choix afin de revoir ou d'approfondir la méthode CMP.

Renseignements auprès de Jocelyne Dallem

✉ 03 89 62 94 21 - cmp.info@free.fr

Institut Naissance & Formations - 2a rue du Paradis - 68190 Ungersheim

www.institutnaissanceetformations.fr

Calendrier 2016

Formations CMP en 3 étapes:

- 1^{re} et 2^e étapes présentielle (dates indiquées ci-après)
- 3^e étape non présentielle

CMP niveau I

St Sébastien de Morsent (Evreux) Hôpital La Musse

Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine

- du 2 au 5/05/2016
- & du 30/05 au 2/06/2016
- du 5 au 8/09/16 & du 3 au 6/10/16

Nanterre (92) - Espace Chevreuil

Formatrice: Anne-Françoise Sachet

- du 12 au 15/09/16 & du 17 au 20/10/16

Vergèze (30) La Clé des Chants

Formatrice: Corinne Roques

- du 10 au 13/05/2016
- & du 7 au 10/06/2016
- du 13 au 16/09/16
- & du 11 au 14/10/16

CMP niveau II

St Sébastien de Morsent (Evreux) Hôpital La Musse

Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine

- du 16 au 19/05/16
- & du 6 au 9/06/16
- du 10 au 13/10/16
- & du 7 au 10/11/16

Vergèze (30) La Clé des Chants

Formatrice: Corinne Roques

- Prochaines dates à venir

Nanterre (92) - Espace Chevreuil

Formatrice: Anne-Françoise Sachet

- du 23 au 26/05/2016
- & du 20 au 23/06/2016

ODPC habilité à dispenser des programmes de DPC

INSTITUT DE GASQUET®

FORMATIONS SAGES-FEMMES 2016



Du côté de la prépa...

MODULE 2 - Préparation corporelle à la naissance

- 29, 30 septembre 2016

Intégralement pris en charge et indemnisé

MODULE 2 - Travail corporel en couple

- 2, 3 juin 2016

Intégralement pris en charge et indemnisé

Du côté du périnée...

MODULE 1 - Dossier périnéal

- 8, 9, 10 juin 2016
- 28, 29, 30 sept 2016
- 23, 24, 25 novembre 2016
- 14, 15, 16 décembre 2016

3 jours 550€
fif pl possible

MODULE 2 - Pessaire. Boules de geisha

- 21 mai 2016
- 11 juin 2016
- 1^{er} octobre 2016

1 jour 180€
fif pl possible

MODULE 2 - Compétence périnéo abdominale

- 15, 16 juin 2016
- 12, 13 octobre 2016

Intégralement pris en charge et indemnisé

Du côté du yoga en cabinet...

MODULE 1 - Bases et yoga sans dégât

MODULE 2 - Enchaînements, Torsion et sangle

MODULE 3 - Stretch yoga et pince

- Dates régulièrement sur le site.

3 jours 520 €

Tous nos stages ont lieu à Montparnasse.

Institut de Gasquet
98 bd Montparnasse
75014 Paris
01.43.20.21.20
contact@degasquet.com
www.degashuet.com

Inscriptions sur degasquet.com



FORMATIONS

Rendez-vous les 25, 26, 27 mai 2016 pour les
44^{èmes} Assises Nationales des Sages-Femmes à Saint-Malo



Medic Formation

Formation professionnelle continue pour les sages-femmes



ODPC habilité
à dispenser des
programmes de DPC

PRATIQUE CONVENTIONNELLE



Analyse du rythme cardiaque fœtal*

Paris : 13, 14 juin 2016
Nantes : 14, 15 novembre 2016

Endocrinologie en suivi gynécologique*

Paris : 12, 13 décembre 2016

Ménopause et périmenopause*

Lyon : 13, 14 juin 2016
Paris : 17, 18 octobre 2016
Bordeaux : 28, 29 novembre 2016

Préparation à la naissance et à la parentalité*

Paris : 13, 14, 15, 16 juin 2016
Lyon : 21, 22, 23, 24 novembre 2016

Prise en charge des grossesses à risque élevé*

Lille : 24, 25, 26 mai 2016
Paris : 28, 29, 30 septembre 2016
Bordeaux : 16, 17, 18 novembre 2016

Rééducation périnéale*

Paris : 9, 10, 11, 12 mai 2016
Strasbourg : 23, 24, 25, 26 mai 2016
Paris : 6, 7, 8, 9 juin 2016
Lyon : 20, 21, 22, 23 juin 2016
Paris : 5, 6, 7, 8 septembre 2016
Lyon : 10, 11, 12, 13 octobre 2016

Suivi gynécologique et contraception*

Lyon : 9, 10, 11 mai 2016
Paris : 25, 26, 27 mai 2016
Nantes : 1, 2, 3 juin 2016
Paris : 9, 10, 11 juin 2016
Avignon : 13, 14, 15 juin 2016
Clermont-Ferrand : 12, 13, 14 septembre 2016
Lyon : 14, 15, 16 septembre 2016

Suites de couches*

Paris : 6, 7, 8 juin 2016
Paris : 10, 11, 12 octobre 2016

COMPÉTENCES TRANSVERSALES



Accompagner la grossesse et l'accouchement par le toucher relationnel*

Lyon : 30, 31 mai, 1 juin 2016
Paris : 21, 22, 23 novembre 2016

Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace

Lyon : 23, 24, 25, 26 mai 2016
Paris : 3, 4, 5, 6 octobre 2016
Nantes : 5, 6, 7, 8 décembre 2016

La sage-femme au cœur du féminin*

Ajaccio : 26, 27, 28, 29 septembre 2016 (en résidentiel)

Ostéopathie, traitement des dysfonctions périnéales*

Paris : 23, 24, 25 mai 2016
Paris : 14, 15, 16 novembre 2016

Qi Gong, outil pratique pour la sage-femme*

Paris : 5, 6, 7 octobre 2016
Toulouse : 17, 18, 19 novembre 2016

Santé environnementale*

Nantes : 11, 12, 13 octobre 2016
Paris : 13, 14, 15 décembre 2016

Yoga en périnatalité*

Ajaccio : 23, 24, 25, 26 mai 2016 (en résidentiel)
Lyon : 7, 8, 9, 10 novembre 2016
Paris : 12, 13, 14, 15 décembre 2016

Yoga en périnatalité - Niveau II*

Paris : 13, 14, 15, 16 juin 2016
Rennes : 11, 12, 13, 14 octobre 2016
Paris : 28, 29, 30 novembre, 1 décembre 2016

PSYCHOLOGIE - RELATIONNEL

Communication efficace et résolution des conflits*

Paris : 1, 2, 3 juin 2016

La consultation de l'adolescent - Abord psychologique*

Lyon : 17, 18 mai 2016
Paris : 24, 25 novembre 2016

Psychisme de la femme enceinte et parentalité*

Paris : 10, 11 octobre 2016

Violences faites aux femmes*

Paris : 15, 16, 17 juin 2016

APPROCHE NON PHARMACOLOGIQUE

Aromatologie

Paris : 21, 22, 23 novembre 2016

Homéopathie appliquée à la périnatalité - Module 1*

Paris : 15, 16, 17 juin 2016
Nantes : 20, 21, 22 juin 2016

Homéopathie appliquée à la périnatalité - Module 2*

Paris : 3, 4, 5 octobre 2016

Phytothérapie, usage et précautions en périnatalité*

Paris : 18, 19, 20 mai 2016
Paris : 3, 4, 5 octobre 2016

FORMATIONS EN INTRA-ETABLISSEMENT

Nous consulter pour un devis

Lieux de formation : Paris intra-muros, Ajaccio, Avignon, Bordeaux, Clermont-Ferrand, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Nice, Nîmes, Rennes, Strasbourg, Toulouse, DOM TOM, Maroc

Retrouvez toutes nos formations sur www.medicformation.fr

Email : contact@medicformation.fr - Tél : 01 34 44 05 65



* Session agréée OGDPC - Prise en charge possible FIF-PL et crédit d'impôts ou DIF/CPF - N° de déclaration d'activité 11 95 04903 95 - Agréé OGDPC 1251



FORMATIONS

Pour une bonne prise en compte de vos annonces ou de leurs mises à jour, nous vous recommandons de nous les adresser **AU PLUS TARD LE 10 DE CHAQUE MOIS.** elpea@eska.fr



PROGRAMME STAGES 2016

NÎMES - PARIS

LES WEBINAIRES

FALEVITCH Formation, le seul organisme à vous proposer un enseignement à distance présentiel, interactif, dynamique! La même qualité de stage qu'avec des déplacements!

Les stages notés **W** sont accessibles en webinaire, en temps réel. Différents modules seront proposés tout au long de l'année sur de courtes durées, programme en ligne.

MATERNITÉ	PÉRINÉE
<ul style="list-style-type: none"> ■ Bientraitance et accompagnement psycho-affectif prénatal. Entretien Prénatal Précoce. OGDPC - W Accompagnement psycho-affectif. Situations complexes > 14, 15 et 16 nov - Nîmes ■ La surveillance médicale de la grossesse (clinique, biologique, pharmacologique, imagerie): prévention, éducation, orientation. OGDPC - W > Cursus en webinaire ■ Consultations (prénatales et gynécologiques) et tabacologie. OGDPC - W > 2 et 3 déc. 2016 - Nîmes ■ Le suivi échographique de la grossesse. OGDPC - W > 2, 3 mai ■ Préparation à la naissance personnalisée, coaching, gestion du stress et parentalité. OGDPC - W > 11, 12, 13, 14 mai - Paris > 21, 22, 23, 24 nov.- Nîmes ■ Activités aquatiques pré et post-natales. OGDPC > 23, 24, 25 mai Thermes (30) > 26-27-28 sept. Thermes (30) ■ Approche thérapeutique de la douleur pendant la grossesse par le toucher. OGDPC > 17 - 18 - 19 - 20 oct - Nîmes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Niveau 1: > 13, 14, 15, 16 juin > 5, 6, 7, 8 décembre ■ Niveau clinique: > 6 et 7 juin ■ Niveau 2: > 15, 16, 17, 18 février > 5, 6, 7, 8 octobre W ■ Périnée et proprioception, la vie est un sport. OGDPC > 30 et 31 mai et 1^{er} oct - Paris > 2, 3, 4 juin à Nîmes > 29/30 sept et 1^{er} oct > 12, 13, 14 décembre à Nîmes (2 jours et demi) ■ Périnée et danse. FIF PL. > Consulter le site
EXERCICE LIBÉRAL	DÉVELOPPEMENT PERSONNEL
<ul style="list-style-type: none"> ■ Coaching. La vie de la sage-femme libérale. FIF PL - OGDPC - W Webinaire - > 21 mai > 27 août - Nîmes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La sophrologie. Anti-stress, analgésie, prise en charge des vulnérabilités. OGDPC - W > 27, 28 juin Nîmes > 12, 13, 14 sept. Paris > 7, 8 novembre Paris

Contact: 06 60 56 32 81 ou par le site
RETROUVEZ TOUS LES SÉMINAIRES PROPOSÉS : www.falevitch-formation.com

f
GROUPE FORMATION SAGE-FEMME




FORMATIONS ANSFL 2016

Organisme de formation enregistré sous le n° 53 35 08377 35

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ".

Demande d'info et tarifs sur "groupe constitué" formation@ansfl.org

Accompagnement vers la naissance et la parentalité

Intervenante/Odile Tagawa (SF).



Lieu/Paris

- Session I - Prénatal. Date : 3-4 oct 2016
- Session II - Postnatal (*Prérequis : suivre du Temps I*). Date : 12-13 déc 2016



L'échographie et les examens complémentaires dans le suivi de la grossesse normale

Intervenantes/
Évelyne Rigaut (S-F Échographiste)
Lorraine Guénédal (Biologiste)



La consultation de contraception et de gynécologie de prévention

Intervenante/Annie Sirven (S-F).



Lieu/St Germain Mont D'Or (près de Lyon).

- Session I. Date : 13 -14 -15 sept. 2016
- Session II (*Prérequis : suivre du module I*). Date : 1^{er} trimestre 2017

Les 3 sessions sont éligibles OGDPC



FORMATIONS PROPOSÉES SEULEMENT EN "GROUPE CONSTITUÉ"

L'installation en libéral



Intervenante/Laurence Platel (SF).

Pratique libérale: cadre réglementaire et cotations



Intervenante/Laurence Platel (SF).

Demande d'info et tarifs sur "groupe constitué": formation@ansfl.org

Contact Formation ANSFL:

Martine Chayrouse - formation@ansfl.org - Tél. : 07 82 19 11 59



N° SIRET : 382 224 892 000 42 - Code APE/NAF : 8490 D - Statut : 1010 / N° d'enregistrement à la DIRECCTE : 91 34 06 005 34 ; Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat, conformément aux obligations de mentions légales

formation-sage-femme-globalis.fr

1 journée GRATUITE pour les libérales

CCAM, NGAP :
les cotations en pratique libérale et leurs liens avec les recommandations

OBJECTIFS :

- Faire le point sur l'ensemble des cotations, les problématiques liées à l'ouverture de la CCAM aux sages-femmes, les HN, DE, cumul d'actes ... et les évolutions de la convention.
- Réfléchir sur la rentabilité et le dynamisme de l'activité libérale en accord avec la législation, la convention et les recommandations.

AVEC : Catherine LEWICKI, sage-femme libérale, représentante professionnelle en CPR et à la CNAMTS.

DATES : Montélimard 25 avril / Caen 12 mai / Montpellier 3 juin - 23 septembre Lyon 7 octobre / Paris 25 novembre ... **autres dates à définir**

Pour des groupes constitués (COD, associations...) nous contacter.

FINANCEMENT : « Enveloppe spéciale sur fond de solidarité » du FIFPL accordée pour 200 sages-femmes libérales en 2016 (journée entièrement gratuite, déjeuners pris en charge, ne grève pas votre forfait FIFPL annuel - crédit d'impôt possible). Pour autres cas, nous contacter.

CONTACT/INSCRIPTIONS :

Tel : 06 62 33 27 54 - Mail : globalis.formation@orange.fr



Gynécologie Obstétrique et Reproduction

Journées Jean Cohen

SAVE THE DATE

PARIS 2016

Vendredi 25 Novembre 2016

Samedi 26 Novembre 2016

PAVILLON ROYAL

CARREFOUR DU BOUT DES LACS

CROISEMENT ROUTE DE SURESNES ET ROUTE DE LA MUETTE

75116 PARIS

PRÉSIDENT : FLORENCE TRÉMOLLIÈRES

COORDINATION SCIENTIFIQUE : JOËLLE BELAISCH-ALLART

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

GABRIEL ANDRÉ, JEAN-MARIE ANTOINE, JEAN BELAISCH, JEAN-Louis BÉNIFLA,
JEAN-PIERRE BERNARD, BERNARD BLANC, HÉLÈNE BORNE, LÉON BOUBLI, GÉRARD BOUTET,
CHARLES CHAPRON, JOEL CRÉQUAT, BRUNO DEVAL, JEAN DERRIEN, MARC ESPIÉ,
HERVÉ FERNANDEZ, CATHERINE FOULHY, MICHEL HERLICOVIEZ, MICHÈLE LACHOWSKY,
BRIGITTE LETOMBE, PATRICE LOPES, PATRICK MADELENAT, JACQUELINE MANDELBAUM,
JEAN-LUC MERGUI, PHILIPPE MERVIEL, SYLVAIN MIMOUN, ISRAEL NISAND, CLARA PÉLISSIER,
ALAIN PROUST, GEOFFROY ROBIN, CHRISTINE ROUSSET-JABLONSKI, DAVID SERFATY,
FLORENCE TRÉMOLLIÈRES, YVES VILLE, DIANE WINAVER, CHADI YAZBECK.

Des Journées du Centre de Formation des Editions ESKA - CFEE : N° 11753436775

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA CONGRÈS :

Serge KEBABTCHIEFF - Fanny GASMAN

12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris - Tél. : 01 42 86 55 69 / 79 - Fax : 01 42 60 45 35

E-mail : inscriptions et renseignements : congres@eska.fr - Site : www.eska.fr



