

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION
Serge KEBABTCHIEFF

COMITÉ DE RÉDACTION
RÉDACTEUR EN CHEF

Benoît 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

A. BENACHI et A. LETOURNEAU, Service de Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction - Hôpital Antoine Bécclère. Clamart - Université Paris Sud

Chantal BIRMAN, Sage-Femme

Malika BOUR, Étudiante Sage-Femme 3^e année -

École de Sage-Femme de Metz

Gaëlle CHOLET, Sage-Femme, Brest

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Heike EMERY, Sage-Femme, Suisse

P. KLEINFINGER et JM COSTA, Laboratoire Cerba - Saint-Ouen l'Aumône

Ophélie MAKON-MAKON, Étudiante Sage-Femme

3^e année - École de Sage-Femme de Metz

Delphine POUMEYROL, Sage-femme

Jean-Luc STANISLAS, Cadre Supérieur de Santé (93)

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. Dépôt légal : Juillet 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 # 460 - JUILLET 2016

03 TRIBUNE

La première consultation de grossesse : timing
CHANTAL BIRMAN

09 REPORTAGE

L'Arcade Sages-femmes
HEIKE EMERY



15 PUBLICATIONS

Tumeurs bénignes du sein
RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE
COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS (CNGOF)

31 FICHE TECHNIQUE

Réfection périnéale 2/2
DELPHINE POUMEYROL

34 MANAGEMENT

Le management stratégique des cadres hospitaliers... au rythme des réformes (1^{re} partie)
JEAN-LUC STANISLAS

36 HISTOIRE

La fondation Étienne Lamy ou le Prix de l'Académie Française en faveur des familles nombreuses
JÉRÔME JANICKI

40 COMMUNIQUÉS

43 KIOSQUE

43 AGENDA

44 FORMATIONS



21 DOSSIER D.O.PÉDIA

22 Infections génitales basses
GAËLLE CHOLET

24 Le point sur le diagnostic de la T21
A. BENACHI, A. LETOURNEAU, P. KLEINFINGER, JM COSTA

28 La place de l'information et de la prévention gynécologique dans notre société - Étude qualitative portée sur 40 sujets en Lorraine. Mai 2016
OPHÉLIE MAKON-MAKON ET MALIKA BOUR

LES ANNONCEURS

C2	Électronique Médicale de France	13, 29	Dolphitonic	35	Almafil
C3	Laboratoire Vygon	20	Matilia	39	Grandir Nature
C4	Phenix Vivaltis	27	Cooper		
		33, 41	Ysy Médical		

Photo de couverture ©Thinkstock - Fotolia

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

33^e JOURNÉES D'ETUDES

de l'Association Nationale
des Sages-Femmes Coordinatrices

16-17-18
novembre 2016
TOULOUSE

CENTRE DE CONGRÈS
PIERRE BAUDIS
11 ESPLANADE
COMPANS CAFFARELLI



Jeu

Santé: les Nouveaux Enjeux Stratégiques

MODÉRATEURS: DÉBORAH CVETOJEVIC, SYLVIE BONNEFONT

9h00 - 10h00 > Mission sage-femme coordinatrice: présentation d'un travail initié par l'ANSFC - MARTINE CHAUVIÈRE, SYLVIE LE ROUX

10h00-10h30 > Loi de santé: ses généralités et les enjeux pour la profession de sage-femme - MAXENCE CORMIER

> Discussion

10h45-11h30 > Pause

11h30-12h00 > Mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire
FRÉDÉRIC MARTINEAU

> Discussion

13h00-14h00 > Déjeuner libre

MODÉRATEURS: NATHALIE LEBRETON, SOPHIE GUILLAUME

14h00-14h20 > Filières physiologiques: cadre conceptuel
DÉBORAH CVETOJEVIC

14h20 - 14h40 > Filières physiologiques: un nouveau paradigme en
périnatalité - CLAUDE DAUSSY

> Discussion

15h00-15h30 > Pause

15h30-16h15 > Espace physiologique: expérience hospitalière à Pontoise
ISABELLE CHEVALIER

> Comme A La Maison: association pour la maison
de naissance de la Maternité des Bleuets

> Maison d'accouchement physiologique à Toulouse
KARINE LOUPIAS, MAYLIS GUIGUEN

16h15-17h15 > Table ronde

Vendredi 18 novembre « E PERICOLOSO SPORGERSI »

Le consentement aux soins

MODÉRATEURS: JEAN THÉVENOT, FABIENNE DARCEY

9h00 - 10h00 > Le consentement aux soins: approche philosophique
JEAN-PIERRE CLERO

> Discussion

10h15 - 10h45 > Pause

10h45 - 11h15 > Le consentement aux soins: point de vue des usagers
CHANTAL DUCROUX-SCHOUWEY

11h15 - 11h45 > Le consentement aux soins et l'enseignement fait aux
professions médicales
CHRISTOPHE VAYSSIÈRE

> Discussion

12h30 > Clôture des journées - SYLVIE LE ROUX

Mercredi 16 novembre « ESSAI ET TRANSFORMATION »

Le Management: une science collective?

MODÉRATEURS: JEANNE-FRANÇOISE CHRÉTIEN, SYLVIE LE ROUX

8h15 > Accueil des participants

9h00 - 9h45 > Ouverture des journées
SYLVIE LE ROUX - PRÉSIDENTE ANSFC

9h45 - 10h30 > Management par la confiance
XAVIER VILLETTE

> Discussion

10h45-11h30 > Pause

11h30-12h45 > La gouvernance collective: l'autonomie au service
de l'organisation
ALEXANDRE BOYER

> Discussion

13h00-14h15 > Déjeuner libre

MODÉRATEURS: JEANNE-FRANÇOISE CHRÉTIEN, CORINNE RIOU-CHIARANDINI

14h15-14h45 > Comment tuer l'intelligence collective au travail
AINE O'MEARA

14h45 -15h30 > Intelligence collective: regard sportif
FABIEN GALTHIÉ

15h30 -16h00 > Pause

16h00 -16h45 > Opéra: du talent individuel au talent collectif
ALPHONSE CEMIN

16h45 -17h30 > Table ronde

SIÈGE SOCIAL

A.N.S.F.C. - 21 rue Saint Germer
60000 BEAUVAIS - www.ansfc.fr

N° SIRET: 403 622 749 000 55

Code APE/NAF 9499 Z

N° agrément formation continue: 2260 02 326 60

INSCRIPTIONS ET SECRÉTARIAT

Madame Gaëlle MULTON-BEVILLARD
336 rue de l'École - 74150 Thusy
Tél: 06 12 18 30 47
mail: assistante-congres@ansfc.fr



La première consultation de grossesse : timing

La SFMA a remis un dossier le 27 avril 2016 au ministère de l'Enfance, de la Famille et du Droit des femmes. Le but était de démontrer, à travers cet exemple, que la quantité et la complexité des points à aborder dans le temps institutionnel imposé de 20 minutes de la consultation, rendent la mission impossible. Cet exemple a été choisi sciemment parce qu'il s'agit d'un temps court et cadré. Si nous avons opté pour une description détaillée de notre travail en salle de naissance ou en suites de couches, c'est un livre qu'il eût fallu écrire et transmettre dans les différents ministères ! La probabilité qu'un tel document soit lu était nulle. En optant pour la rédaction d'un document sur la consultation prénatale nous faisons le choix de l'espoir.

Accueil, ouverture de la porte, appel de la femme en salle d'attente par son nom, réception dans le bureau, invitation à s'asseoir. La question généraliste : « *comment allez vous ?* » posée à ce moment-là permet déjà d'avoir une couleur et une orientation sur la consultation.

En libéral, le lieu d'accouchement et l'inscription de la femme en fonction de son état de santé et de ses souhaits d'accompagnement peuvent prendre jusqu'à 10 minutes. Les désirs exprimés par la femme à ce moment-là, donnent le "ton" de la consultation et sont souvent repris en fin d'entrevue en guise de conclusion.

Pendant que nous sortons le dossier papier vierge de suivi, nous proposons à la femme de sortir les résultats qu'elle a déjà en sa possession (bilan biologique, échographie(s), carte de groupe).

L 50 SECONDES

Remplissage du dossier carton : nom, prénom, nombre de gestations de parités, date de naissance, adresse, divers numéros de téléphone, profession, chômage (inscription ou non), RMI ou non, bénéficiaire ou non de la Sécurité sociale, d'une mutuelle, de la CMU, de l'AME ou d'aucune protection sociale. Si un suivi social est en cours, le documenter et faire le lien avec les services sociaux de l'hôpital ou plus directement en libéral, avec le professionnel de santé hospitalier en charge du suivi de la grossesse.

Références de la personne de confiance (nom, prénom, âge, profession, téléphones). Références du médecin traitant, du gynécologue, de la sage-femme ou du professionnel de santé spécialisé, ayant déjà pris part au début du suivi de grossesse. Niveau d'étude de la femme et du compagnon, pays d'origine, date d'arrivée en France, pratique de la langue, entourage familial ou non. Poids avant la grossesse, taille, IMC.

L 1 MINUTE ET 50 SECONDES

Date des dernières règles, déduction de la date d'ovulation (confirmée par la première échographie si la grossesse est déjà avancée) et de la date d'accouchement. Calcul de la date du terme actuel avec le gestogramme. Contrôle de la qualité de cette première échographie, avec explications sur le bornage des courbes, report sur le dossier.

L 45 SECONDES

Antécédents héréditaires et familiaux dans les deux familles (recherche de gémellité, diabète éventuels, HTA, dysfonctionnements thyroïdiens, cancers, maladies cardiovasculaires, maladies rares, malformations, maladies équatrices, tropicales, etc.).

L 40 SECONDES

Antécédents médicaux : maladies antérieures à la grossesse, traitements et hospitalisations éventuelles sont notées. Le recueil de ces informations peut amener à réorienter la femme (nécessité d'un suivi par un obstétricien, une psychologue, une assistante sociale, une diététicienne, une sage-femme pour la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), etc.). Allergies, addictions. Point sur l'état vaccinal de la patiente. Si le carnet de santé est conservé, la demande de l'apporter à la prochaine consultation sera faite. En période de campagne de la vaccination contre la grippe, l'ordonnance est prescrite. Lors de la consultation suivante, le vaccin sera effectué.

L 50 SECONDES

Antécédents chirurgicaux : interventions, lieux des interventions, dates, mode d'anesthésie les accompagnant. Nous nous enquêrons des comptes rendus opératoires (particulièrement importants en situation d'utérus cicatriciel.) Un temps



supplémentaire (hors temps de travail) est souvent nécessaire pour, soit faire nous-mêmes les recherches, soit les initier en prenant contact avec les différents secrétariats (archives, secrétariat du chef d'établissement).

L 20 SECONDES ET PLUS...

Antécédents gynécologiques : date des premières règles, régularité, abondance, douleurs associées. Modes de contraceptions utilisés antérieurement à la grossesse. Frottis antérieurs (le dernier compte rendu doit être demandé et documenté dans le dossier), date d'arrêt de la contraception, stérilité éventuelle les traitements, nombre de PMA.

L 30 SECONDES

Antécédents obstétricaux : par ordre chronologique sont inscrits : les FCS, les IVG, le déroulement des grossesses et le suivi d'une PNP. Les accouchements antérieurs ainsi que les dates et lieux où ils se sont déroulés. Les modes d'anesthésies qui les ont accompagnés ainsi que le déroulement détaillé de chacun d'eux sont renseignés. Pour les accouchements, les renseignements pédiatriques sont nécessaires (état de l'enfant à la naissance, réanimation, poids, taille, APGAR, état de santé actuel de l'enfant ou des enfants, suivi médical actuel (existence d'un avis spécialisé), mode et durée de ou des allaitements). Le temps pris par l'interrogatoire et la rédaction des antécédents est très variable (*Pour cette démonstration chronométrée, nous avons pris un temps moyen correspondant aux antécédents d'une seule FCS ou IVG et à un seul enfant antérieur*).

L 1 MINUTE

Les ordonnances de grossesse nécessaires au suivi sont rédigées (bilans biologiques).

1. Bilan de début de grossesse demandé (recherche des différentes sérologies) : toxoplasmose, rubéole, hépatite B et C, syphilis, sida (accompagné de la demande de consentement pour la recherche de l'HIV). La recherche de cytomégalovirus étant discutée et donc non demandée systématiquement, n'a donc pas été prise en compte dans ce chronométrage.

2. Bilan sanguin minimum de début de grossesse avec NFS, plaquettes, glycémie à jeun, recherche d'agglutinines irrégulières, groupe sanguin établi au nom de femme mariée de la patiente. Si la carte de groupe est établie au nom de jeune fille de la patiente, alors que celle-ci s'est mariée entre-temps, la carte de groupe doit être refaite. En effet, la carte de groupe doit être au même nom que celui du dossier. Certaines institutions exigent la photocopie de la pièce d'identité afin d'identifier avec davantage de certitude à la fois le nom, la photographie et la patiente elle-même.

L 1 MINUTE 30 SECONDES

Si la femme est Rhésus négatif, les explications doivent être données concernant un éventuel saignement pendant la grossesse et dans ce cas de l'importance de faire une injection

d'anti D. Dans tous les autres cas une injection systématique pendant la grossesse d'anti D sera faite, les deux ordonnances s'y rapportant doivent être également rédigées, expliquées et données (la première concerne l'achat des anti D, la deuxième la prescription au personnel de santé libéral qui pratiquera l'injection). Quand la femme est suivie en libéral, c'est la sage-femme qui fait cette injection. En cette circonstance (d'une femme de groupe dont le rhésus est négatif), une ordonnance de recherche d'agglutinines irrégulières à faire mensuellement est remise à la femme.

L 1 MINUTE ET 15 SECONDES

Une explication concernant le dépistage du diabète gestationnel, son intérêt, ses larges indications est donnée et l'ordonnance du test OMS à faire entre 24 et 28 SA remise à la femme.

L 50 SECONDES

3. Le bilan urinaire mensuel, deux éventualités sont possibles :

- a- soit une recherche systématique d'albumine et de nitrites est prescrite et son intérêt expliqué.
- b- soit l'analyse d'urine est directement faite sur place et le temps imparti est alors majoré (Il est en effet difficile de se déshabiller, d'uriner, de se rhabiller, de se laver les mains, de ramener la bandelette urinaire en 50 secondes!). 50 secondes est donc ici un temps moyen entre la rédaction de l'ordonnance de grossesse et le test de la bandelette urinaire sur place.

L 25 SECONDES

4. La recherche d'HT21 est proposée et expliquée car source d'angoisse (même si on ne détaille pas cet examen, son entendement n'est pas évident et est donc très chronophage). La prise de sang est donc prescrite, le dossier pour l'échographe rempli. Pour les femmes ne désirant pas cet examen, il est important de se préoccuper de la bonne compréhension de cette proposition d'examen et qu'en cas de refus, ce choix soit adopté en toute connaissance de cause.

L'accord de la patiente est recueilli par écrit, ainsi que la signature de la sage-femme ou du médecin ayant prodigué les explications (en double exemplaire), dont un sera remis à la patiente et l'autre conservé.

L 2 MINUTES

5. Les trois échographies de grossesse sont prescrites avec les dates de leur effectuation et leur intérêt spécifique pour chacune d'entre elles.

Dans l'éventualité où la femme a déjà fait une ou deux échographies ainsi qu'une partie de ses bilans sanguins et urinaires, les résultats qu'elle nous donne doivent être reportés sur le dossier et majoritairement expliqués, car il est fréquent que les explications données ont été succinctes (afin de gagner du temps) et avec l'évolution de la



grossesse, les explications brèves deviennent suspectes d'être dissimulatrices de complications fantasmées et la patiente, en nous interrogeant, se rassure.

L 1 MINUTE

6. Un prélèvement vaginal doit être effectué en fin de grossesse recherchant spécifiquement le streptocoque B. Soit le prélèvement est fait directement pendant la consultation (dans ce cas les tubes et l'ordonnance au laboratoire sont référencés); soit l'ordonnance ainsi que la date à partir de laquelle le prélèvement peut être effectué est faite et remise à la femme. La présence de ce germe est fréquente et source d'inquiétude pour la femme, il est donc impératif d'expliquer préventivement le protocole qui en découle.

L 1 MINUTE

Les photocopies pour les éléments n'existant qu'en un seul exemplaire sont donc à faire afin de documenter le dossier. La durée de la queue à la photocopieuse est variable ainsi que l'état de fonctionnement de cette dernière. Pour cette démonstration nous avons décidé que la photocopieuse était disponible et en excellent état de marche (c'est-à-dire déjà branchée, rechargée en papier, programmée au bon format, etc.) Par contre, faire des photocopies nécessite un déplacement vers le lieu où est installée la photocopieuse. Il est impératif de fermer la porte du cabinet de consultation (où sont une partie de nos affaires personnelles ainsi que les dossiers des patientes). Les photocopies effectuées, on remet les exemplaires originaux à la patiente, en les énumérant lentement afin qu'elle puisse vérifier que l'ensemble de ses documents sont de nouveau en sa possession.

L 2 MINUTES ET 30 SECONDES

La situation sociologique et psycho-affective :

Les questions concernant l'ensemble des maltraitements doivent être posées ainsi que la taille, la salubrité du domicile, le nombre de personnes y séjournant. En fonction des réponses, les orientations des femmes vers les associations, les assistantes sociales, les psychologues, etc., sont faites, les appels téléphoniques effectués, les rendez-vous pris. Bien entendu pour notre démonstration nous décidons que nous ne sommes dans aucune de ces situations qui font exploser notre "budget temps".

LA PRATIQUE MONTRE QU'EN CAS DE RÉPONSES POSITIVES (HARCÈLEMENT, MALTRAITEMENTS, PROBLÈMES SOCIAUX), NE PAS LAISSER LA FEMME DÉVELOPPER SA RÉPONSE EST UNE VIOLENCE SUPPLÉMENTAIRE INFLIGÉE.

Même si l'entretien prénatal précoce permet de documenter ces problématiques, il faut les initier et donc poser les questions s'y référant. La pratique montre qu'en cas de réponses positives (harcèlement, maltraitements, problèmes sociaux), ne pas laisser la femme développer sa réponse est une violence supplémentaire infligée. Enfin, les transmissions de ce type d'informations restent majoritairement peu ou pas renseignées sur les dossiers.

L DE 1 MINUTE À...

La déclaration de grossesse est alors rédigée et les explications sur les lieux de l'envoi des deux exemplaires destinés à la caisse d'allocations familiales et celui à la caisse de Sécurité sociale expliqués. En cas d'illettrisme, nous rédigeons ces exemplaires en sachant alors que le retard pris va créer des tensions en salle d'attente.

L DE 1 MINUTE À...

Examen clinique. Nous proposons à la femme de se déshabiller et de se peser, de s'allonger sur la table d'examen. Nous procédons à un examen cardiaque. Nous prenons la TA, le pouls, la hauteur utérine, nous pratiquons la palpation du fœtus et repérons sa position, écoutons les bruits du cœur. Selon le terme, le repérage de la position fœtale peut nécessiter des demandes d'examens supplémentaires (échographies, scanner du bassin). L'auto-dépistage des contractions utérines (en particulier chez la nullipare) est initié avec la description préventive des nuances de perception de ces contractions en fonction du terme de la grossesse. Enfin, nous examinons les membres inférieurs et les seins.

L 4 MINUTES

En cas d'absence de surveillance des cellules de l'endo et l'exo-col, **un frottis est proposé et effectué** (après avoir posé un spéculum). L'ensemble du dossier concernant l'envoi de cet examen au laboratoire est renseigné. Même si le toucher vaginal n'est plus systématique, les explications permettant de comprendre les circonstances dans lesquelles ce geste doit être effectué sont clairement précisées et un examen visuel extérieur de la vulve effectué. Les excisions ou infibulations notées et pas forcément parlées d'emblée, car pour certaines femmes elles leur sont inconnues.

L 3 MINUTES

Il est fréquent que l'approche clinique soit l'occasion d'**examens plus approfondis des "bobos" de la grossesse** et l'occasion de palpations exploratrices péri-utérines voire localisées totalement ailleurs. Dans tous les cas, l'approche corporelle délicate à l'occasion de l'examen clinique libère des angoisses et suscite des "confidences" souvent essentielles.

L DE 1 MINUTE À...

Pendant que la femme se rhabille, nous rédigeons les ordonnances et conseils d'usage entourant la grossesse et ses



désagrément (vitamines, antifongiques, antitussifs, antibiotiques, anti-révlulsifs, anti-hémorroïdaires, bas, collants ou chaussettes de contention, etc.).

L 2 MINUTES

Les informations concernant les rendez-vous à prendre auprès des spécialistes (médicaux, psychologues et professionnels sociaux) seront données et souvent les rendez-vous pris. Le couple est informé de l'existence de l'entretien prénatal précoce et de la préparation à l'accouchement, à l'allaitement et à la parentalité. Les rendez-vous sont donnés directement par le praticien ou par le secrétariat, selon les lieux.

L DE 1 MINUTE À...

Les arrêts de travail et les certificats de grossesse sont rédigés. Les attestations de présence mais également d'éventuelles maltraitances sont effectuées. Le prochain rendez-vous de consultation donné.

L DE 1 MINUTE À...

Comme il a été spécifié à plusieurs reprises dans ce document nous avons fait le choix d'un couple qui s'entend bien, ayant des familles présentes et bienveillantes. Le parti pris d'aucun antécédent de pathologie ni de problèmes psychologiques ou sociologiques a volontairement été fait. Leurs conditions de travail et d'hébergement sont bonnes et leur premier enfant va bien. Cette situation correspond, pour la majorité des sages-femmes vivant en Ile-de-France à moins d'une femme sur 3.



Nous arrivons au total (dans les conditions idéales donc) de :

• 31 minutes et 15 secondes.

Pour gagner du temps, il peut être argumenté que le test OMS peut être fait ultérieurement ainsi que le prélèvement vaginal de fin de grossesse. De même, toutes les femmes n'ont pas besoin de frottis. Dans le même esprit, si les antécédents héréditaires, médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux sont nécessairement relus à chaque consultation, ils ne sont pas de nouveaux réinitialisés.

Si nous retirons donc un temps moyen tenant compte de ces trois remarques (au total 5 minutes et 50 secondes), nous obtenons un résultat final de :

• 25 minutes et 40 secondes

Attention ! Notons que si tous les éléments de la consultation ont bien été pris en compte, aucun temps n'a été prévu pour l'accompagnement humain. Nous avons supposé qu'aucune question n'avait été posée par la femme, qu'elle n'avait jamais interrompu nos explications, et qu'elle les avait toutes comprises d'emblée. Qu'elle ne portait pas de bas de contention dont le retrait et le renfilage sont particulièrement chronophages. Que la sage-femme n'avait perçu aucun signe particulier, qu'elle avait pu enchaîner l'ensemble du déroulé de la

LA DÉFINITION PSYCHOLOGIQUE DE LA PERVERSITÉ ÉTANT DE FAIRE UNE CHOSE ET SON CONTRAIRE EN MÊME TEMPS, LE CONSTAT QUE NOUS PORTONS À VOTRE CONNAISSANCE PAR CE DOCUMENT, EST QUE LES SAGES-FEMMES FRANÇAISES SONT CHAQUE JOUR MISES EN SITUATION DE GRANDE PERVERSITÉ.

consultation sans permettre, ni à la femme, ni à elle-même de reprendre son souffle. Que toutes les réponses, explications, prises de rendez-vous au téléphone étaient succinctes et les réponses optimales, le téléphone décroché dès la première sonnerie. Que, bien entendu, aucun des protagonistes n'est supposé avoir un besoin particulier (aller aux toilettes, boire un verre d'eau)! Cette situation supposée est hors réalité.

La question est donc : « comment faire dans le temps imparti au mieux de 20 minutes pour faire ce qui nous incombe, c'est-à-dire accompagner tant médicalement qu'humainement les femmes ? » Sachant que par demi-journée de consultation (au rythme d'une femme toutes les 20 minutes), nous avons au minimum deux femmes dont les antécédents sont médicalement complexes et deux dont la situation psychosociale nécessite un temps d'au moins 40 minutes ?

Beaucoup d'entre nous travaillent dans des centres hospitaliers de banlieue ou au moins une femme sur deux ne parle pas le français. Dans ces conditions, nos retards en consultation dépassent l'heure qui, non seulement sera non-rémunérée mais nous vaudra éventuellement les sarcasmes des « *purs techniciens qui sont assurément les plus rapides !* » Plus grave, la conscience que ce mal-être, induit par nos stratégies à gagner du temps, est une maltraitance pouvant en engendrer d'autres... La conscience que passer à côté d'une information susceptible d'être à l'origine d'une faute médicale aux conséquences graves est notre préoccupation prioritaire.

Un document similaire pourrait être produit en salle de naissance ou en suites de couches. La définition psychologique de la perversité étant de faire une chose et son contraire en même temps, le constat que nous portons à votre connaissance par ce document, est que les sages-femmes françaises sont chaque jour mises en situation de grande perversité. C'est en effet devoir prodiguer notre expertise médicale et, dans un même temps (qui n'existe donc pas), devoir accompagner les femmes, les couples et l'enfant à naître (ou déjà né), à travers ces étapes de vie fondatrices de leurs futurs.

Nous attendons donc des réponses constructives et réalistes à nos constats clairement et précisément portés, par ce document à votre connaissance.

Merci infiniment pour votre retour. ■

III^e Congrès "JE SUIS LA SAGE-FEMME" 2016

VIOLENCE ET SAGE-FEMME

Mardi 6 & Mercredi 7 décembre 2016

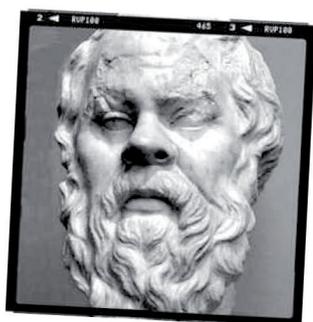
Lieu : Institut du Cerveau et de la Moelle Épineuse
Hôpital Pitié Salpêtrière, 47 boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris

PHILOSOPHIE

HISTOIRE

PSYCHANALYSE

ANTHROPOLOGIE



Après deux congrès consacrés à l'identité et à la place de la sage-femme, l'association

«Je suis la sage-femme»

s'associe à la revue

«Les Dossiers de l'Obstétrique»

afin de poursuivre cette réflexion à partir du thème de la violence et aux formes particulières qu'elle prend dans le monde globalisé et éclaté qui est celui de notre temps, questionnant la place de la sage-femme face à la violence en général.



GENRE

SOCIOLOGIE

ART

MAÏEUTIQUE



COMITÉ SCIENTIFIQUE ET INTERVENANTS SOLLICITÉS

Présidents : HÉLÈNE DE GUNZBOURG et BENOÎT LE GOEDEC

ANTHROPOLOGIE MARIE-HÉLÈNE VERHOEVEN*; HISTORIENS MARIE-FRANCE MOREL*, JACQUES GÉLIS* HISTOIRE DE LA PSYCHANALYSE ELISABETH ROUDINESCO*; SOCIOLOGUES ET SAGE-FEMMES CÉLINE PUILL*, MAÏ LE DU*; PHILOSOPHES CLAUDE BIRMAN*, BERTRAND QUENTIN*, BRICE DE MALHERBE*

Des journées du centre de Formation des Editions ESKA de la revue DO, organisées avec le concours de l'association «Je suis la sage-femme»
Inscription CFEÉ adressée aux Editions ESKA-CONGRÈS

Contacts : Serge KEBABTCHIEFF – Céline GAZET, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél. : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35 - E-mail : congres@eska.fr - Site : www.eska.fr



III^e Congrès **“JE SUIS LA SAGE-FEMME”** 2016

L'actualité de ces derniers mois fut dramatique et questionnante pour nous tous. Nul d'entre nous n'a de réponses toutes faites et ceux qui en proposent sont de la pire espèce : haine, fermeture à l'autre, repli sur une identité illusoire.

Par ailleurs une catastrophe écologique a lieu, dont nous avons tous conscience et qui pose aux sages-femmes une nouvelle question : comment accueillir les nouveaux venus dans ce nouveau monde ? Ceci bien sûr nous incite à poursuivre notre réflexion avec les sages-femmes au cœur d'un questionnement citoyen sur la liberté, la fraternité, l'ouverture et l'accueil de l'autre.

Nous gardons le choix de nous adresser aux sciences humaines ainsi qu'aux artistes, contemporains ou non, plutôt qu'aux sciences dites dures.

Notre questionnement reste ouvert et s'adresse aussi bien aux sages femmes qu'à tous ceux qui s'intéressent à la naissance.

Mardi 6 décembre

1^{re} Session : Mythes, Histoire, Société

Toute naissance comme toute révolution qui accouche d'un nouvel ordre du monde est violente mais il faut une sage-femme pour la médiatiser.

1. Réflexion sur les origines de la violence et du sacré, la violence mimétique
2. Mythes de la naissance et violence
3. Histoire : violence dans la naissance
4. Sorcières et sages-femmes

2^e Session : Violence, religieux et politique

1. «Tu enfanteras dans la douleur» :Réflexion sur la violence et le religieux
2. Violence politique et religieuse la sage-femme témoin et acteur
3. L'arrivée d'un nouvel être humain est la naissance de l'amour, de la haine, et de la culture : premières séparations, premiers morts, premiers rites, premières caresses
4. Divinisation ou fétichisation de l'enfant
5. Art cirque ou théâtre ou danse

Mercredi 7 décembre

3^e Session : Violence, nature et corps

1. La sage-femme face à la «catastrophe écologique» et à la transformation de la nature
2. Violence et corps : Violence des corps exercée ou subie, gestes, mots, silences, actes y at-t-il une naissance sans violence ?

Ateliers

1. La violence institutionnelle et obstétricale
2. Violence et nouveau-né
3. La violence et les mots, les rythmes et les gestes
4. Violences faites aux femmes



Journée du Centre de Formation des Editions ESKA
Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRÈS
Contacts : Serge KEBABTCHIEFF – Céline GAEZET 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél. : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35 - E-mail : congres@eska.fr - Site : www.eska.fr
AGRÉÉ PAR LE CONSEIL RÉGIONAL DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE - CFEE : N° 11753436775



L'Arcade Sages-femmes

Si vous avez l'occasion de passer à Genève en Suisse, au bout du lac Léman, venez vous balader dans le quartier Plainpalais/ Jonction pour nous rendre visite et voir ce que les sages-femmes y font. À quelques pas d'un bâtiment moderne de l'Université, le long d'un boulevard avec d'anciennes maisons typiques, vous trouverez une sorte de boutique. Poussez la porte et venez découvrir notre arcade – l'Arcade Sages-Femmes¹.

VISITE DES LIEUX

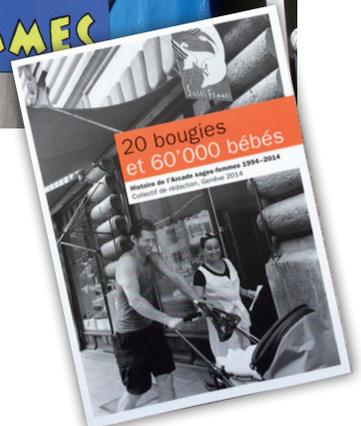
Aux heures d'ouverture pour le public, vous entrez du côté de l'accueil des parents et arrivez comme dans un salon. Il y a notre bibliothèque avec tous les sujets imaginables autour de la parentalité, nos brochures et nos flyers, le canapé pour vous installer en attendant qu'une des sages-femmes s'occupe de vous. À l'arrière de la "boutique", il y a notre salle de pesée, équipée de deux balances, de canapés et de fauteuils pour allaiter, rester et bavarder.

Des bureaux, une salle de consultation, une salle de réunion et la grande salle de cours font également partie de nos locaux, aménagés en fonction de nos besoins et rénovés progressivement.

Le salon



Livre sorti à l'occasion des 20 ans de l'Arcade



LES ORIGINES DE L'ARCADE

Retrouvez, dans l'encadré page suivante, quelques informations sur l'historique de l'Arcade, qui débute en 1994...

NOTRE ASSOCIATION ACTUELLE

Aujourd'hui, 22 ans plus tard, cette association tient une place importante sur la place de Genève, ville et canton en même temps. Le nombre des sages-femmes actives s'y est multiplié : fin 2015, nous étions 50 membres actifs sur le terrain. Et nous sommes toujours autogérées, cela veut dire que toutes les décisions importantes se prennent en assemblée générale, 8 fois par année. Le comité d'au moins 5 membres et le Bureau avec une administratrice et une secrétaire organisent les sujets et préparent les assemblées – c'est ensemble que nous discutons et décidons.

Sous cette forme autogérée et avec cette durée d'existence, le projet est unique en Suisse et probablement ailleurs. L'Arcade foisonne, est en mouvement



HISTOIRE DE L'ARCADE SAGES-FEMMES

Dès 1940 la généralisation des accouchements en milieu hospitalier semble sonner le glas des accouchements à domicile et, avec eux, de l'activité des sages-femmes indépendantes.

De 1940 à 1970 à Genève, seules deux ou trois sages-femmes continuent de travailler au domicile des femmes.

En 1970 le mouvement des femmes parle de réappropriation du corps et dénonce la médicalisation de la naissance. S'ensuit une nouvelle vague de demandes d'accouchements à domicile. Des sages-femmes, issues elles aussi de ce mouvement, s'organisent pour mieux informer et servir les parents de la population genevoise.

À cette époque, l'assurance maladie ne rembourse pas systématiquement les visites à domicile effectuées par les sages-femmes. Cette situation perdurera jusqu'en 1987, date de la première Convention entre les sages-femmes et les assureurs.

1978 voit naître le Dispensaire des femmes et la possibilité pour les femmes enceintes d'être accompagnées par la même sage-femme pendant la grossesse, l'accouchement à domicile parfois, et les suites de couches. Dans ce lieu de pratique alternative, sont également proposées des consultations de gynécologie, de planning familial et de pédiatrie. Le Dispensaire des femmes va poursuivre ses activités jusqu'en 1987.

En 1981 deux sages-femmes fondent le Centre de Préparation à la Naissance. Une chance pour les futurs parents.

En 1983 pour répondre à la demande de certaines femmes qui désirent accoucher à l'hôpital sans devoir y rester (6 jours à l'époque), un collectif de sages-femmes met sur pied un service d'"Assistance pré et postnatale" (APN) et crée la première permanence téléphonique de sages-femmes en Suisse. Les sages-femmes répondent bénévolement aux questions des femmes 365 jours par an et gèrent aussi les demandes de visites à domicile issues des femmes elles-mêmes et de la Maternité. Le collectif reçoit une subvention de la Ville de Genève (CHF 25'000.-) pour ce service qui suffit à peine à couvrir les frais de fonctionnement.

Les sages-femmes membres de l'APN font l'expérience passionnante mais pas toujours facile de l'activité indépendante. Le recours aux sages-femmes indépendantes n'est pas encore entré dans les mœurs et les prestations des sages-femmes ne sont toujours pas prises en charge de manière systématique par les assurances.

En 1987 les sages-femmes de l'APN et la section genevoise de la Fédération Suisse des Sages-Femmes font aboutir une convention avec les caisses maladie. Les sages-femmes ont enfin un tarif qui fixe le prix de leurs prestations et les femmes assurées voient leurs consultations enfin remboursées.

1988 voit l'ouverture d'un cabinet de sages-femmes: le Cabinet de la rue Voltaire. Il représente la suite de l'expérience qui a fait ses preuves pendant 10 ans au Dispensaire des femmes.

En 1992 naît une nouvelle association de sages-femmes indépendantes, en plus de l'APN (Assistance pré et postnatale): l'ASFAM (Association des sages-femmes à la maison). Les membres de cette association se distinguent des membres de l'APN par le fait qu'elles pratiquent aussi les consultations de grossesse physiologique et l'accouchement à domicile.

Durant cette même année, les deux associations APN et ASFAM se réunissent sous un même nom afin d'offrir un front commun pour entamer le dialogue avec les pouvoirs publics. Elles ont en effet le projet d'ouvrir des locaux. C'est ainsi que naît l'ASFAD (Association des sages-femmes à domicile).

En 1994 l'ASFAD ouvrira l'Arcade des sages-femmes dans le quartier de la Jonction. La réunion d'une grande partie des sages-femmes indépendantes genevoises en un seul lieu permet de mieux gérer les demandes de soins à domicile et le développement d'activités de prévention.

Depuis 1996 l'Arcade sages-femmes reçoit une subvention de l'État pour ses prestations de santé publique (permanence téléphonique, accueil, groupes d'information et de soutien).

En 1998 l'Arcade entre en négociation avec la maternité pour mettre sur pied un projet intitulé "Bien Naître", né sous l'impulsion de quelques usagères de l'Arcade réunies en Association. Ces usagères demandaient la possibilité d'accoucher à la maternité avec la sage-femme indépendante qui les prendrait en charge pour la grossesse, la préparation à la naissance et le post-partum. Cette prestation est acceptée en septembre 1999.

De 1994 à 2015 voilà 21 ans que l'Arcade fonctionne à Genève. Les sages-femmes de l'Arcade sages-femmes ont toutes la préoccupation de "mettre les femmes au centre", ainsi que les enfants et les pères. Cela signifie qu'elles s'emploient à rendre les femmes aussi autonomes que possible en les aidant à définir ce qu'elles désirent en matière de suivi de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum, et en les accompagnant autant que possible dans leurs choix. Elles tentent de travailler en utilisant au maximum les ressources des femmes. L'idée implicite est de restituer à la femme ce qui lui appartient: son pouvoir d'être mère.

REPORTAGE

Par HEIKE EMERY, SAGE-FEMME

permanent, réalise de nouveaux projets et contribue à la prise en charge des futurs comme des jeunes parents sur la place de Genève.

NOS OBJECTIFS

Depuis toujours, le soutien de la physiologie de la grossesse et de l'accouchement est le sujet phare de notre association. De ce fait, nous proposons différents types de suivi par les sages-femmes, idéalement pour assurer une continuité du suivi par la même sage-femme de la conception à la fin de la période d'allaitement. Les accouchements à domicile, les accouchements avec une sage-femme agréée et les accouchements en maison de naissance sont proposés par certains de nos membres même si, dans l'ensemble, les naissances en milieu hospitalier représentent largement la majorité, à Genève comme ailleurs en Suisse.

Il y a aussi le souci permanent d'offrir des soins à l'ensemble de la population, très diversifiée à Genève avec tous les niveaux sociaux et à cause de son caractère international (environ 40 % d'étrangers). Il est très utile de savoir parler plusieurs langues, même si depuis quelques années, nous pouvons faire appel aux interprètes communautaires quand nous ne partageons aucune langue avec les familles.

NOS PRESTATIONS PUBLIQUES ET PRIVÉES

Pour mieux comprendre notre fonctionnement d'indépendantes en association, il faut séparer nos activités en deux parties: d'un côté, chaque sage-femme membre a sa pratique indépendante avec des soins qu'elle facture aux assureurs maladie selon une convention établie. De l'autre, chacune participe aux activités associatives de l'Arcade comme la permanence téléphonique 7/7, les accueils 6/7, les différents cours et des séances de santé publique. Pour cette partie, nous recevons une subvention de la République et Canton de Genève, ce qui nous permet d'être reconnues d'utilité publique et d'être rétribuées pour ces heures-là. Depuis quelques années, un contrat de prestation sur une durée de quatre ans est lié à la subvention octroyée.

Pour ne pas dépendre entièrement de cette contribution financière, nous avons toujours maintenu le principe d'une participation financière de chacune aux frais de l'Arcade, comme le loyer, les salaires des femmes de ménage, de la secrétaire et de l'administratrice. Nous achetons également du matériel médical que chacune peut utiliser et pouvons réserver les différentes salles pour donner des cours et faire des consultations et des réunions. Selon les besoins de l'Arcade, nous calculons et réévaluons le pourcentage de notre chiffre d'affaires (entre 5-7 %) que nous versons à notre association.

NOS ENGAGEMENTS

Depuis les débuts de l'Arcade Sages-Femmes, nous nous engageons à prendre en charge toutes les sorties des différents lieux hospitaliers genevois 365/365 (en 2015, plus de 6000 naissances dans le Canton de Genève,



↳ L'accueil

dont plus de 4 300 situations transmises à l'Arcade). En général, nous rencontrons les femmes enceintes ou les jeunes mères le lendemain de leur retour à domicile pour la première visite. Dans certains cas, que nous espérons plus nombreux, nous connaissons la femme déjà avant l'accouchement parce qu'elle a eu un suivi de grossesse, des consultations de grossesse sur ordre médical, un entretien prénatal, ou parce qu'elle a participé à nos cours.

LA RÉALITÉ GENEVOISE

Actuellement à Genève, les femmes quittent l'hôpital, généralement au troisième jour après un accouchement par voie basse et au quatrième jour après une césarienne. Elles peuvent cependant aussi choisir une sortie ambulatoire (dans les 48 heures après l'accouchement).

En 2015, nous avons réalisé 22 000 visites postnatales à domicile et 1 650 consultations de grossesse physiologique ou sur ordre médical³. La gestion des demandes se fait par notre système d'intranet qui permet aussi de gérer les disponibilités des sages-femmes et les plannings. Les visites se font dès le lendemain de la sortie d'hôpital et donnent lieu à un suivi personnalisé de chaque famille dans son contexte culturel, social et relationnel et dans le champ très large des compétences d'une sage-femme extra-hospitalière.

↳ À chaque femme sa sage-femme



Du côté des bébés, les soins de base, la surveillance clinique des ictères ou avec flash ou bilirubinémie en fait partie, tout comme le test de Guthrie, la surveillance pondérale du nouveau-né et bien entendu tout l'accompagnement de l'allaitement. Le suivi de la femme comprend la surveillance de routine du post-partum, les soins des cicatrices du périnée ou de la césarienne, l'état général physique et psychique et la relation mère-bébé ainsi que le contexte familial. Une partie importante est consacrée à la prévention, par exemple, avec des conseils à la parentalité, des conseils alimentaires, des exercices du périnée, l'information sur la contraception et la reprise des rapports du couple ainsi que sur les lieux de consultations spécifiques selon les difficultés rencontrées.

En Suisse, chaque femme peut prétendre aux soins d'une sage-femme à domicile, sans indication médicale et sans prescription, si elle le désire. Les assurances maladie prennent en charge six consultations de grossesse, l'accouchement à domicile, avec une sage-femme agréée et en maison de naissance et les visites postnatales jusqu'au 56^e jour ou 8 semaines du post-partum selon les circonstances de la naissance: 10 visites pour un accouchement par voie basse à partir du 2^e bébé, et 16 visites pour un premier bébé, les césariennes, les naissances prématurées et les naissances multiples. Trois consultations d'allaitement sont par ailleurs remboursées pendant la période d'allaitement. Si une situation nécessite plus de visites, c'est possible avec une ordonnance médicale.

En tant que professionnelles de la périnatalité, nous disposons à Genève d'un recueil informatique de tous les lieux susceptibles d'aide comprenant des informations comme les coordonnées de base et l'activité principale du lieu, le nom d'un ou d'une responsable à contacter, les tarifs et l'éventuelle prise en charge par les assurances. Ce document⁴ a été élaboré dans le cadre d'un programme contre la dépression périnatale, il y a quelques années, et est réactualisé régulièrement en ligne. La connaissance du réseau médico-social est un atout indéniable dans la prise en charge des situations complexes fréquemment rencontrées et l'Arcade dispose d'un cercle de qualité à ce sujet.

NOS SÉANCES DE SANTÉ PUBLIQUE

Nous pouvons orienter les femmes et familles également vers l'offre des séances en santé publique proposées par l'Arcade. Pendant la grossesse, il y a des séances comme "J'attends un enfant à Genève", la sensibilisation à la naissance, le plan de naissance, la préparation à l'allaitement et les cours de préparation à la naissance en groupe ou individuels, en semaine ou le week-end. Un groupe de pères se réunit une fois par mois avec des sages-femmes, le groupe d'allaitement offre chaque semaine soutien et échanges après l'accouchement et des séances d'information sur l'introduction de l'alimentation diversifiée ont lieu deux fois par mois. Pour pratiquer

une activité physique adaptée à la grossesse et au post-partum, des séances hebdomadaires de marche ont lieu tout au long de l'année. Toute cette offre traduit notre motivation d'offrir un lieu et des soins destinés à la santé périnatale dans notre canton.

NOS COURS

Par ailleurs, de nombreux cours, payants cette fois, de gym-ballon, gymnastique postnatale, massage-bébés, yoga pré et postnatal par exemple, complètent l'offre proposée à la population et donnent l'opportunité aux sages-femmes membres d'exercer des activités selon leurs compétences et formations complémentaires. Ainsi, chaque membre peut à sa manière contribuer à enrichir l'offre de l'Arcade. Dans ce cadre ont émergé aussi des cours de préparation à la naissance pour les femmes migrantes, en association avec "Appartenances-Genève" et les interprètes communautaires.

LA QUALITÉ

Il est évidemment indispensable d'assurer la qualité de notre travail et pour cela des processus d'assurance qualité ont été mis en place dès le début. Tout au long de l'année, nous procédons à des relevés de fréquentation de la ligne téléphonique et des accueils et régulièrement, nous proposons des questionnaires d'évaluation de satisfaction à notre "clientèle".

Chaque membre fait partie d'au moins un cercle de qualité à l'Arcade. Ces cercles ont comme titre par exemple : la physiologie grossesse et accouchement, les accouchements à domicile, l'allaitement, l'organisation des locaux et des cours, les suivis complexes. Ce dernier a d'ailleurs la particularité d'être un cercle de qualité qui réunit des sages-femmes de l'Arcade, mais aussi une sage-femme anthropologue, une sage-femme de liaison de la Maternité de l'Hôpital Universitaire de Genève ainsi qu'une enseignante de la Haute École de Santé Genève.

L'Arcade offre la possibilité de suivre une supervision professionnelle quatre fois dans l'année. La supervision est un moment utile pour revenir sur des situations difficiles, afin de mieux les comprendre et de trouver des nouvelles pistes pour les gérer.

Bien évidemment, nous devons aussi répondre aux normes et règles liées au contrat de prestations dans le cadre de notre subvention.

LA FORMATION DES SAGES-FEMMES

Depuis toujours, nous avons à cœur d'offrir un espace de formation en milieu indépendant pour les étudiantes sages-femmes. La formation en Haute École comprend maintenant une partie fixe de stages chez les sages-femmes indépendantes et quelques sages-femmes de l'Arcade se sont formées comme praticiennes-formatrices pour encadrer les étudiantes par rapport aux exigences d'évaluation, mais chaque sage-femme peut participer à offrir aux étudiantes des visites et des consultations ensemble pour "plonger" dans la pratique du terrain.

Pour les jeunes femmes qui envisagent la formation de sage-femme, nous offrons une à deux fois par année un temps d'accueil à l'Arcade pour les informer et répondre à leurs préoccupations.

Parler formation veut aussi dire que nous-mêmes sommes tenues de nous perfectionner et suivre des formations continues. Ainsi, les membres de l'Arcade peuvent suivre les formations internes sur des sujets variés, en lien avec notre pratique, mais également chercher du côté des formations proposées par la Fédération Suisse des Sages-Femmes⁵ et par d'autres institutions.

NOS TENDANCES ACTUELLES

Depuis environ 3 ans, certaines collègues développent des liens plus étroits avec les communes périphériques du Canton de Genève. Nous sommes conscientes du fait que pour certaines familles, se rendre au centre-ville avec ou sans voiture relève de l'expédition. Pour mémoire, Genève est une ville qui se situe au bout du lac Léman, entourée de l'Ain et de la Haute Savoie, avec un trafic très chargé de pendulaires. Pour Versoix, petite ville de 13 500 habitants et les communes environnantes, des accueils hebdomadaires se déroulent à la ludothèque locale et les sages-femmes sont maintenant intégrées au réseau social et de la petite enfance. À Vernier, une collègue a également initié une structure avec des accueils et un échange-troc d'affaires de bébé, en collaboration avec la commune. D'autres initiatives dans ce sens sont en train de s'élaborer, toujours dans le souci de pouvoir être présentes auprès des familles aux moments si importants, et parfois si fragiles, du début de la parentalité. ■

NOTES

1. www.arcade-sages-femmes.ch
2. www.arcade-sages-femmes.ch/asf/downloads/ARCADE%20SF.mov
3. www.arcade-sages-femmes.ch/asf/downloads/ASF_RA2015_web.pdf
4. www.ge.ch/depression
5. www.sage-femme.ch

Ouvrez vos yeux !



Souriez !

Equipez-vous aux meilleurs prix

Equipez-vous à prix Dolphi !

**Si malgré nos efforts, vous trouvez ailleurs
un meilleur rapport qualité / prix / service
Contactez-nous !**

Votre boutique en ligne : www.dolphitonic.com

**Consultez-nous pour nos packages hors site
Monitos, Rééducation, Echographie, Bilirubinomètres
Cabinets complets**

Tél : (33) 02 28 10 82 82 Fax : (33) 02 28 10 83 84 Mail : dolphitonic@orange.fr



infogyn

Pau



6 - 7 - 8 oct 2016

Le rendez-vous d'octobre dans le cadre magique du Palais Beaumont

Rejoignez les 1300 sages-femmes et médecins venus de toute la France

Visitez une exposition unique de matériel médical

Participez à la soirée des congressistes, chaleureuse et festive

Un programme élaboré avec vous et pour vous

en partenariat avec :

- les écoles de sages-femmes
- le Collège National des Sages-Femmes

Gynécologie

- Choix en contraception
- Contraception : nouveau dispositif transdermique
- Ateliers de pose de DIU
- Emotions, système digestif et périnée
- Microbiotes et probiotiques dans la vie des femmes
- Traitement de l'IU de la femme : quoi de neuf ?
- L'anorexie mentale
- Syndrome génito-urinaire : un mal-être négligé de la femme
- Indication, pose et retrait de Nexplanon®
- Gynécologie pratique : conduites à tenir en contraception
- Ateliers de Sexologie
- Prolapsus génital : pratiques utiles et aléatoires

Obstétrique

- Voyager pendant la grossesse
- Pathologies auto-immunes et grossesse
- L'intérêt du magnésium en obstétrique
- Allaitement, psychologie et sexualité : des points clés du post-partum
- Le DPNI en 2016
- Hémorragies du post-partum
- L'échographie obstétricale en 2016
- Le tissu conjonctif : son rôle dans la rééducation périnéale
- La grossesse et ses risques après 42 ans
- Séance de préparation corporelle pour la femme enceinte
- Ateliers de sutures périnéales sur modèle animal
- Nouveautés sur la prise en charge des douleurs et de la cicatrisation du post-partum
- Sage-femme et dystocie : épaules, siège inopiné
- Risque thrombo-embolique chez la femme enceinte et en post-partum
- Nutrition de la mère et du nourrisson
- Sessions d'échographie et de médecine fœtale

Validez votre DPC en vous inscrivant à l'une des 7 sessions à orientation maïeutique



Programme et inscription en ligne www.journees-infogyn.com



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Tumeurs bénignes du sein

TEXTE COURT

Introduction

La prise en charge des tumeurs bénignes du sein est peu codifiée et ne fait pas l'objet de travaux de synthèse pour la rédaction de recommandations pour la pratique clinique (RPC), au contraire des tumeurs malignes du sein qui font l'objet de nombreuses recommandations nationales ou internationales. Ce texte est la synthèse des RPC du groupe de travail réuni par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français pour la prise en charge des tumeurs bénignes du sein, en dehors du contexte de grossesse et du post-partum^[1]. L'élaboration de ces RPC répond aux normes fixées par la Haute Autorité de Santé avec des relectures internes et externes au groupe de travail^[2-5]. Ces RPC ont pour but d'aider le praticien (gynécologue-obstétricien, gynécologue médical, chirurgien, radiologue, pathologiste, médecin généraliste) à prendre en charge une patiente qui présente un symptôme clinique, un signal radiologique, ou un signal histologique du sein.

Prise en charge d'un syndrome de masse clinique non-inflammatoire du sein^[6]

Une masse clinique du sein est définie par une anomalie objectivée à la palpation (associée ou non à une modification à l'inspection) occupant un volume dans le sein. Une masse palpable du sein est une situation clinique fréquente, qui correspond dans la majorité des cas à une lésion bénigne sous-jacente (NP3). L'incidence des pathologies mammaires bénignes commence à augmenter au cours de la deuxième décennie avec des pics d'incidence entre 30 et 50 ans (NP3), par opposition aux pathologies malignes, où l'incidence continue d'augmenter après la ménopause,

MOTS-CLÉS

tumeur bénigne du sein, mammographie, échographie, histologie, classification BI-RAD.

avec un âge médian au diagnostic de 63 ans (NP3). L'exploration d'une masse palpable du sein comprend au minimum une inspection mammaire bilatérale et symétrique à la recherche de modifications de la forme du sein, de modifications de la

plaque aréolo-mamelonnaire (PAM), ou de modifications de la peau, et une palpation mammaire associée à l'exploration des aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires (Grade C). Un certain nombre de signes cliniques est significativement associé

Vincent Lavoué¹, Xavier Fritel², Martine Antoine³, Françoise Beltjens⁵, Sofiane Bendifallah⁶, Martine Boisserie-Lacroix⁷, Loïc Boulanger⁸, Geoffroy Canlorbe⁹, Sophie Catteau-Jonard¹⁸, Nathalie Chabbert-Buffet¹⁰, Foucauld Chamming's¹¹, Élisabeth Chéreau¹², Jocelyne Chopier¹³, Charles Coutant¹⁴, Julie Demetz¹⁵, Nicolas Guilhen¹⁶, Raffaele Fauvet¹⁷, Olivier Kerdraon¹⁹, Enora Laas²⁰, Guillaume Legendre²¹, Carole Mathelin²², Cédric Nadeau²³, Isabelle Thomassin Naggara²⁴, Charlotte Ngô²⁵, Lobna Ouldamer²⁶, Arash Rafii²⁷, Marie-Noëlle Roedlich²⁸, Jérémy Seror²⁹, Jean-Yves Séror³⁰, Cyril Touboul³¹, Catherine Uzan³², Émile Daraï⁹, on behalf of the Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français.

1, CHU de Rennes, Service de Gynécologie, France ; ER440, Oncogenesis, Stress and Signaling, Labelisé INSERM, CRLCC Eugène Marquis, Rennes, France ; Université de Rennes 1, France.

2, Université de Poitiers, CIC 1402, CHU de Poitiers, Poitiers. CESP Inserm U1018, Kremlin-Bicêtre, France

3, Service d'anatomo-pathologie, Hôpital Tenon, 4 rue de la Chine, 75020 Paris, France.

4, Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction. Hôpital Tenon, AP-HP, 4 rue de la Chine, 75020 PARIS, France. Inserm UMRS938

5, Service d'anatomo-pathologie, Centre Régional de Lutte contre le cancer Georges-François Leclerc, Dijon, France

6, Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction. Hôpital Tenon, AP-HP, 4 rue de la Chine, 75020 PARIS, France. INSERM UMRS707

7, Service de radiologie, Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Bergognié, Bordeaux. France

8, Service de gynécologie-obstétrique, Hôpital Jeanne de Flandre, Lille, France.

9, Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction. Hôpital Tenon, AP-HP, 4 rue de la Chine, 75020 PARIS, France. Inserm UMRS938

10, Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction. Hôpital Tenon, AP-HP, 4 rue de la Chine, 75020 PARIS, France.

11, Service de radiologie, Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, 15, rue Leblanc, 75015 Paris, France.

12, Service de chirurgie, Centre régional de lutte contre le cancer Paoli Calmettes, Marseille, France.

13, Service de radiologie. Hôpital Tenon, AP-HP, 4 rue de la Chine, 75020 PARIS, France.

14, Service de chirurgie, Centre Régional de Lutte contre le cancer Georges-François Leclerc, Dijon, France.

15, Service de gynécologie-obstétrique, Hôpital Jeanne de Flandre, Lille, France.

16, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Poitiers, 2 rue de la Milétrie, BP 577, 86021 Poitiers Cedex, France

17, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Caen, Avenue de la Côte de Nacre 14 033 Caen Cedex 09, France. Université de Basse-Normandie. INSERM U1199. BIOTICLA

18, Service de gynécologie endocrinienne, Hôpital Jeanne de Flandre, Lille, France.

19, Service d'anatomo-pathologie, Hôpital Jeanne de Flandre, Lille, France.

20, Service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction. Hôpital Tenon, AP-HP, 4 rue de la Chine, 75020 PARIS, France.

21, Service de gynécologie obstétrique, CHU d'Angers, France. CESP INSERM U1018.

22, Unité de sénologie, CHRU Strasbourg, Hôpital de Hautepierre, Avenue Molière 67200 Strasbourg, France

23, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Poitiers, 2 rue de la Milétrie, BP 577, 86021 Poitiers Cedex, France

24, Service de radiologie. Hôpital Tenon, AP-HP, 4 rue de la Chine, 75020 PARIS, France. 25, Service de chirurgie oncologique, gynécologique et du sein, Hôpital Européen Georges Pompidou, AP-HP, 15, rue Leblanc, 75015 Paris, France. Université Paris-Descartes, Paris, France.

26, Département de gynécologie. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours. Hôpital Bretonneau. 2 boulevard Tonnellé. 37044 Tours. France. Faculté de Médecine François-Rabelais. 37044 Tours. France. Unité INSERM 1069, 37044 Tours. France.

27, Service de gynécologie obstétrique, CHU de Montpellier, France.

28, Service de radiologie, Hôpital Hautepierre, 1 av Molière, 67100 Strasbourg, France.

29, Cabinet médical, 146 Avenue Ledru Rollin, 75011 Paris, France.

30, Imagerie Duroc, Boulevard du Montparnasse, 75006 Paris, France.

31, Service de gynécologie-obstétrique, CHI 40, avenue de Verdun, 94000 Créteil, France.

32, Service de chirurgie et cancérologie gynécologique et mammaire. AP-HP Pitié-Salpêtrière. 83, Bd de l'Hôpital. 75013 Paris, France. Université Pierre et Marie Curie, Paris 6, France.

à une pathologie maligne comme une modification mamelonnaire unilatérale, une adénopathie axillaire, des contours irréguliers, un écoulement mamelonnaire, sans qu'aucun signe clinique ne soit suffisamment spécifique pour une étiologie bénigne ou maligne (NP2).

En cas de découverte d'une masse palpable du sein, il est recommandé de réaliser une imagerie du sein (Grade B).

En cas de masse palpable, l'association d'une mammographie et d'une échographie bidimensionnelle présente des seuils de sensibilité et de valeur prédictive négative (VPN) excellents (proches de 100 %) pour éliminer un cancer (NP3). Ces seuils sont supérieurs à ceux de la mammographie et de l'échographie prise individuellement pour diagnostiquer un cancer (NP3). En cas de masse palpable, l'élastographie statique en complément de l'échographie conventionnelle diminue le taux de biopsies inutiles (NP2) et l'élastographie de cisaillement augmente la spécificité de l'échographie seule pour le diagnostic de cancer (NP3). Une IRM mammaire en cas de masse palpable et de normalité de la mammographie et/ou de l'échographie présente une valeur prédictive négative (VPN) de 100 % mais une valeur prédictive positive (VPP) de 25 % pour le diagnostic de cancer (NP 4).

Dans l'exploration d'un syndrome de masse palpable, il est recommandé de réaliser au moins une échographie (Grade B). La mammographie est associée à l'échographie en fonction du contexte clinique (âge de la patiente, les antécédents personnels et familiaux, l'examen clinique).

Exploration d'une inflammation du sein (mastite) [7]

Une inflammation du sein ou mastite est définie par un sein rouge et chaud, très souvent associé à des douleurs. L'inflammation du sein est une présentation clinique rare et représente moins de 1 % des pathologies mammaires (NP3). Il existe de nombreuses étiologies qui peuvent être regroupées en trois catégories diagnostiques : malignes, infectieuses, et inflammatoires non-infectieuses. Un certain nombre de signes cliniques sont significativement associés à une pathologie maligne comme une peau d'orange, une

localisation supéro-externe, les antécédents personnels et familiaux de cancer du sein, un âge plus avancé (après 50 ans) sans qu'aucun de ces signes cliniques ne soit suffisamment spécifique pour affirmer un cancer ou une lésion bénigne du sein (NP4).

Il est recommandé de réaliser une imagerie du sein en cas d'inflammation du sein (Grade C).

L'échographie permet d'apporter des signes pouvant orienter d'emblée vers un cancer inflammatoire comme une masse et la présence d'adénopathies suspectes (NP3). La mammographie permet également de voir des signes inflammatoires suspects comme une épaisseur diffuse de la peau ou une masse et des microcalcifications, mais elle est moins spécifique que l'échographie et plus difficile à interpréter chez des patientes jeunes de moins de 30 ans (NP3). L'IRM est l'examen le plus sensible (>95%) car elle apporte une combinaison de signes et de données dynamiques (NP3). Une volumineuse masse, l'infiltration du muscle grand pectoral et l'œdème périphérique, prépectoral et pectoral sont des signes suspects de cancer à l'IRM (NP3). Le traitement antibiotique d'épreuve est le traitement de première intention des inflammations du sein lorsqu'il n'existe pas de signe immédiat de cancer inflammatoire (NP4).

Dans l'exploration d'un sein inflammatoire, il est recommandé de réaliser une échographie mammaire avec exploration des aires axillaires ainsi qu'une mammographie (Grade C). La mammographie pourra être différée en cas de douleur importante. En l'absence de lésion suspecte à l'imagerie, il est recommandé un traitement antibiotique d'épreuve (Grade C). En cas d'échec d'un traitement d'épreuve par antibiotique, il est recommandé de réaliser une biopsie après imagerie du sein (Grade B). En cas de persistance de la mastite inflammatoire, même après biopsie ou traitement d'épreuve antibiotique, il est recommandé de réaliser une IRM (Grade C).

Prise en charge des mastites inflammatoires et infectieuses du sein [8]

On distingue les mastites infectieuses aiguës (abcès du sein) des mastites chro-

niques qui peuvent être infectieuses ou non-infectieuses.

Les abcès péri-aréolaires sont la forme clinique d'abcès non-puerpéraux la plus fréquente (90 %) ; ils sont cependant rares, représentant 1 à 2 % des pathologies mammaires symptomatiques, et surviennent le plus souvent chez la femme jeune (âge moyen de 40 ans). Le tabagisme est un facteur de risque de développer un abcès péri-aréolaire (NP3) et un facteur de récurrence (NP4). En cas d'abcès rétro-aréolaire, l'arrêt de l'intoxication du tabagisme pourrait diminuer le risque de récurrence.

Le *staphylococcus aureus* est le pathogène le plus souvent impliqué (32 à 79 % des cas) (NP4). En cas de culture bactériologique stérile sur milieu standard, des germes comme les mycobactéries ou les germes anaérobies peuvent être retrouvés.

En cas d'abcès résistant au traitement ou récidivant, lorsque les cultures sont stériles, la recherche de germes spéciaux (mycobactéries et anaérobies) sur des milieux spécifiques pourrait être utile.

En cas d'abcès du sein, l'aspiration/drainage à l'aiguille est équivalente à la chirurgie en termes de récurrence pour les abcès de moins de 5 cm (NP4). Compte tenu du caractère moins invasif de l'aspiration/drainage par rapport à la chirurgie,

il est recommandé de réaliser en première intention une aspiration/drainage à l'aiguille pour les abcès de moins de 5 cm, en y associant une antibiothérapie (Grade C).

Les données ne sont pas suffisantes pour recommander une durée particulière d'antibiothérapie même si la plupart des auteurs proposent 7 à 10 jours de traitement. Pour les abcès de plus de 5 cm, les données ne sont pas suffisantes pour recommander une chirurgie première ou une aspiration/drainage.

La présentation initiale d'un cancer du sein sous forme d'abcès est rare (NP4).

Il n'est pas recommandé de prise en charge chirurgicale d'un abcès du sein, uniquement à visée histologique (Grade C). Un abcès du sein révélant un cancer du sein sous-jacent est toujours associé à une masse (NP4). En présence d'un abcès, il est recommandé de réaliser une biopsie en cas de masse ou de symptomatologie persistante (Grade C).



La mastite granulomateuse idiopathique (MGI) est une pathologie rare, représentant moins de 0,5 % à 1,8 % des mastopathies ⁽⁶⁷⁾. Il s'agit d'une pathologie quasi-exclusive de la femme jeune en période d'activité génitale (âge moyen 32 ans) ⁽⁶⁸⁾, même si d'exceptionnels cas ont été décrits chez l'homme ⁽⁶⁹⁾, chez des adolescentes, ou des femmes ménopausées ^(70,71). Son diagnostic est histologique : il s'agit d'une inflammation granulomateuse épithélioïde et géiganto-cellulaire du parenchyme mammaire. En cas de mastite granulomateuse du sein diagnostiquée à l'histologie, il semble utile de rechercher une étiologie : infection par corynébactéries, tuberculose, maladie de système (sarcoïdose, maladie de Wegener...). En l'absence d'autre étiologie identifiée, il s'agit d'une mastite granulomateuse idiopathique (MGI). L'étiopathogénie de la MGI est mal définie. Cliniquement, la MGI se présente généralement sous forme de masses inflammatoires (forme pseudo-tumorale dans 55 à 100 % des cas), souvent douloureuses (11 à 96 % des cas). Une forme abcédée est également possible, avec un écoulement dans 7 à 16 % des cas. Différentes options thérapeutiques ont été proposées. L'abstention thérapeutique n'a été étudiée que sur des cas cliniques et les critères permettant de choisir cette option ne sont pas définis. La chirurgie permet une résolution plus rapide des symptômes, sans empêcher la récurrence de la MGI (NP4). La corticothérapie semble moins invasive en première intention.

La mastite à plasmocytes est définie histologiquement par un infiltrat inflammatoire à nette prédominance plasmocytaire, abondant et diffus, entourant des canaux extra-lobulaires et des lobules. Une réaction macrophagique peut être associée, en rapport avec une résorption de débris intra-canaux épithéliaux et lipidiques induits par l'inflammation. Des lymphocytes et des polynucléaires neutrophiles peuvent être présents, constituant des contingents mineurs de l'infiltrat inflammatoire. La mastite à plasmocytes est à rapprocher de l'ectasie canalaire et de la galactophorie ectasique. En effet, certains auteurs distinguent ces entités mais d'autres les considèrent comme des stades évolutifs différents de la même maladie ou des présentations différentes d'un même processus pathologique. La fréquence de ces entités histologiques varie en fonction des séries : 1,1% des

patientes présentant un symptôme mammaire à 12,3 % des patientes avec une histologie pour une chirurgie mammaire dont 1/3 étaient symptomatiques avaient une ectasie canalaire (NP4). Les patientes avec ectasie canalaire sont plus âgées (moyenne 58 ans) que les patientes avec une mastite à plasmocytes (moyenne d'âge 33 ans). Les facteurs de risque de la mastite à plasmocytes sont l'hyperprolactinémie (NP4), le tabagisme (NP2), et les infections bactériennes (NP4). Concernant l'ectasie canalaire, aucun facteur de risque n'a été identifié. La symptomatologie de la mastite à plasmocytes correspond à des douleurs, une masse juxta-aréolaire, une rétraction du mamelon, un écoulement mamelonnaire. La mastite à plasmocytes se manifestant par des masses péri-aréolaires inflammatoires a tendance à récidiver. En cas de mastite à plasmocytes, l'antibiothérapie à large spectre semble inefficace et l'intervention chirurgicale peut se compliquer d'une infection, de récurrences et d'une fistule mamelonnaire (NP4).

En dehors d'une suspicion de malignité nécessitant une chirurgie, il est recommandé l'abstention thérapeutique en première intention dans le traitement de la mastite à plasmocytes (Grade C).

Prise en charge d'un écoulement mamelonnaire uni ou bilatéral du sein ^[9]

Un écoulement mamelonnaire (EM) est défini par une extériorisation de liquide d'un ou des deux mamelons. Il peut provenir d'un seul pore (unipore) ou de plusieurs et peut avoir une couleur et un aspect variables. Il peut être spontané ou provoqué et survient en dehors de la lactation ou de la période du post-partum. Les galactorrhées sont considérées comme physiologiques pendant et après une grossesse et jusqu'à un an après un éventuel allaitement.

Les EM lactescents, multipores, provoqués, bilatéraux peuvent avoir une cause endocrinologique (adénome pituitaire, hypothyroïdie primitive, production ectopique de prolactine dans certains carcinomes bronchogéniques et en cas de désordres hypothalamiques) et justifient donc d'un dosage de la prolactinémie associé ou non à un bilan hormonal complémentaire (Grade C). Ils peuvent également avoir une

cause pharmacologique, qu'il convient de rechercher à l'interrogatoire. Les autres types d'EM (clairs, hydriques, jaunâtres ou séreux, roses, séro-sanglants ou sanglants) sont considérés comme pathologiques et doivent faire éliminer la présence d'un cancer sous-jacent. L'EM sanglant est le plus prédictif de cancer du sein sous-jacent (NP2). En cas d'EM unipore coloré, notamment sanglant, un diagnostic de lésion invasive est posé dans 5 à 33 % des cas.

La galactographie est plus sensible que la mammographie ou la cytologie pour la détection des lésions intracanaux mais la différenciation entre lésion bénigne et maligne par la galactographie seule est quasi-impossible (NP4). Elle présente comme autre limitation l'impossibilité de détecter des lésions multiples ou des lésions de canaux différents. Il s'agit d'un examen relativement invasif, long à réaliser avec des complications potentielles. La sensibilité de la mammographie en cas d'EM pour détecter un cancer varie de 10 à 68,4 % (NP4). La sensibilité de l'échographie en cas d'EM pour détecter un cancer varie de 20 à 100 % selon les séries (NP4). L'IRM a été considérée sur la dernière décennie comme la meilleure alternative à la galactographie en raison de sa sensibilité élevée (de 50 à 100 %) autant pour les lésions papillaires que pour les lésions malignes tout en ayant l'avantage d'être une technique non invasive (NP4). Il n'existe pas de preuve sur la performance diagnostique de l'analyse cytologique de l'écoulement mamelonnaire pour permettre d'émettre une recommandation sur sa réalisation.

Devant un écoulement mamelonnaire unilatéral unipore non-lactescent, il est recommandé de réaliser une imagerie du sein (Grade B) par mammographie et échographie mammaire en première intention (Grade C). L'IRM est l'examen de 2^e intention lorsque les examens d'imagerie standard ne sont pas contributifs (Grade C).

Devant un écoulement mamelonnaire, lorsque les examens d'imagerie révèlent un signal radiologique associé, un prélèvement biopsique adapté au signal radiologique est recommandé (Grade C). En l'absence de signal radiologique associé, et en cas d'EM sanglant ou séro-sanglant, il est recommandé une chirurgie avec pyramidectomie chirurgicale (Grade C).



Prise en charge d'une lésion cutanée mammaire ^[10]

L'atteinte dermatologique mammaire est peu fréquente. Ces affections concernent essentiellement la plaque aréolo-mamelonnaire (PAM). Toutes modifications cliniques telles qu'une lésion érythémateuse, un prurit, une érosion, une rétraction mamelonnaire peuvent révéler une pathologie maligne du mamelon et/ou du sein. Le mamelon peut être naturellement rétracté. Il est dit ombiliqué s'il est fixé dans cette position ou invaginé s'il est extériorisable. On distingue classiquement l'invagination ou rétraction mamelonnaire où tout le mamelon est touché, de l'inversion du mamelon où seulement une fente est formée dans le mamelon. Ces variations anatomiques normales sont le plus souvent bilatérales, symétriques et anciennes. La rétraction mamelonnaire acquise et unilatérale est significativement associée à un cancer du sein (NP3).

En cas de rétraction mamelonnaire acquise, surtout si elle est unilatérale et récente, il est recommandé de réaliser une imagerie du sein (Grade C),

La lésion de la PAM la plus fréquente est une lésion érythémateuse. Sa description clinique est très variable, sans qu'aucun signe clinique ne soit spécifique d'une étiologie particulière. Les principales étiologies d'une lésion érythémateuse de la PAM sont l'eczéma, la maladie de Paget et l'adénome érosif du mamelon (NP4). Une masse mammaire peut être retrouvée associée à la maladie de Paget. Une maladie de Paget est associée à un carcinome canalaire *in situ* et/ou un carcinome invasif du sein dans un cas sur deux (NP4). L'adénome érosif du mamelon se traduit par un suintement mamelonnaire séreux et sanglant, avec parfois une lésion ulcérée. L'analyse sémiologique de la lésion érythémateuse de la PAM n'a pas une spécificité suffisante vers l'un ou l'autre des diagnostics (NP4).

En cas de lésion érythémateuse de la PAM, un test diagnostique et thérapeutique aux dermocorticoïdes peut être proposé si la clinique oriente vers un eczéma, une réévaluation après le traitement d'épreuve est nécessaire. En cas de lésion érythémateuse persistante de la plaque aréolo-mamelonnaire, il est recommandé la réalisation

d'un prélèvement à visée histologique de la lésion cutanée (Grade C). En cas de maladie de Paget associée, une recherche d'un carcinome du sein associé est à réaliser par imagerie (Grade C).

Prise en charge d'un syndrome douloureux mammaire ^[11]

Le syndrome douloureux mammaire est un motif fréquent de consultation chez le médecin généraliste ou chez le gynécologue. Le taux d'incidence cumulée des douleurs mammaires serait de 45 à 70 % au cours de la vie génitale dans les populations occidentales. Les mastodynies sont des douleurs mammaires bilatérales, prédominant dans les quadrants externes, d'une durée > 4 jours en période prémenstruelle, rythmées par le cycle menstruel, se répétant de cycle en cycle sur plusieurs mois. La majorité des patientes souffrant de mastodynies rapportent des douleurs d'intensité > 3,5 sur l'échelle visuelle analogique (NP2). Elles signalent le plus souvent des douleurs survenant à chaque cycle et durant plus de 5 jours (NP3).

Il est recommandé l'utilisation de l'échelle visuelle analogique pour évaluer l'intensité des douleurs mammaires (Grade B). La tenue d'un calendrier peut être proposée pour caractériser les douleurs (Grade C).

Chez les patientes ayant des douleurs isolées du sein sans anomalie à l'examen physique mammaire, l'imagerie du sein est rassurante dans 95 % des cas (NP3) et la prévalence du cancer du sein n'est pas augmentée par rapport à des femmes asymptomatiques (NP2).

Devant des mastodynies isolées (sans anomalie à l'examen physique), il n'est pas recommandé de réaliser une imagerie autre que celle indiquée pour le dépistage organisé ou individuel (Grade C) ; si une imagerie a été réalisée et ne montre pas d'anomalie, il n'est pas recommandé de réaliser une IRM mammaire ou une biopsie (Grade C). Devant des mastodynies, il n'existe pas d'indication à une surveillance spécifique (Grade C).

En absence de signe clinique qui oriente vers une pathologie endocrinienne (troubles des cycles, galactor-

rhée, hirsutisme, signes d'hypothyroïdie) il n'est pas recommandé de réaliser un bilan hormonal en cas de mastodynies (Grade C).

Dans 20 à 25 % des cas, les douleurs sont soulagées par une simple réassurance (NP3).

Un discours rassurant du praticien ayant conduit les explorations est recommandé (Grade C).

Dans une étude prospective contrôlée conduite chez 200 femmes présentant des mastodynies (sans lien spécifique avec le sport), le port d'un soutien-gorge de sport a été comparé à un traitement par danazol, montrant une amélioration des symptômes dans 85 % et 58 % des cas respectivement (NP 3). Quarante-deux pour cent des femmes sous danazol ont rapporté des effets secondaires (NP3).

Il est possible de proposer le port d'un soutien-gorge de type brassière pour diminuer les mastodynies (Grade C).

Les AINS en gel ont montré leur efficacité dans le traitement des mastodynies (NP2). La progestérone est ou a été prescrite de façon très large dans cette indication mais la littérature est très limitée sur ce sujet ^[12]. L'administration par voie vaginale de la progestérone a également été évaluée ^[13] sous forme de crème non encore disponible en France. Dans cette étude prospective randomisée de petite taille (n = 40), l'amélioration des douleurs était significativement supérieure dans le groupe progestérone (64,9 % des femmes) par rapport au groupe placebo (22,2 %, p < 0,01) (NP2).

Les progestatifs macrodosés, largement utilisés en pratique quotidienne également, ont été évalués avec un niveau de preuve très limité également, montrant une amélioration des mastodynies ^[49-51].

Les quelques séries montrant l'amélioration des mastodynies par des progestatifs macrodosés ont un niveau de preuve très faible (NP4).

En traitement de première intention des mastodynies, il est possible de prescrire (hors AMM) des AINS en gel (Grade B).

Les preuves sont insuffisantes pour établir une recommandation sur l'utilisation des progestatifs macrodosés dans le traitement des mastodynies.

Conduite à tenir devant un syndrome de masse, une distorsion architecturale et une asymétrie à l'imagerie du sein [14]

Le système BI-RADS donne une définition précise des différentes anomalies mammaires visibles sur l'imagerie : masse, distorsion architecturale, asymétrie (simple, focale, globale, évolutive), microcalcifications. Il permet de standardiser les comptes rendus, d'améliorer la communication entre professionnels, de faciliter l'enseignement et d'évaluer les pratiques et les lectures.

Il est recommandé d'utiliser la terminologie BI-RADS pour décrire les différentes anomalies mammaires visualisées sur l'imagerie (Grade C).

Les masses sont les anomalies mammaires radiologiques les plus fréquemment rencontrées, suivies des asymétries puis des distorsions architecturales. La VPP de cancer de ces trois images augmente avec l'âge des femmes (NP2).

La forme et le contour sont les deux signes radiologiques permettant de caractériser une masse (NP2). Le contenu graisseux de la masse en imagerie par mammographie ou IRM est en faveur de la bénignité (NP2). Les signes mammographiques ayant la plus haute VPP de cancer sont la forme irrégulière et les contours spiculés (NP2).

En échographie, les contours spiculés, la forme irrégulière, le halo échogène périphérique et le grand axe non parallèle à la peau ont la plus grande VPP de cancer (NP2). L'association du caractère hyperéchogène, de la forme ovale ou sphérique, des contours circonscrits et du grand axe parallèle à la peau a la meilleure VPP de lésion bénigne (NP2). La concordance inter-observateurs en échographie est bonne à excellente pour l'orientation des lésions, les formes irrégulières ou ovales, les limites abruptes ou les halos et les atténuations postérieures. En revanche, cette concordance est faible pour les formes rondes, les échostructures anéchogènes, isoéchogènes et hyperéchogènes et les petites masses (<7 mm) (NP2).

En IRM, les signes descriptifs pertinents pour le diagnostic de cancer sont, par ordre décroissant : les limites, la forme, l'intensité du signal, l'homogénéité et le rehaussement annulaire (NP2). L'absence

de rehaussement d'une masse en IRM présente une VPN supérieure à 90 % pour les cancers invasifs. En revanche, en cas de rehaussement, la spécificité de l'IRM pour le diagnostic de cancer n'est que de 70 %.

Il est recommandé pour une masse que la forme et les contours soient décrits dans le compte rendu d'imagerie (Grade B). Pour la caractérisation des masses mammaires, l'IRM n'est pas recommandée en première intention (Grade B).

La figure 4* est une iconographie d'une masse bénigne visualisée sur une mammographie, une échographie, une élastographie et une IRM.

Les asymétries ont une incidence faible (environ 3 %). Les asymétries évolutives (classées BI-RADS 4) ont un taux rapporté de malignité pouvant aller jusqu'à 30 % (NP2). La figure 5* est une iconographie des quatre types d'asymétries décrites (simple, focale, globale, évolutive).

La distorsion architecturale se définit comme une altération focale de la répartition du tissu fibro-glandulaire et se traduit par une rupture localisée de l'architecture normale du sein sans masse identifiée à l'imagerie. En l'absence d'antécédents de chirurgie mammaire, une distorsion architecturale est classée au moins BI-RADS 4. La figure 6* est une iconographie d'une distorsion architecturale.

Qu'il s'agisse des asymétries ou des distorsions architecturales, il est utile de compléter le bilan mammographique par une échographie afin de dépister une masse échographique qui devra être prise pour cible biopsique.

Il est recommandé de pratiquer des microbiopsies percutanées dans l'exploration d'une masse BI-RADS 4 ou 5 (Grade B). Concernant le mode de prélèvement des distorsions architecturales et des asymétries, il est recommandé d'effectuer des macrobiopsies en raison du risque de sous-estimation par microbiopsie, notamment en l'absence de masse échographique associée (Grade C).

En cas de discordance radio-histologique, il est utile de discuter en réunion multi-disciplinaire la poursuite des investigations.

>> Suite de l'article dans le N° 461 des Dossiers de l'Obstétrique (Août-Septembre 2016)

RÉFÉRENCES

- [1] Lavoue V, Fritel X, Antoine M, Ballester M, Beltjens F, Bendifallah S, et al. *Clinical practice guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians: Benign breast tumor - Aims, methods and organization.* J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2015; Epub ahead of print.
- [2] Rédaction de l'argumentaire scientifique - Élaboration de recommandations de bonne pratique et des recommandations. Fiche méthodologique de la HAS; 2010.
- [3] Méthode recommandations pour la pratique clinique - Élaborations de recommandations de bonne pratique. Fiche Méthodologique de la HAS; 2010.
- [4] Grille d'évaluation de la qualité des recommandations de bonne pratique (dérivée de la grille AGREE II). Fiche méthodologique de la HAS; 2011.
- [5] *Dépistage du cancer du sein en France: identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage.* HAS; 2011.
- [6] Legendre G. *Exploration d'un syndrome de masse clinique non inflammatoire du sein: Recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) 2015.*
- [7] Touboul C. *Exploration d'une inflammation du sein en dehors de la grossesse et de la période d'allaitement: recommandations du CNGOF. 2015.*
- [8] Laas E. *Recommandations du CNGOF pour la prise en charge des mastites inflammatoires et infectieuses du sein en dehors de la grossesse et de la période d'allaitement. 2015.*
- [9] Ouldamer L. *Exploration d'un écoulement mamelonnaire du sein uni ou bilatéral: recommandations du CNGOF. 2015.*
- [10] Boulanger L. *Exploration d'une lésion cutanée mammaire: recommandation du CNGOF. 2015.*
- [11] Ngo C. *Syndrome douloureux mammaire: recommandations du CNGOF. 2015.*
- [12] Mauvais-Jarvis P, Sterkers N, Kuttent F, Beauvais J. [The treatment of benign pathological conditions of the breasts with progesterone and progestogens. The results according to the type of breast condition (260 case records) (author's transl)]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1978; 7: 477-84.
- [13] Nappi C, Affinito P, Di Carlo C, Esposito G, Montemagno U. *Double-blind controlled trial of progesterone vaginal cream treatment for cyclical mastodynia in women with benign breast disease.* J Endocrinol Invest. 1992; 15: 801-6.
- [14] Chopier J. *Imagerie mammaire du syndrome de masse, distorsion architecturale et asymétrie: recommandations du CNGOF. 2015.*
- [15] Uzan C. *Exploration d'un syndrome kystique mammaire: recommandation du CNGOF. 2015.*
- [16] Chamming's F. *Exploration des microcalcifications mammaires: recommandations du CNGOF. 2015.*
- [17] Coutant C. *Prise en charge des proliférations épithéliales du sein avec et sans atypies: hyperplasie canalaire atypique, métaplasie cylindrique avec atypie, néoplasies lobulaires, proliférations épithéliales sans atypie, mastopathie fibrokystique, adénose, cicatrices radiaires, mucocèles, lésions prolifératives apocrines. Recommandation du CNGOF. 2015.*
- [18] Bendifallah S. *Prises en charge des tumeurs bénignes du sein épidémiologiquement fréquentes de type adéno-fibrome, phyllode (grade 1 et 2), papillome: recommandations du CNGOF. 2015.*
- [19] Canlorbe G. *Prises en charge des tumeurs bénignes épidémiologiquement rares de type Abrikossof, adénomatose érosive du mamelon, cytotéatonécrose, fibromatose mammaire, galactocèle, hamartome, hémangiome, lipome, papillomatose juvénile, hyperplasie stromale pseudo-angiomateuse (PASH), et tumeur syringomateuse du mamelon: recommandation du CNGOF. 2015.*

matilia[®]

GROSSESSE

Pendant les 100^{er} jours de la grossesse,
le bébé in utéro a besoin de :

- ➔ **Acide folique**
Pour le développement du système nerveux et la fermeture du tube neural
- ➔ **Calcium et Vitamine D**
Pour le développement du système osseux
- ➔ **Oméga 3**
Pour le développement normal du cerveau et de la vision
- ➔ **Iode**
Pour le développement de la thyroïde
- ➔ **Fer**
Pour l'augmentation du volume sanguin et la formation des globules rouges



A boire
très frais !

20 cl

Boisson lactée
sans sucre ajouté
goût vanille, fraise, chocolat

Credits photos : © Fotolia

Sans conservateur - Sans bisphénol A - Fabriqué en FRANCE - En vente en grandes surfaces dans les rayons laits infantiles



Matilia[®] Grosseesse garantit un apport nutritionnel nécessaire
au bon développement de Bébé in utéro !



www.francebebe.fr

Informations
complémentaires
dans le VIDAL
Vidal 2017
«pages saumon»



Dossier **D.O.PÉDIA**

Comme chaque mois de juillet, nous continuons à vous proposer notre dossier DO-PEDIA.

Il s'enrichit cette année de textes issus des Assises des Sages-femmes*.
Ce dossier est plus que jamais le vôtre et vos travaux continuent à le nourrir.

SOMMAIRE DU DOSSIER

22
INFECTIIONS GÉNITALES
BASSES

24
LE POINT SUR
LE DIAGNOSTIC
DE LA T21

28
LA PLACE DE L'INFORMATION
ET DE LA PRÉVENTION
GYNÉCOLOGIQUE DANS
NOTRE SOCIÉTÉ
ÉTUDE QUALITATIVE PORTÉE
SUR 40 SUJETS EN LORRAINE.
MAI 2016

* 44^{es} Assises Nationales des Sages-Femmes,
Saint-Malo, les 25-26-27 mai 2016.

INFECTIONS GÉNITALES BASSES

→ LA PHYSIOLOGIE

La flore vaginale normale est un écosystème, dynamique, polymorphe, composé de huit à dix espèces de germes en équilibre.

La flore dominante est le bacille de Döderlein. Ce lactobacille est en grande partie responsable du PH acide du vagin, facteur protecteur de la prolifération microbienne. Sa présence témoigne donc d'un bon équilibre vaginal.

Au sein de cet écosystème, coexistent aussi un certain nombre de bactéries, pouvant, à la faveur de certaines circonstances, se comporter comme des pathogènes opportunistes.

Ces bactéries, dont le portage est fréquent, sont des :

- Streptocoques du groupe B et D
- Entérobactéries (E. Coli, Protéus...)
- Anaérobies (Chlostridium, Bactéroides, Mobiluncus)
- Gardnerella vaginalis
- Candidas
- Mycoplasmes (Hominis, Uréaplasma, Uréaliticum)

On peut donc distinguer les infections liées à des germes issus de la flore commensale saprophyte (vaginale, digestive et oro-pharyngée), de celles transmises sexuellement (Trichomonas vaginalis, Chlamidiae Trachomatis, Neisseria gonorrhée, HSV, HPV).

→ LES VULVO-VAGINITES MYCOSIQUES

Ce sont des troubles de l'écosystème vaginal liés à la prolifération de levures saprophytes : candidas albicans dans 90 % des cas, C. glabrata plus rarement.

On considère que 75 % des femmes développent une candidose vulvo-vaginale, et que 6 à 9 % d'entre elles seront sujettes aux mycoses récidivantes, définies par plus de quatre récurrences annuelles.

Les facteurs de risque ⁽¹⁾ peuvent être liés à :

- **la patiente** : immunodéficience, antibiothérapie chronique, stéroïdes, traitement hormonal de la ménopause, diabète non contrôlé,
- **des comportements** : contraception orale, DIU, éponges vaginales, fréquence des rapports, rapports orogénitaux, port de collants et protège-slips (si mycose à répétition seulement),
- **des facteurs génétiques et familiaux.**

Texte présenté aux 44^{es} Assises Nationales des Sages-Femmes Saint-Malo, 25-26-27 mai 2016. Avec leur aimable autorisation.

Le symptôme essentiel est le prurit vulvo-vaginal entraînant des dyspareunies superficielles, des brûlures après les rapports sexuels, des dysuries et des brûlures post-mictionnelles.

À l'examen, on observe un érythème et œdème des lèvres, un érythème vulvaire et des leucorrhées blanches, caillebotées, grumeleuses. Le col est d'aspect normal.

Le prélèvement vaginal n'est pas obligatoire si la clinique et le contexte sont suffisamment évocateurs.

Le traitement repose sur l'administration d'un antifongique local, par ovule d'imidazolé d'action longue en prise unique et application de crème sur la vulvite pendant 7 à 14 jours.

Si le traitement des épisodes aigus est efficace à 90 %, plus délicate est la prévention des rechutes.

En cas de mycose récidivante ⁽¹⁾, un traitement oral par Fluconazole 150 mg X3 à 72 heures d'intervalle puis 150 mg/semaine pendant 6 mois pourra être prescrit par un médecin, avec un risque de rechute à 1 an de 57 %.

Dans le cas particulier des mycoses récidivantes, il conviendra de rechercher un terrain particulier (excès d'hygiène, diabète, immunodépression HIV).

Pour les souches de Candida non albicans, dont la prévalence a tendance à augmenter, le traitement repose sur l'administration de Nizoral 200 mg/j pendant 14 jours.

Dans le cas particulier de la petite fille ou de l'adolescente vierge, il sera important de rechercher un corps étranger et d'évoquer d'éventuels abus sexuels ⁽²⁾.

L'utilisation des probiotiques est largement répandue, cependant aucune étude scientifique n'a apporté la preuve d'un bénéfice ⁽¹⁾.

Le conjoint ne sera traité que s'il présente des signes cliniques.

On conseillera aux femmes de limiter la toilette intime à une (voire à deux) fois par jour, d'utiliser un produit de type surgras, de se sécher soigneusement, de proscrire les douches vaginales, d'éviter pendant un certain temps les jacuzzis, hammams, bains prolongés et d'une façon générale, le port prolongé d'un maillot mouillé. Enfin, on les informera qu'il est préférable de ne pas avoir de rapports sexuels du fait d'éventuelles dyspareunies, et d'un risque de rupture de préservatif à cause des traitements (*T. Linet et le collectif Formagyn 2015*).

Actuellement, il y a peu de preuves en faveur d'un changement de contraception orale, et en faveur d'une diminution de l'apport sucré ⁽¹⁾.



ON CONSEILLERA AUX FEMMES DE LIMITER LA TOILETTE INTIME À UNE (VOIRE À DEUX) FOIS PAR JOUR, D'UTILISER UN PRODUIT DE TYPE SURGRAS, DE SE SÉCHER SOIGNEUSEMENT...

77

Les D.O.
N° 460
Juillet 2016

→ **LES VAGINOSES BACTÉRIENNES**

Elles représentent 50 % des vaginites.

Il s'agit d'une altération qualitative et quantitative de la flore vaginale : la flore de Döderlein est remplacée par une flore anaérobie de type Gardnerella (X100 par rapport à la quantité habituelle) ou par une pullulation des germes tels que le Mycoplasma hominis, ou le Mobilincus.

Les facteurs favorisants sont le tabac, les changements de partenaire, les douches vaginales, la grossesse.

Le symptôme qui caractérise la vaginose bactérienne est la leucorrhée malodorante (poisson pourri) surtout lors d'une alcalinisation du vagin soit en période péri-ovulatoire, en phase prémenstruelle, ou après les rapports sexuels.

À l'examen clinique, on note peu d'irritation locale, le col est d'aspect normal, les leucorrhées sont peu abondantes, adhérentes aux parois, grisâtres et fluides.

Le sniff test, ou l'application d'une goutte de potasse sur un prélèvement sur lame permet de faire le diagnostic, ainsi que le Score de Nugent.

Selon le CDC, le traitement repose sur l'administration du métronidazole 500 mg X2 pendant 7 jours. Un traitement minute de 2 grammes en une seule prise est possible.

La consommation d'alcool doit être proscrite jusqu'à 24 heures après la prise du métronidazole.

Le risque de récurrence est de 60 à 70 % dans les quatre semaines quel que soit le protocole.

En cas de récurrence (> 3 cas/an), certains auteurs⁽³⁾ préconisent des ovules de Flagyl 2/semaines pendant 4 à 6 mois.

Le port du préservatif diminue le risque de récurrence.

Les vaginoses bactériennes peuvent se compliquer d'endométrites (risque X2) et de maladies inflammatoires pelviennes. Par ailleurs, le risque de Rupture Prématurée des Membranes, de Menace d'Accouchement Prématuré et d'Accouchement Prématuré est augmenté.

Durant la grossesse, le traitement est identique. Malheureusement, il semblerait qu'en population générale, traiter une vaginose bactérienne est sans intérêt⁽³⁾. L'intérêt n'existe que chez les patientes avec antécédent d'accouchement prématuré.

→ **LA VAGINITE À TRICHOMONAS VAGINALIS**

Infection peu symptomatique dans 70 à 85 % des cas. C'est une infection sexuellement transmissible qui augmente de 2 à 3 fois le risque de transmission du HIV.

Comme les vaginoses bactériennes, les vulvo-vaginites à trichomonas augmentent le risque de RPM, MAP et AP.

Le préservatif ainsi que la circoncision diminuent le risque de contamination⁽⁴⁾.

Le dépistage, par prélèvement vaginal, doit être proposé à toute patiente séropositive, ainsi qu'à toute femme à risque

d'infection sexuellement transmissible consultant pour des leucorrhées pathologiques.

On recherchera, dans le même temps, la présence d'autres Infections Sexuellement Transmissibles (Chlamydiae, HBV, HCV, HIV, TPHA-VDRL).

Les leucorrhées sont verdâtres, mousseuses, homogènes, abondantes et nauséabondes (odeur de plâtre frais). Au spéculum, le vagin est rouge, classiquement, on trouve des excoriations et des ulcérations, plus rarement (2 à 5 %) une colpите ponctuelle.

Le traitement recommandé par le CDC est le métronidazole 2 g en une prise unique, avec un taux de guérison de 84 à 98 % ou le Tinidazole 2 g en une prise unique avec un taux de guérison de 92 à 100 %.

Un contrôle est à effectuer deux semaines après le traitement.

Le traitement minute du (des) partenaire (s) de moins de trois mois est nécessaire.

Au total, Candida albicans, Gardnerella vaginalis et Trichomonas représentent près de 90 % des agents mis en cause dans les infections génitales basses.

→ **LA VAGINITE À MYCOPLASME**

Ureaplasma Urealyticum, Mycoplasma genitalium ou hominis peuvent faire partie des germes retrouvés lors de prélèvements réalisés pour une symptomatologie vulvo-vaginale.

Leur rôle est mal déterminé : véritables agents pathogènes ou cofacteurs d'infections génitales hautes, les mycoplasmes sont souvent retrouvés associés à Chlamydiae trachomatis ou à Neisseria gonorrhée⁽²⁾.

La question de leur traitement n'est pas consensuelle.

Selon le CDC 2015, on ne traite que si on le retrouve dans une cervicite ou une infection génitale haute et qu'en cas de résistance au traitement de première intention soit après une dose de 1 g d'azithromycine. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Sobel JD. *Recurrent vulvovaginal candidiasis*. Am J Obstet Gynecol. 2016 Jan; 214 (1): 15-21.
2. Tetefort R. Collet M. *Infections génitales de la femme*. La revue du praticien vol 61. Avril 2011.
3. Thinkhamrop J. *Antibiotic prophylaxis during the second and third trimester to reduce adverse pregnancy outcomes and morbidity*. Cochrane data base syst revu 2015.
4. Gray RH. *The effects of male circumcision on female partners' genital tract symptoms and vaginal infections in a randomized trial in Rakai, Uganda*. Am J Obstet Gynecol 2009.

LE POINT SUR LE DIAGNOSTIC DE LA T21

Le mode de dépistage dit « combiné du 1^{er} trimestre » de la trisomie 21 (T21), associant le dosage des marqueurs sériques du 1^{er} trimestre, réalisé à partir d'un prélèvement sanguin et les mesures échographiques de la clarté nucale et de la longueur crânio-caudale, est venu remplacer celui utilisant la clarté nucale, l'âge de la patiente ainsi que les marqueurs du 2^e trimestre.

Le rapport 2012 de l'Agence de la Biomédecine^[1] a montré que 679 481 patientes au moins ont bénéficié d'un dépistage en 2011 et que 30 343 d'entre elles présentaient un risque supérieur à 1/250 (soit 4,5 % tous modes de dépistage confondus). Même si environ 25 % des patientes choisissent de ne pas réaliser de prélèvement invasif, 22 175 prélèvements (biopsie de trophoblaste ou amniocentèse) ont été réalisés pour cette indication pour détecter 1 101 anomalies chromosomiques déséquilibrées (5 %), ce qui signifie que le taux de faux positifs est de 3,1 % et que la valeur prédictive positive de ce dépistage est de l'ordre de 1/20.

Les valeurs prédictives (positives – VPP – et négatives – VPN –) sont l'application clinique de la sensibilité et la spécificité d'un test et sont influencées par la prévalence de la pathologie dans la population étudiée. La VPP est la proportion de tests positifs pour lesquels l'enfant sera au final porteur de T21 ; dans ce cas cela signifie qu'il faut prélever vingt patientes pour mettre en évidence un fœtus porteur de T21. Ce test de dépistage est donc loin d'être parfait, mais il était jusqu'à récemment le meilleur test à la disposition des patientes et des soignants. Par ailleurs, il présente l'inconvénient de générer un nombre de fausses couches induites qui peuvent être estimées en théorie à 110-330 chaque année.

Depuis 2008, le diagnostic de la T21 chez le fœtus est devenu possible à partir d'une prise de sang faite chez la mère grâce à l'analyse de l'ADN fœtal, d'origine essentiellement placentaire, qui y circule^[2]. Le passage de la démonstration d'un concept à la pratique clinique a été tellement rapide qu'il est possible d'affirmer, en 2013, que ce test doit faire partie des outils utiles pour la prise en charge des patientes. De nombreuses techniques ont été décrites dans la littérature, mais le principe de base est toujours le même : quantifier l'ADN circulant pour mettre en évidence la fraction d'ADN en excès provenant

Texte présenté aux 44^{es} Assises Nationales des Sages-Femmes Saint-Malo, 25-26-27 mai 2016. Avec leur aimable autorisation.

du chromosome impliqué lorsque le fœtus est porteur d'une aneuploïdie. Même si de nombreuses méthodes alternatives restent envisageables^[3] (ARN fœtaux placentaires, marqueurs épigénétiques, etc.), la méthode la plus utilisée actuellement, car ayant fait la preuve de son efficacité, fait appel à la quantification par séquençage massif en parallèle dite "à haut débit" ou Next Generation Sequencing (NGS). Cette quantification peut être globale et aléatoire, portant sur l'ensemble du génome, ou peut être limitée à certains chromosomes (Targeted NGS). Ces tests ont été imaginés et développés par des laboratoires universitaires de recherche comme celui de Stephen Quake à l'Université de Stanford^[4] ou par Dennis Lo à l'Université de Hong Kong^[5], puis des entreprises de biotechnologie ont rapidement pris le relais. Il existe actuellement, à travers le monde, une dizaine d'entreprises spécialisées dans le développement de ces tests. Les importants budgets investis ont permis à certaines de commercialiser ces tests à très grande échelle dès l'automne 2011.

→ CES TESTS SONT-ILS FIABLES ?

De nombreuses publications rapportent des résultats très encourageants avec une sensibilité et une spécificité supérieures à 99 %^[6,7]. Toutefois, la complexité de ces nouveaux tests, associée parfois à une trop faible quantité d'ADN fœtal circulant, peuvent conduire à un échec. Dans 0,8 à 12,6 % des cas selon les méthodes, le résultat du test n'est pas rendu. Cette population de patientes, pour lequel aucun résultat n'est possible, reste à étudier car il est possible que la faible quantité d'ADN soit liée à un risque particulier qu'il faut évaluer.

→ SONT-ILS DES TESTS DE DÉPISTAGE OU DE DIAGNOSTIC ?

Avec l'utilisation de plus en plus fréquente de ces tests, des cas de faux négatifs et faux positifs sont apparus. Des anomalies cytogénétiques maternelles somatiques ou tumorales^[8,9], des jumeaux évanescents porteurs d'anomalies chromosomiques ou encore des anomalies chromosomiques restreintes au seul placenta, sont autant d'exemples décrits comme pouvant générer des résultats faussement positifs même s'ils restent peu fréquents. Un test diagnostic va privilégier la spécificité (identifier ceux qui n'ont pas la maladie) plutôt que la sensibilité (identifier correctement ceux qui ont la maladie). Ce n'est pas la performance (sensibilité et spécificité) d'un test qui en fait un test de dépistage ou de



DEPUIS 2008, LE DIAGNOSTIC DE LA T21 CHEZ LE FŒTUS EST DEvenu POSSIBLE À PARTIR D'UNE PRISE DE SANG FAITE CHEZ LA MÈRE GRÂCE À L'ANALYSE DE L'ADN FŒTAL, D'ORIGINE ESSENTIELLEMENT PLACENTAIRE, QUI Y CIRCULE.



Par **A. BENACHI**¹, **A. LETOURNEAU**¹, **P. KLEINFINGER**², **JM COSTA**²,
¹ SERVICE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE ET MÉDECINE DE LA REPRODUCTION - HÔPITAL ANTOINE BÉCLÈRE, CLAMART - UNIVERSITÉ PARIS SUD
² LABORATOIRE CERBA - SAINT-OUEN L'AUMÔNE

DOSSIER

diagnostic, mais l'enjeu du risque accepté. Peut-on accepter, dans le cas de la T21, une spécificité de 99 % c'est-à-dire 1 faux positif pour 100 patientes testées ? Enfin, puisque les tests se limitent pour l'instant à la détection des T21, T13 et T18, une perte d'information sera inévitable et les anomalies chromosomiques sans anomalie échographique ne seront pas diagnostiquées en l'absence de prélèvement invasif et de réalisation d'un caryotype. En 2011, ces cas représentaient 1,1 % des anomalies diagnostiquées au caryotype. Tant qu'un geste invasif "biopsie de trophoblaste" ou "amniocentèse" sera nécessaire pour confirmer le diagnostic d'anomalie chromosomique avant toute décision sur l'issue de la grossesse, ces tests ne peuvent pas être utilisés comme des tests diagnostiques mais seulement comme des tests de dépistage.

→ **QUI VA RÉALISER CES TESTS ET À QUI VA-T-ON LES PROPOSER ?**

La prévalence de la T21 dans la population générale française est proche de 1/400 alors qu'elle est de 1/40 environ dans la population considérée comme "à risque" après le dépistage actuel de la T21 au premier trimestre. Les tests n'ont, pour la plupart, été étudiés que dans des populations dites "à risque" et donc pour laquelle la prévalence de la T21 est élevée. La lecture détaillée des différentes études publiées permet de montrer qu'aucune étude ne donne la VPP des tests qui dépend de la prévalence de l'anomalie dans la population étudiée. Mais pour la calculer, il est nécessaire de documenter toutes les issues des examens et dans les études organisées par les plus grandes firmes, avec un nombre de patientes allant jusqu'à 11 000, les issues sont considérées comme "normales" si les patientes n'ont pas porté plainte après un laps de temps de quelques mois. Quelques publications récentes confirment cependant la validité des tests en population générale^[10, 11].

Diverses sociétés savantes, European Academies Science Advisory Council (EASAC) et la Fédération Européenne des Académies de Médecine (FEAM), ont récemment publié un avis sur l'accès direct aux consommateurs des tests génétiques, en précisant que les tests prénataux concernant le fœtus ne devaient pas être proposés en accès direct aux patients mais uniquement dans le contexte d'une consultation d'obstétrique ou de génétique. A priori, aucun test non invasif de dépistage de la T21 n'est actuellement disponible en accès direct pour les patientes et malgré le "marketing" autour de ces tests via leurs sites internet, tous les laboratoires renvoient les patientes à une consultation médicale au cours de laquelle la patiente devrait être informée notamment des performances des tests et de l'implication d'un résultat positif. Rares sont les pays qui ont organisé l'accès à ces nouveaux tests en les développant eux-mêmes (Allemagne, Suisse...), certains l'ont interdit ou dissuadent les patientes de les utiliser (Hollande, Italie)^[12] et, progressivement, les pratiques de sous-traitance, plus ou moins anarchiques, se sont mises en place dans la plupart des pays frontaliers à la France, le plus souvent sous la pression commerciale des laboratoires américains ou chinois à travers les patientes mais aussi les professionnels de santé.



EN FRANCE [...] CERTAINES PATIENTES N'HÉSITENT PAS À FAIRE LE VOYAGE DANS LES PAYS LIMITROPHES OÙ LE TEST EST PROPOSÉ POUR UN MONTANT ALLANT DE 400 À 850 €.



En France, la situation est complexe puisque de rares consultations sont organisées dans le cadre d'une sous-traitance à l'étranger des échantillons et certaines patientes n'hésitent pas à faire le voyage dans les pays limitrophes où le test est proposé pour un montant allant de 400 à 850 €. Une étude menée par nos équipes (étude SEHDA) et portant sur 900 patientes "à haut risque" a permis de valider et de réaliser le test sur le territoire français^[13]. Néanmoins, l'égalité d'accès à cette technologie innovante ne sera pleinement satisfaite que lorsque sa prise en charge financière sera effective, car ce test n'est pour l'instant pas remboursé par la Sécurité sociale.

Deux études ont évalué le coût de l'application de ces tests dans la population à risque de T21 versus le coût du dépistage actuel. Elles concluent que l'utilisation des tests non invasifs ne serait pas plus coûteuse que le dépistage par marqueurs sériques, si sont pris en compte les coûts des prélèvements induits par les faux négatifs du dépistage actuel, le coût du caryotype et la prise en charge des fausses couches potentielles^[14, 15]. Évidemment, les calculs varient en fonction du prix du test qui restera élevé, en tout cas pour l'instant, en raison de la lourdeur des protocoles.

Au-delà du prix, le bénéfice pour les patientes devrait primer. Ces tests, du fait de leurs caractéristiques, permettent d'éviter 95 % des gestes invasifs et donc les pertes fœtales inhérentes à la pratique de ces examens (0,5 - 1%). Le diagnostic de T21 est possible tout comme celui des T18 et T13. Il sera bientôt possible de détecter en routine d'autres anomalies chromosomiques et certaines pathologies génétiques, toujours sur le principe du dosage génique. La diminution des risques liée à l'absence de prélèvement invasif est majeure, mais les patientes devront être bien informées des risques de perte d'information par rapport au caryotype.

La technologie est allée très vite et il est actuellement impossible de ne pas évoquer l'utilisation de ce test dans la prise en charge des patientes qui connaissent maintenant l'existence de ces tests, à travers les médias et souvent avant d'être informées par leur praticien. Nous nous trouvons dans une période transitoire et délicate où nous devons répondre à une patiente qui a fait une fausse couche après amniocentèse et qui nous demandera pourquoi nous ne lui avons pas prescrit ce test. L'inégalité d'accès aux soins trouve ici un bel exemple.

La Haute Autorité de Santé devrait se prononcer rapidement sur l'utilisation de ces tests. Un document faisant l'état des lieux du problème a été publié récemment par la HAS [16].

Comme le suggère Morain et al. [17], il est de la responsabilité des médecins de ne pas promouvoir ces tests au-delà des frontières des évaluations existantes et de résister à la pression des laboratoires. Or, les évaluations existantes ont conduit plusieurs sociétés savantes à se prononcer sur les indications. L'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recommande pour sa part de réserver ce test aux patientes de plus de 35 ans, ou dont le fœtus présente des anomalies à risque d'aneuploïdies à l'échographie, ou ayant un antécédent de T21, ou à risque après le dépistage combiné, ou pour les couples dont l'un des conjoints est porteur d'une translocation Robertsonienne impliquant le chromosome 13 ou 21. Ces recommandations sont reprises par The National Society of Genetic Counselors (NSGC) qui recommande par ailleurs que les patientes ayant un test "positif" soient reçues en consultation de conseil génétique.

De notre point de vue, il n'y a pas d'indication à réaliser ce test pour les fœtus porteurs de malformations car la recherche d'anomalies ne doit pas se limiter aux seules trisomies et qu'un caryotype conventionnel (voire une CGH) est nécessaire à la détection d'autres anomalies chromosomiques. Les résultats de l'étude SEHDA vont dans ce sens. Certains centres à l'étranger proposent déjà de façon systématique ces tests à toutes leurs patientes vers la 10^e semaine d'aménorrhée. Trois études récentes en population générale montrent que les performances du test, dans cette population, semblent bonnes [18-20].

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recommande pour sa part que ce test soit proposé aux patientes à risque après dépistage sérique de la T21. Compte tenu d'une part du manque d'évaluation en population générale et d'autre part d'un accès limité à ces tests, cela paraît être la meilleure recommandation, même si celle-ci sera sûrement amenée à évoluer rapidement.

→ CONCLUSION

Au vu des performances de ces nouveaux tests, les recommandations du CNGOF devraient être la règle si le nombre de résultats non rendus n'est pas élevé (ces patientes doivent se voir proposer dans un deuxième temps le dépistage par les marqueurs sériques) et si le taux de faux négatifs reste bas lorsque ces tests seront proposés en population générale. Car, enfin, proposer ce test à des patientes à risque en seconde intention après un dépistage par les marqueurs sériques dont on sait qu'il présente de nombreux faux négatifs (15 à 20 %) reste une stratégie tout à fait discutable et pourrait être considéré comme une perte de chance pour les patientes qui ne sont pas dans un groupe à risque et qui, pourtant, abritent un fœtus porteur de T21. Cela devra être rediscuté une fois les performances des tests non invasifs évalués en population générale. ■

RÉFÉRENCES

1. <http://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2012/accueil.htm>
2. Lo YMD et al. *Presence of fetal DNA in maternal plasma and serum*. Lancet. 1997; 350: 485-7.
3. Papageorgiou EA et al. *Fetal-specific DNA methylation ratio permits noninvasive prenatal diagnosis of trisomy 21*. Nat Med. 2011; 17 (4): 510-3.
4. Fan HC et al. *Non invasive diagnosis of fetal aneuploidy by shotgun sequencing DNA from maternal blood*. Proc Natl Acad Sci USA. 2008; 105 (42): 16266-71.
5. Chiu RW et al. *Maternal plasma DNA analysis with massively parallel sequencing by ligation for non invasive prenatal diagnosis of trisomy 21*. Clin Chem. 2010; 56 (3): 459-63.
6. Chiu RW et al. *Non invasive prenatal assessment of trisomy 21 by multiplexed maternal plasma DNA sequencing: large scale validity study*. BMJ. 2011; 342: c7401.
7. Palomaki GE et al. *DNA sequencing of maternal plasma reliably identifies trisomy 18 and trisomy 13 as well as Down syndrome: an international collaborative study*. Genet Med. 2012; 14 (3): 296-305.
8. Osborne CM et al. *Discordant non invasive prenatal testing results in a patient subsequently diagnosed with metastatic disease*. Prenat Diagn. 2013; 33 (6): 609-11.
9. Lau TK et al. *Secondary findings from non - invasive prenatal testing for common fetal aneuploidies by whole genome sequencing as a clinical service*. Prenat Diagn. 2013; 33 (6): 602-8.
10. Nicolaidis KH et al. *Noninvasive prenatal testing for fetal trisomies in a routinely screened first-trimester population*. Am J Obstet Gynecol. 2012; 207 (5): 374.e1-6.
11. Fairbrother G et al. *Clinical experience of noninvasive prenatal testing with cell-free DNA for fetal trisomies 21, 18, and 13, in a general screening population*. Prenat Diagn. 2013; 33 (6): 580-312.
12. Position Statement from the Italian College of Fetal Maternal Medicine. *Non invasive prenatal testing (NIPT) by maternal plasma DNA sequencing*. J Prenat Med 2013; 7 (2): 19-20.
13. Benachi A, Letourneau A, Kleinfinger P, Senat MV, Gautier E, Favre R, Bidat L, Houfflin-Debauge V, Bouyer J, Costa JM; Collaborative Sequençage a Haut Debit et Aneuploidies (SEHDA) Study Group *Cell-free DNA analysis in maternal plasma in cases of fetal abnormalities detected on ultrasound examination*. Obstet Gynecol. 2015; 125: 1330-7.
14. Chitty LS et al. *Noninvasive prenatal testing for aneuploidy-ready for prime time ?* Am J Obstet Gynecol. 2012; 206: 269-75.
15. Song K et al. *Clinical utility and cost of non-invasive prenatal testing with cfDNA analysis in high-risk women based on a US population*. J Mater Fetal Neonatal Med. 2013; 26 (12): 1180-5.
16. <http://has-sante.fr>
17. Morain S et al. *A new era in Noninvasive Prenatal Testing*. N Engl J Med. 2013; 369: 499-501.
18. Bianchi DW et al; CARE Study Group. *DNA sequencing versus standard prenatal aneuploidy screening*. N Engl J Med 2014; 370: 799-808.
19. Gil MM, Quezada MS, Revello R, Akolekar R, Nicolaidis KH. *Analysis of cell-free DNA in maternal blood in screening for fetal aneuploidies: updated meta-analysis*. Ultrasound Obstet Gynecol. 2015; 45: 249-66
20. Norton ME, Jacobsson B, Swamy GK, Laurent LC, Ranzini AC, Brar H, Tomlinson MW, Pereira L, Spitz JL, Hollemon D, Cuckie H, Musci TJ, Wapner RJ. *Cell-free DNA analysis for noninvasive examination of trisomy*. N Engl J Med. 2015; 372: 1589-97.



Dakin

Cooper[®] stabilisé

**“ Lors de l'accouchement,
nous faisons confiance à
Dakin Cooper[®] stabilisé
pour l'antiseptie des
muqueuses***

et vous ? ”



L'évidence antiseptique

Solution d'hypochlorite de sodium à 0,5%

* Sauf l'œil

DENOMINATION : DAKIN COOPER[®] STABILISE, solution pour application locale en flacon. **COMPOSITION*** : solution concentrée d'hypochlorite de sodium, quantité correspondant à chlore actif 0,500 g pour 100 ml. **FORME PHARMACEUTIQUE** : solution pour application locale. **DONNEES CLINIQUES** : **Indications thérapeutiques** : Antiseptie de la peau, des muqueuses et des plaies. Les agents à visée antiseptique ne sont pas stérilisants, ils réduisent temporairement le nombre de micro-organismes. **Posologie et mode d'administration** : Les applications locales de DAKIN COOPER[®] STABILISE se font, sans dilution : soit en lavages, en bains locaux ou en irrigations ; soit en compresses imbibées ou en pansements humides. Renouveler le traitement selon les besoins. **Contre-indications** : Hypersensibilité connue à la substance active ou à l'un des excipients. Ne pas appliquer dans l'œil. **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi***. **Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions***. **Grossesse et allaitement***. **Effets indésirables***. **Surdosage***. **PROPRIETES PHARMACOLOGIQUES***. **DONNEES PHARMACEUTIQUES***. **AMM et PRIX** : 3400934117848 : 60 ml en flacon (PEHD/dioxyde de titane/noir de charbon), non remb. Séc. Soc. - agréé Collectivités; 3400936772755 : 125 ml en flacon (PEHD /dioxyde de titane/noir de charbon), non remb. Séc. Soc. - non agréé Collectivités; 3400933145262 : 250 ml en flacon (PEHD /dioxyde de titane/noir de charbon), remb. Séc. Soc à 30 % - agréé Collectivités - Prix : 2,82 € ; 3400933145323 : 500 ml en flacon (PEHD / dioxyde de titane/noir de charbon), non remb. Séc. Soc. - agréé Collectivités. Médicament non soumis à prescription médicale. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** : COOPERATION PHARMACEUTIQUE FRANÇAISE, Place Lucien Auvert - 77020 Melun cedex. Tél : 01 64 87 20 00. **DATE DE REVISION DU TEXTE** : Juillet 2012.

*Pour une information complémentaire, consulter le Résumé des Caractéristiques du Produit disponible sur le site internet de l'ANSM ou auprès du laboratoire le cas échéant.

Visa n° 14/10/64176064/PM/001

LA PLACE DE L'INFORMATION ET DE LA PRÉVENTION GYNÉCOLOGIQUE DANS NOTRE SOCIÉTÉ

ÉTUDE QUALITATIVE PORTÉE SUR 40 SUJETS EN LORRAINE. MAI 2016

→ INTRODUCTION - CONTEXTE

Au 1^{er} janvier 2016, selon les estimations publiées par l'INSEE, la population totale de la France est d'environ 66,6 millions d'habitants dont 34 336 315 femmes. De nos jours, la prévention gynécologique occupe un rôle essentiel au sein de notre société.

C'est pourquoi, dans le cadre de notre formation, nous avons réalisé différentes séances d'information-prévention auprès de deux associations : *Femmes à Maizières* (57) et le *Centre social Beauguard* à Nancy (54). Nous avons décidé de présenter ces séances sous forme d'ateliers interactifs. Le but de notre action est de réduire les inégalités d'information entre les différentes classes sociales en transmettant nos connaissances.

■ Atelier Prévention-Contraception

En France, on comptabilise environ 200 000 IVG chaque année ^[1]. Ce taux est stable depuis 2006 après une dizaine d'années de hausse entre 1995 et 2006. Cette stabilité s'explique par une meilleure couverture contraceptive des Françaises. Cependant, faute de prévention, le nombre d'IVG chez les mineures est en hausse ^[2]. La loi n° 75-17 du Code de santé publique promulguée le 17 janvier 1975 par Simone Veil, ministre de la Santé, a dépénalisé l'IVG. Depuis, plusieurs réformes ont été mises en œuvre. En effet, la dernière en date du 26 janvier 2016, a pour objectif de réduire les inégalités sociales du recours à l'IVG en proposant par exemple d'en élargir l'accès en permettant aux sages-femmes de pratiquer l'IVG médicamenteuse. Depuis le 1^{er} avril 2016, l'IVG est pris en charge à 100 % (Arrêté du 8 mars 2016, J.O.). Malheureusement, toute la population n'a pas accès à la prévention de manière égale. Par conséquent, la prévention doit s'adapter au public visé.

Concernant l'information sur la sexualité à l'école en France, elle a été incluse au programme de l'Éducation Nationale depuis la loi de juillet 2001. Cependant, faute de moyens, d'intervenants et d'investissements de la part des établissements, elle reste très faiblement appliquée. On observe pourtant que cela donne d'excellents résultats en Suisse, au Québec et en Hollande. Entre 2009 et 2011, en

MOTS-CLÉS

Information/Prévention/Dépistage - Population défavorisée - Contraception - Cancer du sein - Parentalité.

France, la proportion des 15-24 ans ayant eu une relation avec un nouveau partenaire sans aucune contraception est passée de 19 % à 40 % selon une étude de l'institut GKF ^[3]. C'est pourquoi, il nous semble important de trouver des solutions pour transmettre l'information auprès des jeunes.

■ Atelier Prévention et Dépistage en gynécologie

En 2015, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine est estimé à 385 000 dont 174 000 touchant les femmes ^[4]. On note 149 500 décès par cancer dont 65 400 femmes ^[5]. Le cancer du sein se situe au premier rang des cancers incidents chez la femme, nettement devant le cancer du côlon-rectum et le cancer du poumon. On constate 48 763 nouveaux cas de cancer du sein estimés en 2012 en France métropolitaine dont 11 886 décès ^[6]. Selon l'OMS, la mammographie est la seule méthode de dépistage aux résultats tangibles. En effet, dans des pays au revenu élevé, elle permet de réduire la mortalité par cancer du sein de 20 à 30 % chez les femmes de plus de 50 ans lorsque le taux de dépistage est supérieur à 70 % ^[7].

■ Atelier Maternité et Parentalité

Outre la prévention gynécologique, certaines femmes issues de milieux isolés se sentent peu informées sur certains sujets tels que la maternité et la parentalité. Elles ressentent le besoin de partager leurs inquiétudes et leurs interrogations. En tant qu'étudiantes sages-femmes, nous avons cherché des moyens pour répondre à leurs attentes. Nous constatons un manque global de l'accès à l'information. Nous nous sommes donc interrogées sur les différents moyens à mettre en œuvre pour aborder la prévention en santé génésique auprès d'une population isolée.

→ MÉTHODE

La population visée se situait dans une tranche d'âge allant de 12 à 60 ans et comportait 40 sujets. Elle comprenait essentiellement des femmes dont 16 adultes de 22 à 60 ans, 24 adolescents dont 15 filles de 12 à 18 ans et 9 garçons de 12 à 14 ans. Toutes ces personnes étaient adhérentes de l'association.

Pour mettre en place notre projet, nous avons utilisé comme support nos cours de gynécologie, de psychologie et d'infor-

mation-prévention. Nous avons mis en œuvre des ateliers pratiques et théoriques. Des salles ont été mises à notre disposition par les différentes associations afin de nous permettre de les aménager en fonction du public. Nous avons utilisé divers supports d'information : principalement des PowerPoint regroupant les items importants, des vidéos éducatives et des jeux de société. Nous nous sommes basées sur un modèle de réunion ascendante pour organiser nos interventions en faisant participer les adhérents. En fin de séance, nous avons procédé à une distribution de fiches pratiques concernant les thèmes abordés.

À Maizières-lès-Metz, nous avons réalisé une intervention sur la prévention du cancer du sein avec des femmes de 30 à 65 ans.

À Nancy, un atelier périnatalité a été organisé avec des femmes âgées de 25 à 40 ans.

De plus, nous avons effectué une intervention sur la contraception avec des adolescents de 12 à 18 ans dans les deux centres. Un même questionnaire à choix multiple a été distribué aux adolescents qui ont assisté à l'atelier de contraception avant et après la séance pour qu'on puisse évaluer la plus-value de l'information. Nous avons proposé des séances où les garçons et les filles étaient séparés, pour pouvoir répondre aux attentes des adolescents.

→ RÉSULTATS

En ce qui concerne la contraception, nous avons pu remarquer que les personnes issues d'un milieu isolé ont bénéficié d'un accès plus restreint à la prévention. Dans notre population isolée, nous comptons les sujets vivant seuls, dans une situation financière difficile, des adolescents parfois non scolarisés, ou encore des étrangers dans une situation irrégulière. Sur 24 adolescents scolarisés,

seulement 9 d'entre eux ont eu des cours d'information-prévention en milieu scolaire.

À la fin de la séance, les questionnaires comprenaient 100 % de bonnes réponses *versus* 50 % avant la séance. Trois mois après notre intervention, nous avons redistribué les mêmes questionnaires à 8 des adolescents qui étaient présents lors de notre dernière séance. Les adolescents que nous avons sélectionnés sont ceux qui avaient déjà reçu des cours d'information-prévention en milieu scolaire au maximum un an auparavant. Cette fois, le taux de bonnes réponses a été de 97 %.

Concernant l'atelier sur la prévention du cancer du sein, sur les 12 femmes présentes, 8 en ont entendu parler uniquement lors de leurs grossesses passées, par les sages-femmes et gynécologues. Deux ignoraient l'existence d'un moyen de dépister le cancer du sein et deux s'étaient renseignées spontanément chez leurs médecins traitants. Seulement quatre d'entre elles sont suivies régulièrement chez un gynécologue et ont réalisé un dépistage du cancer du sein. Une des femmes qui était présente est actuellement en cours de traitement par chimiothérapie suite à un dépistage précoce de la maladie.

LL

CONCERNANT L'ATELIER SUR LA PRÉVENTION DU CANCER DU SEIN, SUR LES 12 FEMMES PRÉSENTES, 8 EN ONT ENTENDU PARLER UNIQUEMENT LORS DE LEURS GROSSESSES PASSÉES, PAR LES SAGES-FEMMES ET GYNÉCOLOGUES.

77

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

Votre boutique : www.dolphitonic.com

REEDUCATION PERINEALE
ORANGE LINE wireless
New



BILIRUBINOMETRE
TOP VENTES



LE MONITO COSTAUD DU PRO
Capteurs 12 cristaux
TOP VENTES



MONITOS EDAN F2 et F3 VCT
NEW



ECHOGRAPHIE
NEW



EDAN F4 VCT



EDAN F3 VCT
NEW



DOLPHITONIC Médical Shopping Service

COMMANDES
RENSEIGNEMENTS
DOCUMENTATIONS

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

→ DISCUSSION

Dans nos trois ateliers, nous avons pu constater que l'information a été utile.

Les questionnaires distribués aux adolescents lors de la séance prévention nous ont permis de constater que la plupart des thèmes n'étaient pas réellement acquis.

Il serait judicieux de redistribuer ces questionnaires aux mêmes adhérents un an après notre intervention pour pouvoir comparer les différences d'intégration de l'information lorsqu'elle est effectuée en milieu scolaire et dans un cadre extérieur. Pour éviter un biais de suivi, il faudra veiller à ce que les thèmes abordés soient similaires quel que soit le lieu.

Globalement, les adolescents nous ont confié qu'ils préféreraient aborder ce sujet avec des intervenants extérieurs. Les principales causes de la gêne ressentie étaient le regard des autres, la mixité dans les classes ainsi que le désintérêt scolaire. En continuant de recueillir les avis des différents adolescents, il serait probablement possible au fil des années d'adapter les thèmes abordés et l'organisation des séances pour les rendre plus adaptés au public visé.

Nous avons aussi pu constater que la prise en charge du cancer du sein n'est pas connue de tous. Il est important que les femmes aient connaissance de cette pathologie et des façons de la dépister afin de pouvoir procéder rapidement aux traitements dès l'apparition des premiers signes. Il serait intéressant de réfléchir à des moyens plus efficaces de diffusion de l'information : augmenter le nombre de campagnes de prévention à la télévision aux heures de grande écoute, à la radio, dans la presse, chez les professionnels de santé et, surtout, multiplier les séances d'information par des professionnels formés.

L'atelier Périnatalité, quant à lui, réunissait des femmes dont la préoccupation commune était d'élever au mieux leurs enfants au sein d'une société dans laquelle elles se sentent exclues. Avec leur entrain, leurs craintes et leurs valeurs, elles dressent le portrait de la maternité actuelle. Avec l'aide d'une infirmière spécialisée de la maison des adolescents de Nancy, nous avons pu aborder avec ces femmes divers sujets. Il semblait inquiétant pour elles d'élever leurs enfants au sein d'une société hyper-sexualisée. Nous nous sommes donc intéressées à des questions récurrentes telles que l'accompagnement des enfants dans leur croissance, la méthode pour développer leur estime de soi et l'introduction progressive de la puberté et de la sexualité. Nous les avons également sensibilisées à l'impact des images inadaptées à l'âge de l'enfant.

Du fait de la convivialité des ateliers, il a été plus simple pour nous d'aboutir à un réel échange avec les participants. Toutefois, nous avons rencontré quelques difficultés. En effet dans certains cas, cela nous a demandé quelques efforts supplémentaires pour encadrer des adolescents qui n'arrivaient pas s'investir dans la séance du fait de leur manque de concentration. De plus, les responsables de l'association

ont souhaité être présentes lors des premières séances, il a donc fallu leur expliquer que, pour un souci d'intimité, leur absence serait profitable à l'ensemble du groupe.

Afin d'améliorer la prévention, il nous semble judicieux de proposer des séances d'information plus régulières. Cela permettrait d'une part, une meilleure insertion des adhérents dans l'association et dans la vie en société et d'autre part, une amélioration de la vie en communauté.

Nous avons reçu des retours positifs de la part des membres des associations et des directeurs de celles-ci. De nouvelles séances nous ont été proposées avec différents thèmes choisis par les adhérents cette fois-ci.

Nous sommes fières d'avoir pu réaliser notre projet jusqu'au bout. Nous nous sommes rendu compte du réel besoin qu'il y avait en termes d'information gynécologique auprès de notre population cible. Nous sommes convaincues que les professionnels de santé ainsi que les étudiants peuvent changer les choses à ce niveau. Ce fut donc une expérience très riche et surtout humaine qu'on serait ravies de renouveler une nouvelle fois dans d'autres structures.

→ CONCLUSION

En tant qu'étudiantes sages-femmes, nous avons l'intime conviction qu'intervenir hors du contexte scolaire serait une aubaine pour sensibiliser la population à la prévention gynécologique. Nous aimerions proposer cela au sein même de notre formation. En effet, il serait intéressant de réaliser par exemple des séances d'information-prévention dans des maisons de jeunesse, des associations qui regroupent des femmes, des foyers, des centres aérés avec des groupes d'adolescents ou bien dans des centres sociaux. ■

RÉFÉRENCES

1. Avortements. [En ligne] (Consulté le 30/05/2016). Disponible sur : <https://www.ined.fr>
2. Utilisation de la contraception et IVG. [En ligne] (Consulté le 28/05/2016). Disponible sur : <http://www.insee.fr>
3. Millot O. Le nombre d'IVG toujours en hausse chez les mineures, faute de prévention. [En ligne] (Consulté le 30/05/2016). Disponible sur : <http://www.liberation.fr>
4. Les cancers en France en 2015. [En ligne] (Consulté le 30/05/2016). Disponible sur : <http://www.who.int>
5. Épidémiologie des cancers. [en ligne] (Consulté le 30/05/2016). Disponible sur : www.e-cancer.fr
6. Épidémiologie des cancers. [en ligne] (Consulté le 30/05/2016). Disponible sur : www.e-cancer.fr
7. Cancer du sein : prévention et lutte contre la maladie. [En ligne] (Consulté le 30/05/2016). Disponible sur : <http://www.who.int>

RÉFECTION PÉRINÉALE 2/2

>> Suite de la fiche technique du N° 459 des D.O. (Juin 2016)

SUTURES DES DÉCHIRURES ET PÉRINÉOTOMIES

■ Déchirures vulvaires antérieures

• Suture si :

- présence d'un important délabrement
- saignement persistant malgré compression
- sinon éviter de les suturer (accentue déchirure et saignement)

- Si besoin: mettre une sonde vésicale en place (bien visualiser et localiser l'urètre, pour éviter sa suture ou transfixion).

■ Déchirures vaginales

• Bilan lésionnel préalable > Étape majeure

• Bien repérer l'extrémité distale de la brèche pour la réalisation du 1^{er} point

• Au moindre doute, réaliser un examen sous valve (rechercher déchirure du cul-de-sac ou cervicale)

• ATTENTION ⚠ peuvent être parfois à risque hémorragique.

- Ne pas appuyer latéralement sur le paravagin (risque de lésions veineuses: hématome/thrombus)

• Attention à la vessie! pour les sutures antéro latérales

• Fil: 2/0 résorbable

• Points :

- Points simples séparés éversants ou en X (plus hémostatiques)
- Surjet: rapide et hémostatique mais plus à risque de cicatrice rétractile

- En cas de délabrement trop important: avis obstétricien (hors compétences SF: pour méchage et sondage urinaire, voire embolisation).

■ Déchirures cervicales (hors compétences SF)

- Examen sous valve
- Rechercher l'extrémité distale de la déchirure (Extension corporeale? Extension aux culs-de-sac vaginaux?)
- Plaie cervicale endovaginale isolée: suture seulement si plaie hémorragique.

■ Déchirures périnéales simples

→ Les sutures périnéales: recommandations

Si les berges de la plaie sont nettes, préférer la technique du surjet continu à la technique en 3 plans ("sous réserve d'une formation spécifique")

- Amélioration significative de la douleur et du risque de déhiscence
- Il existe une plus grande satisfaction significative chez les patientes (gr A)

RAPPEL DE RECOMMANDATIONS

■ AVANT de débiter la suture des différents plans, penser à :

- SUTURER le cas échéant des vaisseaux hémorragiques.
- Réaliser un TR à la recherche d'une déchirure complète du périnée.

■ TOUT AU LONG de la réfection, penser à :

- Éponger et tendre (étirer) la plaie avec une compresse (dans le sens de la plaie) pour bien visualiser les repères anatomiques des zones à affronter et respecter la symétrie de la vulve.
- Renouveler l'asepsie régulièrement.

■ APRÈS la réfection du plan musculaire, penser à :

- Réaliser un TR à la recherche d'un point transfixiant la muqueuse rectale (à retirer immédiatement le cas échéant).

→ La suture périnéale en 3 plans (schéma ci-dessous)

1. Plan vaginal

- Utilisation d'un fil résorbable polyglycolique 2/0 (ou dec. 3)
- Écarter les parois vaginales avec 2 doigts en V
- Réaliser un point à l'angle distal de la plaie vaginale, bien étanche
- Suture de haut en bas par surjet simple ou surjet passé ou des points séparés
- Terminer à la jonction cutané-muqueuse.

Remarques

- Débris hyménéaux à affronter bord à bord servant de repères, néanmoins ne sont pas à suturer
- Charger l'aiguille suffisamment en profondeur pour être étanche et éviter les espaces morts (sources d'hématomes et d'infection).

2. Plan musculaire

- Utilisation d'un fil résorbable polyglycolique 2/0 (ou dec. 3)
- Points perpendiculaires à la tranche de section et parallèles au plan vaginal
- Réalisation de points en X peu serrés prenant un double appui sur chaque berge, permettant de rapprocher les tranches musculaires sans les sectionner
- Affronter sans trop serrer (pour limiter la douleur, et ne pas sectionner le muscle)
- Charger le faisceau musculaire en deux fois (en ressortant l'aiguille entre les deux berges musculaires)
- Ne pas multiplier les points pour éviter les infections locales et plus de douleur
- Vérifier par un TR l'absence de point transfixiant la muqueuse rectale.

3. Plan cutané

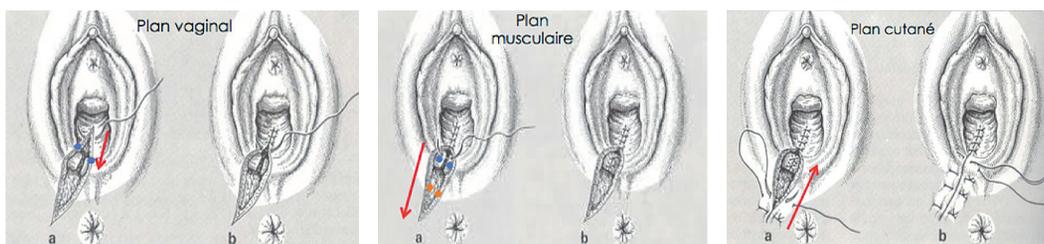
- Utilisation d'un fil synthétique résorbable polyglycolique 2/0 (ou dec.3) ou 3/0 (dec.2).

La suture périnéale en 3 plans

→ Sens de la réfection

- Repères pour le rapprochement

D'après J. Lansac. Dans: J. Lansac, P. Descamps, J.-F. Oury, eds. *Pratique de l'accouchement*. 5^e ed. Paris: Masson; 2011.



- Réalisation de :
 - **Points de Blairs Donati (BD)**: fil synthétique résorbable polyglycolique 2/0 (ou dec.3) ou 3/0 (dec.2)
 - Ou d'un **surjet intradermique** (moins de douleur dans le post-partum): fil synthétique **résorbable rapide** polyglycolique 2/0 (ou dec.3) ou 3/0 (dec.2)
- Direction de l'anus vers le vagin (pour une reconstruction symétrique de la vulve)
- Pour les deux méthodes: terminer par 1 à 2 points de BD à la fourchette entre la jonction cutané-muqueuse et les reliefs hyménéaux.

→ **Technique du surjet continu ou "technique un fil - un nœud"**

- http://www.canal-u.tv/video/universite_bordeaux_segalen_dcam/L_episiotomie_a_un_fil.3263

Avantages

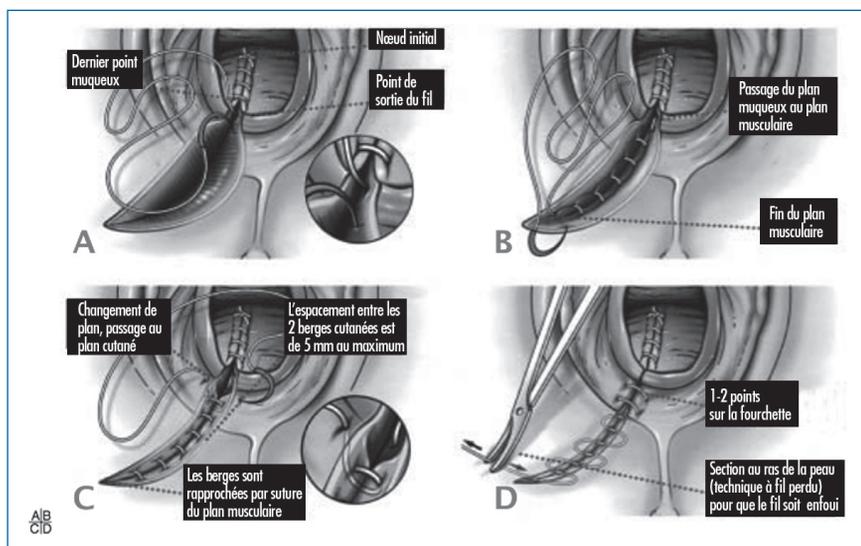
- Facile à réaliser
- Rapide
- Économique
- Bons résultats anatomiques
- Bons résultats esthétiques
- **Réduit la douleur et les risques de déhiscence**
- **Améliore la satisfaction chez les patientes.**

Inconvénients

- Possible sur épisiotomie franche et déchirure périnéale simple (jusqu'au 2^e degré anglo-saxon)
- Difficilement réalisable sur déchirure du 3^e degré, ou délabrement important des tissus.

Schéma de réalisation (ci-dessous)

Schémas et méthode du Dr Théry et du laboratoire Ethicon, extraits de: Verspyck E, Sentilhes L, Roman H, Sergent F, Marpeau L. *Techniques chirurgicales de l'épisiotomie.*



J Gynecol Obstet Reprod 2006; 35 (suppl. au n° 1): 1S40-1S51.

Quatre plans de rapprochement

- A. Muqueuse vaginale
- B. Muscle
- C. Plan sous-cutané
- D. Plan cutané (intradermique)

Fil

Type polyglycolique à **résorption rapide 2/0** (dec.3), 90 cm, aiguille: Tapercut, ½ cercle, ≥ 36 mm.

A: plan muqueux (sens descendant)

- Réaliser le point à l'extrémité distale de la déchirure vaginale (seul nœud de la technique, couper le petit brin seulement)
- Continuer par un surjet vaginal
- Jusqu'en arrière de la cicatrice hyménale.

B: plan musculaire (sens descendant)

- Replonger l'aiguille en sous-muqueux
- Avant de continuer par le surjet musculaire
- Poursuivre le surjet musculaire en descendant jusqu'au point d'angle cutané
- Plus de passages musculaires que pour des points séparés
- **MAIS rapprocher** les faisceaux musculaires **sans serrer** (prévenir la douleur).

C: plan sous-cutané (sens remontant)

- Poursuivre le surjet dans l'espace sous-cutané
- Remonter **jusqu'en avant** de la cicatrice hyménale
(Plan qui efface l'espace mort sous-cutané et limite les tensions cutanées).

D: plan cutané (sens descendant)

- Le plan sous-cutané s'est terminé en avant de l'hymen
- Ressortir l'aiguille du plan muqueux
- Poursuivre surjet par 1 ou 2 points sur la muqueuse jusqu'à la jonction peau-muqueuse

- Replonger l'aiguille en sous-muqueux
- Avant de poursuivre en intradermique
- Puis, poursuivre en intradermique
- Poursuivre symétriquement (aiguille intradermique au ras de la peau) jusqu'au point d'angle de la peau
- Replonger l'aiguille dans l'angle cutané de la plaie
- Ressortir l'aiguille dans le gras de la fesse à 1 ou 2 cm
- Couper le fil au ras de la peau (fil enfoui, pas de nœud supplémentaire).

RECONNAÎTRE UNE DÉCHIRURE COMPLÈTE (RÉFECTION: HORS COMPÉTENCES SF)

- <https://www.youtube.com/watch?v=v27e-5-YJCQ&spfreload=1>
- <https://www.youtube.com/watch?v=cQzHKnNtkc4>

- Effacement des plis radiaires de l'anus par rupture du sphincter
- Au toucher rectal: perception d'une béance par rétraction des chefs musculaires chacun dans leur gaine.

BIBLIOGRAPHIE

- Conseil National de l'ordre des sages-femmes, Collectif des associations et syndicats de sages-femmes. *Référentiel métier et compétences des sages-femmes.* Janvier 2010.
- Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. *Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes.* EMC avril 2013; 8 (1).
- Verspyck E, Sentilhes L, Roman H, Sergent F, Marpeau L. *Techniques chirurgicales de l'épisiotomie.* J Gynecol Obstet Reprod 2006; 35 (suppl. au n° 1): 1S40-1S51.
- Revol M, Servant JM. Suture. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Techniques chirurgicales – Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique* 2010; 45-030
- J. Lansac. *Épisiotomie et déchirures du périnée.* Dans: J Lansac, P. Descamps, J.-F. Oury, eds. *Pratique de l'accouchement.* 5e ed. Paris: Masson; 2011.
- J. Lansac. *Accouchement imprévu à domicile.* Dans J. Lansac, G. Magnin, L. Sentilhes, eds. *Obstétrique pour le praticien.* 6e ed. Paris: Masson; 2013.

SITOGRAFIE

cf. N° 459 (DO de juin 2016).

Depuis bientôt 20 ans, YSY Médical accompagne les professionnels de santé et développe des solutions fiables et innovantes.

Rééducation Périnéale Cardiotocographes - Échographes

YSY EST ÉVOLUTION 2

Combiné Biofeedback / Stimulation informatisé

Logiciel spécifique SF (consultation post natale, suivi de grossesse et gynécologique)

Véritable Biofeedback temps réel sans perturbation (précision : 0.1 μ V)

Multiplicité des écrans BFB pour une compréhension parfaite de la patiente

Programmes ludiques / jeux animés - Confort de stimulation reconnu par tous

Bilans de début et de fin de traitement - Planches anatomiques avec zoom intégré



F2 & F3

Monitoring fœtal avec calcul V.C.T.

Les capteurs très haute sensibilité assurent une détection fœtale instantanée, dès 18 SA, et même dans les cas extrêmes (obésité, arythmie, présentation basse, résistance cutanée élevée...)

Transfert sur clé USB (F3), batterie 7H - logiciel OFFERT

Léger < 3,7 kg, sacoche ou valise avec protection contre les chocs



U50

Échographe portable avec doppler couleur

Optimisations automatiques d'imagerie selon l'examen sélectionné (corrélation spatiale, réduction de speckle, technologie multi faisceaux, fréquences harmoniques...)

Nouvelles sondes haute définition

Modes d'imagerie : B, 2B, 4B, B+M, M, PW, CW, CFM, PDI, DICOM

Compact, léger, batterie

YSY MEDICAL



Fabricant de matériels de rééducation et importateur exclusif EDAN

Tél. : 04 66 64 05 11 – Fax : 04 66 29 11 43 - Email : contact@ysy-medical.fr

www.ysy-medical.fr

Le management stratégique des cadres hospitaliers... au rythme des réformes (1^{RE} PARTIE)

UN CONTEXTE DE RÉFORMES HOSPITALIÈRES POUR LE NEW MANAGEMENT

Après la réforme hospitalière de juillet 1991, les Ordonnances Juppé de 1996 et la récente loi du 26 janvier 2016 relative à la « *Modernisation du système de santé* », les établissements sont en proie de revoir leurs modes de management hospitalier en termes de pilotage stratégique, organisationnel, structurel, managérial et financier : on parle alors de « *New management* ».

En effet, le contexte politique de fortes rationalisations des activités médico-économiques hospitalières se renforce à nouveau avec la mise en place des 135 Groupements Hospitaliers de Territoire au 1^{er} juillet 2016, à l'échelle nationale, faisant suite au Rapport de la mission Huber-Martineau (mai 2015).

La toute dernière réforme engage donc les établissements à poursuivre sans relâche les objectifs de réduction drastique du déficit structurel des dépenses de santé (plus de 3 milliards d'économies), sous l'autorité des tutelles, notamment les Agences Régionales de Santé et la Direction Générale de l'Offre de Soins.

L'ENCADREMENT HOSPITALIER FORTEMENT SOLLICITÉ

Parmi les acteurs clés participant au pilotage stratégique des établissements de santé, l'encadrement intermédiaire, issu de la filière soignante (cadres de santé et cadres supérieurs de santé), occupe de nouvelles responsabilités managériales, venant s'ajouter à ses missions principales :



d'abord, la dimension gestionnaire des activités cliniques, médico-techniques et de rééducation à travers les "pôles d'activités", puis dans un avenir proche, un élargissement du périmètre de leur exercice professionnel à l'échelle d'un territoire de santé.

En observant les activités des cadres hospitaliers au quotidien, il s'avère qu'ils sont de plus en plus aux prises des modèles de performances managériales et des innovations technologiques issues du monde de l'entreprise pour les intégrer dans des logiques de processus de productions de soins, avec une dimension lucrative et concurrentielle de plus en plus visible à travers les outils de pilotage médico-économiques mis en œuvre (à travers la mise en place de la T2A¹).

Les évolutions des technologies médicales et des pratiques professionnelles s'inscrivent dans un environnement de plus en plus spécialisé, nécessitant que les professionnels de santé actualisent régulièrement leurs compétences métiers. Le dispositif du Développement Professionnel Continu, a été mis en place en 2009 dans le cadre de la Loi HPST, dispositif en application depuis le 1^{er} janvier 2013.

UN POSITIONNEMENT « ENTRE LE MARTEAU ET L'ENCLUME »

Les cadres paramédicaux se trouvent aujourd'hui dans une posture transitoire en raison, notamment, de leur nouveau positionnement au niveau des services cliniques, des services supports et des directions fonctionnelles de l'établissement, soulignés dans un récent rapport IGAS².



Le cadre de santé est aujourd'hui invité à faire évoluer son positionnement professionnel, au sens de Norbert Alter ³, ce sociologue qui définit trois logiques entre les « pionniers », les « imitateurs », et les « réfractaires ». À l'hôpital, ce sont justement les cadres paramédicaux qui sont les pionniers parce qu'il y a la création d'une nouvelle fonction dans ce contexte en pleine mutation qui enclenche ce mouvement.

La fonction interroge donc une problématique identitaire selon l'approche sociologique de Sainsaulieu ⁴ dont on peut en découvrir les spécificités, notamment dans le descriptif d'activités des « cadres soignants responsables d'unités de soins » contenu dans le répertoire national de la FPH ⁵, enrichi par l'approche sociologique des professions de Dubar & Tripiet ⁶.

1. T2A (Tarification à l'Activité), voir le Rapport Gouvernemental du Ministère de la Santé et des Sports présenté au Parlement : *Rapport 2010 au Parlement sur la T2A*.
2. Sociologue spécialiste des organisations, Norbert Alter, *L'innovation ordinaire*, Paris, PUF, 2005.
3. Sainsaulieu, R. *L'identité au travail*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques et ANACT, 1985.
4. Répertoire des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, et dans : 2009, ENSP, *Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*, Tome 2: Monographie de 10 métiers et groupes métiers sensibles, Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports, 2007, Éditions ENSP, 329 pages.
5. Dubar & Tripiet, *Sociologie des professions*, Édition Collection, Armand Colin, Paris, 2005.

PRÉSENTATION DE L'AUTEUR

Jean-Luc STANISLAS est Cadre Supérieur de Santé, (93). Consultant Leadership. Auteur de « *Le management stratégique des cadres hospitaliers en mutation* », Éditions Universitaires Européennes, mars 2016. Master "Économie, Gestion et Management de la Santé" - Université Paris-Dauphine.

MAIS UN ENVIRONNEMENT HOSPITALIER MARQUÉ PAR UN MANAGEMENT PARADOXAL

Par ailleurs, l'hôpital, dans son environnement actuel, montre une certaine discordance entre ses missions (accueil, soins, missions sociales, hyperspécialisations, ordre public) : l'émergence chronique de tensions dans sa logique de gestion avec une insuffisance de ses ressources financières ; des enjeux de pouvoirs entre le médical et l'activité syndicale ; ses délocalisations hospitalières à la périphérie ; une nouvelle logique de planification devant composer avec celle de l'aménagement du territoire. Ces réalités montrent un contexte de mutation et de complexification du système hospitalier du fait de son instabilité et de son climat incertain. Enfin, la fonction managériale a rencontré, également, des changements conséquents.

Les principes traditionnels de l'administration hospitalière centrée sur l'unité, l'égalité et l'universalité, entrent désormais dans un nouveau paradigme de la gestion hospitalière (émergences de nouveaux modes de management de type situationnel) compte tenu de la complexification de l'organisation du travail hospitalier.

→ Suite de l'article au prochain numéro de **Dossiers de l'Obstétrique** (N° 461 - Août/Septembre 2016).



Problèmes vaginaux ?

Gynofit supprime – les démangeaisons, les brûlures et les pertes malodorantes !

Gel vaginal à l'acide lactique Gynofit

Doux et efficace. Sans conservateur.
Dans un applicateur hygiénique à usage unique.

Enfin quelque chose qui aide vraiment !

Disponible en pharmacie et droguerie sans ordonnance médicale

www.gynofit.ch



NOUVEAU



La fondation Étienne Lamy ou le Prix de l'Académie Française en faveur des familles nombreuses

Les historiens nous plongent depuis deux ans dans l'histoire de la Première Guerre mondiale en tentant, à partir d'anecdotes, d'ébauches de portraits, de chroniques intimes... d'embrasser ces quatre années de guerre, en faisant naître en nous de nouveaux horizons¹. Le sévère défi qu'ils relèvent est aussi celui de nous embarquer dans un monde qui fut au bord de l'abîme, de raviver ces tranches de vécu par des expositions qui présentent des objets du quotidien ou du Front et de créer des dialogues autour du souvenir d'événements marqués au fer rouge. C'est au rythme de ce type de tête-à-tête quotidien que nous enrichissons nos connaissances.

Dans cet article, c'est sur les traces de l'académicien Étienne Lamy que nous allons partir. En effet, dans un bel esprit, Étienne Lamy s'occupa durant les années du conflit, de questions sociales et surtout, il vint en aide dès la mi-juin 1916 aux familles nombreuses.



Étienne Lamy, *Le Pays de France*,
18 octobre 1919, p. 11

Saisissons sur le vif, pour commencer cet article, dans les communiqués militaires, quelques nouvelles du front du 15 juin 1916. Il y a cent ans, alors que la colère grondait et que le feu faisait rage, alors que dans la Meuse les munitions des artilleries françaises et allemandes sifflaient au-dessus des têtes, alors que dans les Vosges, les détachements ennemis tentaient d'envahir les tranchées françaises, de l'autre côté de l'Atlantique de forts raids se déroulaient entre le Mexique et les États-Unis.

Pendant ce temps, à Paris, le secrétaire perpétuel de l'Académie française, Étienne Lamy, se préparait à répondre avec force aux défis de la repopulation de la France. Pour réaliser son œuvre, il fit un don exceptionnel de 500 000 francs pour aider les familles françaises riches d'enfants et créa à cet effet le 15 juin 1916 le *Prix de l'Académie Française en faveur des familles nombreuses*².

Qui est Étienne Lamy? Tour à tour homme politique, homme de lettres et historien, Étienne Lamy est né le 2 juin 1845 à Cize dans le Jura³. Député⁴ républicain du Jura de 1871 à 1881, il rédigea, à l'époque où il siégeait à la Commission de la Marine de l'Assemblée nationale, le fameux *Rapport sur le budget de*

marine (1879). Connu comme étant un grand orateur, il fut élu à l'Académie française le 8 juin 1905. Auteur d'*Études sur le Second empire* (1895), il publia aussi de nombreux articles dans le *Correspondant*, le *Moniteur* et dans la *Revue des Deux-Mondes*.

« Écoutez ô Français la leçon de la guerre, et faites des enfants vous qui n'en faisiez guère »

Apollinaire, *Les Mamelles de Tirésias*, prologue, 881.

Dès 1915, le tempo de la tendance à la repopulation en France prit de l'élan car porté par de nombreuses initiatives. Un exemple s'impose. Dès 1916, les artistes s'engagèrent pour soutenir l'idée de la repopulation; ce fut le cas d'Apollinaire. « Apollinaire, écrivait Tatsiana Kuchyts-Challier, assume le rôle de militant pour la cause nataliste, comme un aveu, l'aveu de vouloir agir sur les consciences des spectateurs. [...] Et si ce simulacre de ce drame (*Les Mamelles de Tirésias*) imite la réalité de la dépopulation, le dessein de son auteur est de mettre le principal instinct de l'homme au profit de la réalité nouvelle qu'il s'agit de créer. »⁵

Au-delà du monde artistique, la question de la repopulation de la France se posa aussi très tôt, dès 1916, dans d'autres sphères qui pensaient l'enfant comme un bien national⁶. Le sociologue et juriste Charles Benoist mena en 1916 une longue enquête sur la diminution de la population en France. En août 1916, il présenta son rapport à l'Académie des sciences morales et politiques et compara la politique nataliste française et allemande d'avant-guerre. Son expertise fut la suivante : « La guerre actuelle nous a suffisamment démontré que si l'adversaire a pu résister aussi longtemps, c'est grâce à des réserves qu'il espérait inépuisables. En Allemagne (comme en général dans les pays du Nord) la natalité est très florissante, ce qui lui a permis non seulement de n'employer chez elle que des nationaux, mais encore de les occuper dans les colonies et aussi d'en inonder les pays voisins. [...] Pourquoi ne préparerions-nous pas l'après-guerre, en songeant à tous les bras qui dans vingt ans seront nécessaires pour donner à la France relevée de ses deuils et de ses ruines l'essor prodigieux indispensable au développement de son commerce et de son industrie ? Donner des enfants à la patrie : quoi de plus beau ? [...] »⁷. L'image est bien visualisée.

« La femme, pourvue par l'État de la même instruction que l'homme, pourra, comme lui, consacrer à toutes les professions la somme de travail nécessaire pour pourvoir à ses besoins. »

L'INFLUENCE DE LA FEMME, DE LA MÈRE

Revenons à Étienne Lamy⁸. Craignant très tôt que la dépopulation causée par les ravages eut des conséquences redoutables, il s'interrogea sur la natalité. Si son intérêt pour cette question se manifesta d'abord dès 1885 dans l'ouvrage *Armée et Démocratie*, ce fut surtout en 1901, dans l'ouvrage *La Femme de demain*⁹, qu'il coucha sur le papier ses idées sur la façon dont les jeunes mères et les petits enfants devaient être pris en charge le plus tôt possible. « La femme, pourvue par l'État de la même instruction que l'homme, pourra, comme lui, consacrer à toutes les professions la somme de travail nécessaire pour pourvoir

à ses besoins. Si cette égalité n'est pas aussi parfaite qu'il faudrait, si le socialisme n'a pas encore trouvé le moyen de partager entre l'homme et la femme les mois de grossesse, du moins réduit-il au moindre mal l'infériorité que cette charge impose à la femme dans sa concurrence avec l'homme. Dès qu'elle a mis son enfant au monde, des institutions multiples lui épargnent l'embarras de le nourrir, de le soigner, de l'instruire et permettent à la mère de reprendre sans tarder sa place dans sa profession. Car elle ne doit pas être frustrée du gain quotidien qui lui donne du temps pour l'essentiel de la vie : le plaisir.¹⁰ » *La Femme de demain* se résumait ainsi d'après André Chevrillon : « C'est toi qui portes et prépares la vie ; tu en gardes les formes nécessaires. Le souvenir du souffle originel est la tradition, la réserve religieuse de l'humanité.¹¹ »

En pénétrant dans les thèses d'Étienne Lamy, on est d'emblée frappé par l'idée qu'il se faisait de la femme, de l'enfant et de la famille qu'il considérait comme un trésor qu'il était dommage de voir disparaître. Son constat sur la nécessité de prendre en compte la question de la repopulation fut diffusé dans de nombreux journaux. Étienne Lamy l'a dressé pour le plus grand nombre dans *Le Moniteur d'Issoire* du 15 novembre 1916 qui rapportait le texte publié précédemment dans *Les Annales* : « Vérités : à répandre. La force ascensionnelle d'une race est l'excédent des naissances sur les décès. Cet excédent annuel a atteint pour la Russie 2 millions, pour l'Allemagne 1 million, pour l'Autriche 600 000, pour l'Italie 500 000, pour l'Angleterre 400 000 ; il s'accroît régulièrement. Pour la France, l'excédent « qui était de près de 200 000 sous la Restauration, de plus de 100 000 encore pendant les dix années en 1876, s'est abaissé à 38 000 en moyenne pour les vingt années suivantes, 1886 à 1905, puis 26 000 de 1906 à 1913. » C'est assez, c'est trop pour montrer combien vite augmente l'écart entre nous et les peuples déjà si forts et qui s'accroissent vingt fois, cinquante fois, cent fois plus vite que nous. Non seulement, chaque jour la distance grandit entre eux et nous, elle diminue entre nous et les petits peuples. [...] Il n'est pas nécessaire de grandir pour vivre diront quelques-uns : une France de 39 millions d'hommes leur suffit. Voici pour ces impassibles une dernière vérité et la plus triste. Non seulement, la France a fini de grandir, elle a commencé de diminuer, elle oscille. Depuis 25 ans, les années où les naissances l'emportent sur les morts et celles où les décès l'emportent sur les naissances s'équilibrent. [...] À la veille de la guerre, dans le premier semestre de 1914, les

1. André Loez et Nicolas Offenstadt, *La Grande Guerre – carnet du Centenaire*. Paris, Albin Michel, 2013, 256 p. – Caroline Poulain, *Manger et boire entre 1914 et 1918*. Gand, Snoeck Publishers, janvier 2016 – Jérôme Janicki. « Collines d'Artois 14-18 ». Mise à jour le 18 mai 2016. Collines d'Artois 14-18, [En ligne]. <https://play.google.com/store/apps/details?id=net.atoo.collinesartois>

2. À titre de comparaison le quotidien *Le Petit Parisien* coûtait 5 centimes. Pour en savoir davantage sur les familles nombreuses, consultez Virginie De Luca Barrusse, *Les familles nombreuses. Une question démographique, un enjeu politique. France (1880-1940)*. Revue d'Histoire de la Protection Sociale, 2008, 1, pp. 155-161.

3. On trouve de nos jours une rue Étienne Lamy dans la commune de Cize (39300). Son père, Victor Lamy, et sa mère, Hermine Pernet, étaient installés à Cize depuis longtemps.

4. Un autre député nommé Étienne Lamy, député du Morbihan, s'illustra au début du XX^e siècle lors d'une discussion sur "l'usage abusif de la langue bretonne."

5. Tatsiana Kuchyts-Challier, *Vitam Impendere Bello: La Grande Guerre sur l'Autre scène d'Apollinaire*. Relief, 2014, 8, 2, pp. 15-27.

6. Consultez Jean-Yves Le Naour, *Le sexe et la guerre: divergences franco-américaines pendant la Grande Guerre (1917-1918)*. Guerres mondiales et conflits contemporains, mars 2000, 197, pp. 103-116.

7. Pierre Poisson, *Pour la repopulation*. Le Courrier de l'Oise, 32, dimanche 13 août 1916, p. 1.

8. Étienne Lamy fut délégué en 1912 au Congrès de la langue française au Canada et il prononça une importante communication en juin 1913 lors du colloque intitulé « *Les survivances françaises au Canada* ». Son intérêt pour le reste du monde fut majeur. Au début de la Grande Guerre, Étienne Lamy avait anticipé l'idée que la France serait envahie par la Belgique. Il déclarait : « *La Belgique est le meilleur chemin pour surprendre la France* ». Ce dernier connaissait très bien la Belgique, royaume qu'il avait visité avec son père. Il eut aussi l'occasion d'effectuer un voyage d'études à la Casa de Velazquez à Madrid.

9. Étienne Lamy, *La femme de demain*. Paris, Perrin et compagnie, 1901, 287 p.

10. Étienne Lamy, *La femme de demain*. Paris, Perrin et compagnie, 1901, pp. 178-9.

11. Extrait du discours de réception d'André Chevrillon à l'Académie française le 21 avril 1921.

décès ont dépassé de 30 000 les naissances. [...] Donc, à cette allure décroissante, la France du vingt et unième siècle ne comptera plus 39 millions, qui est le chiffre de sa population actuelle, mais seulement 19 800 000, mettons 20 millions. Tel est l'avenir. »

UNE QUALIFICATION RELIGIEUSE AUX FAMILLES MÉRITANTES

Ces théories ne pouvaient faire l'impasse sur une mise en œuvre concrète. C'est pourquoi, il fit une donation de 500 000 francs au *Prix de l'Académie française en faveur des familles nombreuses*. À l'occasion de cette donation, Étienne Lamy fit une déclaration que la presse reprit. « Certain que restaurer la fécondité de notre race est le plus essentiel intérêt de la France ; que la plus efficace conseillère du devoir est la morale religieuse, et que tout Français doit hâter la résurrection de la vie nationale, je voudrais aider quelques-uns des pères et des mères qui, par des privations quotidiennes et volontairement subies, perpétuent encore des foyers riches d'enfants. Le revenu annuel de la fondation qui représentera à peu près 25 000 francs, sera, chaque année réparti entre les familles de paysans français et catholiques¹² et partagé entre deux de ces familles, parmi les plus pauvres, les plus nombreuses, les plus chrétiennes de croyance¹³, les plus intactes de mœurs. Dans des conditions exceptionnelles, s'il apparaît qu'une somme plus considérable remise à une seule famille ne risquera pas d'y introduire la paresse, mais achèvera d'y rendre meilleur un avenir déjà préparé par de l'intelligence et du travail, la totalité du revenu pourra former un seul prix. »¹⁴

« Le revenu annuel de la fondation sera chaque année réparti entre les familles de paysans français et catholiques et partagé entre deux de ces familles, parmi les plus pauvres, les plus nombreuses, les plus chrétiennes de croyance, les plus intactes de mœurs »

LES PRIX DÉCERNÉS SONT PUBLIÉS DANS LA PRESSE GÉNÉRALISTE

En créant le *Prix de l'Académie française en faveur des familles nombreuses*, il y a de fortes chances qu'Étienne Lamy avait en tête les souvenirs de sa jeunesse, le souvenir des paysans de son village de Cize, situé dans le Haut-Jura, village qui ne comptait jadis pas plus d'une centaine d'habitants, dont nombre de fruitières, de coupeurs de bois ou de faucheurs de foin¹⁵. Pour espérer obtenir le prix, les familles devaient préalablement adresser un dossier auprès du secrétariat de l'Institut au 23 Quai Conti à Paris. Puis, après une exigeante étude, la liste des lauréats était publiée sous cette forme : « le 28 décembre 1926, l'Académie française décerna 20 prix de 10 000 francs. Un des prix a été alloué à la famille Blanchet à la Bégnie (Vendée) qui a 17 enfants vivants. »¹⁶

Pile au rendez-vous, la vénérable presse des quatre coins de la France publiait les passages de la liste qui concernaient son

département. On lit par exemple dans le journal *Ouest-Eclair* la liste complète des familles nombreuses récompensées en 1929 :

« Paris, 19 décembre 1929 – Voici la liste des prix pour les familles nombreuses (Fondation Étienne Lamy), décernés par l'Académie française : dix-neuf prix de 10 000 francs à : MM. Colas à la Ville-Davy (Côtes-du-Nord), 14 enfants vivants – Monnier à Bailleul (Sarthe), 14 enfants vivants – Pain à Flottemanville (Manche), 15 enfants vivants – Tirel à Besneville (Manche), 14 enfants vivants – Morin à Plédran (Côtes-du-Nord), 14 enfants vivants – Sabot à Saint-Vincent (Morbihan), 15 enfants vivants – Lhenoret à Pont-l'Abbé (Finistère), 13 enfants vivants et Rubin à Sainte-Melaine (Ille-et-Vilaine), 18 enfants vivants. »

Le *Prix de l'Académie française en faveur des familles nombreuses* n'était toutefois pas indifféremment distribué puisqu'il était réservé aux bonnes familles chrétiennes. Il ne pouvait en être autrement ; à l'époque, comme le disait Georges Trouillot, « Le cléricisme, c'est Lamy ». Il dirigeait la fédération catholique en tant que catholique républicain.¹⁷

L'ACCORD DU MINISTRE EN PLEINE "UNION SACRÉE" »

En dépit de l'aspect confessionnel et très clairement catholique du *Prix de l'Académie française en faveur des familles nombreuses*, le ministre officialisa ce prix le 28 juin 1916. Il faut se souvenir que durant la Grande Guerre, l'Académie française était selon le mot de Jean-Luc Marais, un « bastion de la défense catholique » alors que la France était clairement républicaine. Le ministre aurait sans doute préféré l'emploi de l'expression « valeurs républicaines » à la place de « valeurs chrétiennes » mais il régnait dans la France de la Première Guerre mondiale, selon la formule de Poincaré, « l'Union sacrée ». Le conflit religieux était donc apaisé.

La réalisation d'Étienne Lamy eut le temps de mûrir et de faire des émules. Plus tard, l'idée fut reprise par Jules Louis Breton, ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale ; la présence de l'idée spirituelle en moins. Au moment de la création de la *Médaille de la Famille Française* en mai 1920, ce dernier insista sur le fait que pour mériter cette récompense, « il ne suffit pas de mettre au monde des enfants, il faut encore savoir les élever et s'efforcer en toute occasion, par le conseil et par l'exemple, de leur inculquer une saine éducation morale. »

« LA FLAMME QUI NE DOIT PAS S'ÉTEINDRE »¹⁸

Son action fut aussi suivie par Auguste Isaac (1849-1938), le président honoraire de la Chambre de Commerce de Lyon, qui s'intéressa aux questions démographiques et mit en place en 1916 « *La plus grande famille* » puis le Conseil supérieur de la natalité en 1920¹⁹.

Le *Prix de l'Académie française en faveur des familles nombreuses* peut s'enorgueillir d'avoir suscité l'intérêt de nombreux notables qui firent des donations à la Fondation Lamy. Il y eut en novembre 1916, le don du notaire Lefrançois d'Yvetot (60 000 francs), le don Batard de Paris ou du conducteur des Ponts et Chaussées Fachan de Bagnières de Bigorre.

CONCLUSION

Étienne Lamy fut pionnier dans la mise en place de ce type de prix. Toujours prêt à défendre la condition féminine et la natalité, il ne se maria pourtant jamais et demeura jusqu'en 1907 proche de sa mère. Contre vents et marées au début, il garda le cap pour que son initiative soit sublimée. Cette aide ne devait pas concerner que les familles catholiques. Il considérait en effet : « *je souhaite que les protestants songent de même aux familles protestantes, les israélites aux familles juives, que les philosophes dotent, sans distinction du culte, les familles croyantes ou créatrices d'enfants pour la France.* »²⁰ En 1916, la *Revue des établissements de bienfaisance* espérait aussi que cette œuvre soit reproduite. « *Souhaitons que son exemple trouve des imitateurs.* » écrivait-elle²¹. Il n'y eut que Pierre Poisson, le rédacteur en chef du journal *Le Courrier de l'Oise* pour juger en août 1916 l'initiative d'Étienne Lamy "insuffisante".

À sa suite fut mis en place le *Prix Michelin de la natalité*²² ou encore la fondation Cognacq-Jay. D'Étienne Lamy, subsistent aujourd'hui deux bustes, l'un en bronze déposé à l'Institut en 1922²³ et un second dans la salle des Illustres à Sorèze en souvenir d'un académicien bienfaiteur. ■

12. Consultez Philippe Pasteau, *Ferveur religieuse pendant la Grande Guerre*. Versailles, Via romana, février 2016.
13. Étienne Lamy était un catholique militant qui s'illustra durant les luttes religieuses qui se déroulèrent durant les élections de 1901. Il fut l'auteur notamment du livre *Les missions catholiques françaises au XIX^e siècle*. A. Colin, 1903, 511 p.
14. « *M. Étienne Lamy fait un don de 500000 francs à l'Académie française en faveur des foyers riches d'enfants.* » *Le Petit Parisien*, vendredi 16 juin 1916, p. 1.
15. Pour en savoir davantage, consultez René Lebeau, *Deux anciens genres de vie opposés de la montagne jurassienne*. *Revue de géographie de Lyon*, 1951, 26, 4, pp. 387-410.
16. *L'Ouest-Eclair*, 20 décembre 1929, p. 1.
17. Jacques-Olivier Bourdon, *Citoyenneté, République et Démocratie en France*. Paris, Armand Colin, 2014.
18. *La flamme qui ne doit pas s'éteindre* est un ouvrage que publia Étienne Lamy en 1927.
19. La même année, le président Paul Deschanel mettait en place la médaille de la Famille Française (décret du 26 mai 1920).
20. « *Pour les familles terriennes et catholiques nombreuses.* » *La Croix*, 25 juin 1916 – « *Le salut de la race. L'intérêt ne peut suffire à assurer à un pays des familles nombreuses; il y faut le sentiment du devoir.* » *Le XX^e siècle – Quotidien belge* paraissant au Havre, mercredi 21 juin 1916, p. 1.
21. *Familles nombreuses*. *Revue des établissements de bienfaisance*, 1916, p. 184.
22. *Prix Michelin de la natalité*. *Revue de l'Alliance Nationale*, juin 1922.
23. *Chronique de l'Institut*. *Journal des savants*, 1922, 20, 5, p. 240.

Le spécialiste de l'allaitement maternel depuis plus de 10 ans

Grandir Nature, votre partenaire pour accompagner les mamans allaitantes.

Valérie, notre consultante en lactation, est disponible pour toute question autour de l'allaitement maternel :

consultante-lactation@grandir-nature.com

C'est aussi le plus grand choix de tire-lait à la location pour répondre à tous les besoins.

11 modèles hospitaliers et compacts* à un tarif unique de **12.07€ la semaine** (tarif conventionné par la sécurité sociale sans dépassement).

Livraison sur toute la France sous 48h.



Une ligne directe dédiée aux sages-femmes
03 88 50 07 99



* Tous nos tire-lait électriques sont des dispositifs médicaux de classe IIa qui portent au titre de cette réglementation le marquage CE. LPPR : code 1105712 (12,07€) pour la location hebdomadaire ; code 1140252 (6,04€) pour le set de pompage simple. Grandir Nature est un prestataire conventionné N° FINESS 672656030



GRANDIR NATURE
aider les mamans

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

N° Vert 0 800 622 833

DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H15 À 19H00

www.grandir-nature.com • leblogallaitement.com

12 RUE DE L'INDUSTRIE, 67560 ROSHEIM



COMMUNIQUÉ DU 6 JUILLET 2016

Le Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) commente les Recommandations pour la Pratique Clinique sur le post-partum* présentées par le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF)

- LETTRE AUX SAGES-FEMMES -

Le post-partum réhabilité - Quelle interprétation des recommandations ? Rôles et compétences des sages-femmes

Le CNSF tient à vous apporter ces précisions en complément du communiqué de presse que nous envoyons aux médias. Ces commentaires vous permettront d'avoir des arguments au sein de vos services et de vos réseaux si cela s'avérait nécessaire. Le CNSF se tient à votre disposition par l'intermédiaire de sa Commission Scientifique et de sa Commission Exercice Professionnel pour toutes questions complémentaires.

■ Le post-partum réhabilité

Le Collège National des Sages-Femmes de France se félicite de la parution des recommandations portées par le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) auxquelles nous avons participé concernant le post-partum, insuffisamment étudié en Obstétrique. Elles permettront d'enrichir et éclairer nos pratiques professionnelles sur une thématique qui s'appuyait parfois sur des transmissions empiriques. Le CNSF souhaite cependant commenter ces RPC et préciser certains points.

→ Quelle interprétation des recommandations ?

Il est important de bien comprendre la formulation des recommandations :

- « *Il est recommandé de faire...* » signifie que la littérature a démontré que faire ce geste a diminué des risques identifiés; il faut donc faire ce geste dans la mesure du possible;
- « *Il n'est pas recommandé de faire...* » signifie que la littérature n'a pas démontré que faire ce geste a diminué des risques identifiés; il n'est donc pas nécessaire de faire ce geste systématiquement. Mais il n'est pas interdit de le faire.
- « *Il est recommandé de ne pas faire...* » signifie que la littérature a démontré que faire ce geste augmente des risques identifiés; il faut donc éviter de faire ce geste.

De nombreux points ont fait l'objet d'un faible niveau de preuve (NP4 ou accord professionnel) : c'est-à-dire que les études retrouvées sur ces questions présentent des faibles niveaux de preuve et ne permettent

pas de conclure avec certitude. Nombre de ces données proviennent de la littérature étrangère démontrant le retard pris par notre pays quant à ces questions; ce que nous regrettons.

C'est pourquoi il est important de rappeler notre soutien à la recherche en maïeutique. Nous souhaitons que les sages-femmes puissent être incitées et aidées à investir ces thématiques en tant que chercheur(euse)s, comme dans d'autres domaines en obstétrique, par exemple la gestion du bas risque obstétrical. Ainsi, le CNSF, en tant que société savante, réaffirme son soutien actif auprès des sages-femmes françaises pour leur engagement dans la recherche. Cet engagement est encore trop souvent individuel et isolé, en proie aux difficultés de financement. Pour mémoire, c'était une revendication forte et unanime de la profession lors du mouvement de grève de 2013-2014.

→ Un exemple de l'insuffisance des recherches : RPC et rééducation périnéale

Un exemple particulier relève notre attention : la rééducation périnéale. En cas de symptomatologie, elle démontre son efficacité. En revanche, le manque de données probantes amène à conclure que celle-ci n'est pas recommandée chez des femmes asymptomatiques dans le but de prévenir une incontinence urinaire à moyen ou long terme (accord professionnel), ni pour prévenir les troubles de la statique pelvienne ou dans le traitement des dyspareunies (grade C).

Il pourrait donc être dommageable que l'absence de recherche conduise à diminuer la réalisation de ces séances en post-partum. Nous soulignons que les protocoles d'étude retrouvés dans la littérature internationale sont souvent bien éloignés des protocoles français (rythmicité des séances [souvent mensuelles], modalités des séances [individuelles ou en groupe], présence ou non d'un thérapeute, stratégie thérapeutique).

Aussi, même si l'intérêt de la rééducation dans le post-partum immédiat n'a pas pu être mis en évidence par l'analyse de la littérature internationale, il nous semble très probable qu'une éducation périnéale pour protéger son périnée tout au long de sa vie (y compris

chez les nullipares) soit bénéfique. Il est donc nécessaire pour ne pas dire primordial d'évaluer nos pratiques françaises.

Ces séances permettent également aux sages-femmes rééducatrices de dépister d'éventuelles difficultés maternelles à l'origine des troubles psychiques du post-partum. Elles peuvent alors assurer l'accompagnement spécifique dans la continuité du suivi de grossesse, de la surveillance du travail et de l'accouchement, et de ses suites. Ces séances deviennent alors un temps d'orientation, si nécessaire, vers une prise en charge adaptée.

→ Rôle et compétences des sages-femmes

Au cours de sa participation à la rédaction de ces recommandations, le CNSF s'est attaché à traduire la transposition de la réalité des pratiques et des rôles tenus par les sages-femmes dans les établissements de santé ou en exercice de ville. Le CNSF a veillé à ce que les sages-femmes soient bien reconnues au sein de « l'équipe médicale »; y compris dans les situations ne relevant pas directement de leur responsabilité comme au décours d'une césarienne. En pratique, nous assurons fréquemment en lieu et place des médecins la surveillance clinique des césariennes en post-partum immédiat qui est légalement sous la responsabilité du gynécologue-obstétricien qui a réalisé l'intervention. Cette responsabilité se prolonge au cours du séjour en maternité. Les sages-femmes poursuivent la prise en charge lors du retour à domicile. De même, lors d'une hémorragie de la délivrance, nous collaborons activement à la prise en charge dirigée par les médecins gynécologues obstétriciens et les anesthésistes. Nous pouvons même assurer un certain nombre de gestes d'urgence légalement autorisés dans le Code de Santé Publique (et notamment dans notre Code de Déontologie).

La rédaction finale de ces recommandations permet de cibler les actes à réaliser (ou à ne pas réaliser) et non qui doit ou devrait les réaliser.

➤ D'INFO

Collège National des Sages-femmes de France
<http://cnsf.asso.fr/>

* cf. texte court des RPC dans le D.O. N° 455 de Janvier/Février 2016.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 10 MAI 2016

Maltraitements obstétricaux : les actions du CIANE

Depuis deux ans, plusieurs polémiques sur des violences ou maltraitements obstétricaux ou gynécologiques ont connu un certain écho dans les médias et les réseaux sociaux : points du mari, touchers vaginaux sans consentement, mauvais traitements... Le Ciane ne peut que se réjouir que la parole des femmes se libère. Cette parole ne doit pas rester sans suite, sous peine de constituer une violence supplémentaire. Si beaucoup de violences ressenties sont le résultat involontaire d'actions des professionnels et si ceux-ci ne doivent pas interpréter la parole des femmes comme une attaque systématique à leur encontre, il est néanmoins important de leur faire prendre conscience des effets de leurs comportements. Face à ce phénomène, le Ciane mène plusieurs actions.

→ **Améliorer la connaissance de la maltraitance et de ses conséquences**

L'Association française pour l'accouchement respecté (AFAR), membre du Ciane, a compilé les travaux scientifiques récents en matière de violences et maltraitements obstétricaux. **Plus de soixante publications** résumées et commentées sont classées par thème : analyses dans une perspective de genre, recherches en sciences humaines, études médicales, rapports d'organisations gouvernementales et non-gouvernementales, travaux juridiques... **Cette bibliographie est mise à la disposition des chercheurs et du grand public** dans l'espoir de mieux documenter le phénomène.

Depuis février 2012, le Ciane a mis en ligne une **enquête permanente sur le vécu de l'accouchement**. Elle permet d'évaluer notamment quelle information a été donnée

aux femmes et si leur consentement a été recherché. Les résultats de l'enquête sont disponibles sous forme de dossiers thématiques. Le Ciane invite toutes les femmes à remplir le questionnaire.

→ **Faire reconnaître les droits des victimes**

Le Ciane **accompagne des patients lors de recours auprès des professionnels de santé**. Il organise des formations, à destination des associations, sur les voies de médiation et de recours ainsi que des échanges d'expérience sur l'accompagnement. Pour les victimes de maltraitance, c'est une première étape vers la résilience. Cette médiation a aussi pour objectif d'améliorer la qualité des soins au sein d'un établissement de santé.

→ **Former les professionnels de santé**

La formation des professionnels est un enjeu crucial pour la prévention des maltraitements. Comme d'autres associations, le Ciane **contribue ponctuellement à l'enseignement dispensé aux futurs soignants**. Renforcer la place des usagers dans la formation initiale et continue doit être une priorité afin que leur parole puisse amener une prise de conscience des professionnels sur les problèmes de maltraitance et leurs conséquences pour les personnes concernées.

Le suivi gynécologique ou de grossesse, les IVG et l'accouchement font partie intégrante de la vie des femmes. La maltraitance est inacceptable à chacune de ces étapes.

D'INFO

<http://ciane.net>

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 26 MAI 2016

ONSSF

La Fédération de l'Hospitalisation Privée a convié les sages-femmes à leur Convention du vendredi 13 mai 2016. C'est la première fois que les sages-femmes sont conviées à intervenir lors d'un tel événement afin de contribuer à l'amélioration de l'attractivité des cliniques privées.

Le SYNGOF, syndicat de gynécologues obstétriciens, fermement opposé à l'ouverture de la CCAM aux sages-femmes, il y a quelques mois, **a finalement fait le choix cette année de prôner la coopération interprofessionnelle entre gynécologues-obstétriciens et sages-femmes**.

L'enjeu financier et la stratégie destinée à relancer l'activité des cliniques, sont probablement au premier plan de ce changement.

Mais l'occasion est donnée aux sages-femmes de prendre le train en marche et de mettre en place dans leur clinique des liens interprofessionnels indispensables à une prise en charge optimale des patientes en hospitalisation privée. Les relations entre sages-femmes et gynécologues-obstétriciens tendent à s'améliorer pour autant, tout reste à construire dans un équilibre des rôles et missions de chacun, sans subordination des uns par rapport aux autres.

Le signal adressé par le SYNGOF ce 13 mai 2016 en direction des sages-femmes des établissements privés devra être suivi de faits afin de concrétiser un réel partenariat, garant d'une coopération efficiente et respectueuse de l'exercice de chacun.

D'INFO

www.onssf.org

Monitoring • Doppler • Echographe • Rééducation

F2/F3 VCT

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



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



Nouveau logiciel

YSY MEDICAL

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

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

Promos : nous consulter

www.ysy-medical.fr

VII^{ème} Gynécologie Obstétrique et Reproduction 2016

44^E JOURNÉES JEAN COHEN

Vendredi 25 & Samedi 26 Novembre 2016

Pavillon Royal - Carrefour du bout des lacs - Croisement route de Suresnes et route de la Muette - 75116 Paris

PRÉSIDENTE : FLORENCE TRÉMOLLIÈRES
COORDINATION SCIENTIFIQUE : JOËLLE BELAISCH-ALLART

VENDREDI 25 NOVEMBRE 2016

DPC 1: Dosages hormonaux, contraception et causes d'infertilité

SALON MUETTE

09h00-10h30

INFERTILITÉ

Modérateurs : Héliane MISSEY KOLB et Israël NISAND

Faut-il réserver les techniques d'AMP aux situations médicales ? *Israël NISAND*
Endométriose et fertilité : quelle place pour la conservation ovocytaire ? *Jean-Marie ANTOINE*
Infertilité inexpliquée : Insémination intra utérine ou FIV directe? *Joëlle BELAISCH-ALLART*

09h00-10h30

ENDOCRINOLOGIE

Modérateurs : Brigitte LETOMBE et Jean-Marie ANTOINE

AMH et fertilité *Philippe MERVIEL*
TSH en début de grossesse pourquoi si peu de dosages ? *Christian JAMIN*
Quoi de neuf sur les ovaires polykystiques ? *Didier DEWAILLY*

14h15-18h30

CONTROVERSES

Modérateurs : Jean-Louis BENIFLA et Patrice LOPES

1 - Pour ou contre le frottis avant 25 ans ? *Jean LÉVÈQUE discutant Hélène BORNE*
2 - Ostéodensitométrie à la ménopause *Florence TRÉMOLLIÈRES discutant**
3 - Contraception du post-partum *Geoffroy ROBIN discutant Joëlle BELAISCH-ALLART*
4 - Fibrome et infertilité Esmya ou chirurgie ? *Géraldine GIRAUDET discutant Patrick MADELENAT*
5 - Dépistage de la trisomie 21, place du diagnostic non invasif *Brigitte SIMON BOUY discutant Martine COHEN-BACRIE*

Session virtuelle pour le DPC

VENDREDI 25 NOVEMBRE 2016 (SUITE)

DPC 2 : Session Colposcopie

SALON LOUIS XV

08h30 - 10h30

COLPOSCOPIE

Modérateurs : Jean-Luc MERGUI et Xavier CARCOPINO

Que faut-il attendre du dépistage organisé du cancer du col ? *Muriel FENDER*
Qu'est-ce que le double marquage en cytologie ? *Christine BERGERON*
Que faut-il attendre des auto-tests HPV ? *Christopher PAYAN*

11h00 - 12h30

COLPOSCOPIE

Modérateurs : Jean GONDROY et Hélène BORNE

Faut-il changer la classification française de colposcopie ? *Jean-Luc MERGUI*
Comment classer les lignes de jonction ? *Jean GONDROY*
Quand peut-on se passer d'une conisation? *Xavier CARCOPINO*

14h30 - 16h00

ATELIER PSYCHOSOMATIQUE

Modérateurs : Michèle LACHOWSKY, Diane WINAVER

16h30 - 18h00

ATELIER SAGE-FEMME

Modérateur : Catherine FOULHY

Environnement et grossesse : et si les 9 premiers mois déterminaient le reste de la vie ? *Rémi BÉRANGER*
Prise de poids excessive au cours de la grossesse : les facteurs de risque *Béatrice MARQUET*

Session virtuelle pour le DPC

SAMEDI 26 NOVEMBRE 2016

DPC 3 : La contraception dans tous ses états

SALON MUETTE

09h00 - 13h00 SESSION PLÉNIÈRE PARRAINÉE PAR LA SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE CONTRACEPTION

Contraception : Questions/Réponses ; Questions sans réponses

Modérateurs : David SERFATY, M'Hamed BOUZEKRINI, Hela CHELLI,

Blandine THIEBA-BONANE

1 - Les sportives de tous niveaux : Quelle contraception ? *Carole MAITRE*
2 - Une micropilule progestative pure à la drospiréone : Quel est son intérêt ? *David SERFATY*
3 - Le pharmacien et la contraception d'urgence *Jean LEVÈQUE*
4 - L'anneau vaginal à la progestérone (Progering®) chez les femmes allaitantes : quel est son intérêt ? *Régine SITRUK-WARE*
5 - Que faire en cas de baisse de la libido chez une femme sous pilule ? *Israël NISAND et Brigitte LETOMBE*
6 - Les MICI (maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) : Quelle contraception ? *Florence SCHEFFLER*
7 - L'espacement idéal des naissances : rôle de la contraception *Jean-Jacques AMY*

Session virtuelle pour le DPC

SAMEDI 26 NOVEMBRE 2016 (SUITE)

DPC 3 : La contraception dans tous ses états (suite)

SALON MUETTE

8 - Lupus érythémateux disséminé :

Quelle contraception ? *Anne GOMPEL*

9 - Finalement la pilule altère-t-elle l'acquisition du pic de masse osseuse chez les adolescentes ? *Florence TRÉMOLLIÈRES*

10 - Le DIU protège-t-il du cancer de l'endomètre et du col utérin ? *Marc ESPIÉ*

Session virtuelle pour le DPC

SALON LOUIS XV

09h00 - 10h30

ATELIER LE SEIN

Modérateurs : Marc ESPIÉ

Cas cliniques interactifs, imagerie

11h00 - 13h00

ATELIER URO-GYNÉCOLOGIE

Modérateur : Bruno DEVAL



Journées organisées par le Centre de Formation des Editions ESKA - CFEF : N° 11753436775
Inscription CFEF adressée aux Editions ESKA CONGRÈS - Marine JAMBET-Serge KEBABTCHIEFF
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



Accompagner le deuil périnatal

Dialogues entre une mère et des professionnels

● Cécile de Clermont - Jeanne Rey

Chaque année, on estime qu'environ 10000 bébés meurent avant de naître. Une mort fœtale in utero ou une interruption médicale de grossesse suite au diagnostic d'une malformation incurable conduisent alors les parents à traverser l'épreuve du deuil périnatal.

Parents et professionnels de santé réfléchissent ensemble, depuis des années, à l'amélioration de l'accompagnement de ce deuil tout particulier, dont la traversée peut être facilitée par une prise en charge spécifique à chacune de ses étapes, de l'annonce du diagnostic jusqu'à la naissance de l'enfant suivant. Au travers d'entretiens, cet ouvrage relaie les échanges de Cécile de Clermont, ancienne présidente de l'association Petite Émilie et maman concernée par le deuil périnatal, avec des professionnels de santé (gynécologue-obstétricien, sage-femme, psychologue, etc.) sur leurs expériences d'accompagnement, leurs difficultés, leurs doutes, leurs ressentis et leurs émotions. Pour qu'ils soient partagés avec le plus grand nombre et que chacun puisse s'interroger sur ses pratiques et les faire évoluer. Et pour que les parents mettent du sens à l'histoire insensée qu'est la perte d'un bébé mort avant de naître.

Petite Émilie (www.petiteemilie.org) est une association qui, depuis 2003, accompagne des parents confrontés à un deuil périnatal. De l'annonce du diagnostic à la naissance de l'enfant suivant, via son forum Internet et l'animation de groupes d'entraide, ce sont plus de 3000 familles qui ont été accompagnées. L'association s'adresse également aux professionnels de santé, à travers notamment des formations en maternité et en écoles de sages-femmes, et sa présence dans les congrès de médecine périnatale.



Éditions Chronique sociale
Format : 15 x 22 cm
192 pages - Prix : 14,90 €
ISBN : 978-2-36717-120-3
www.chroniquesociale.com

Enceinte et végétarienne

Tous les conseils pour la grossesse, la naissance et les premiers mois

● Hélène Defossez

Peut-on rester végétarienne lorsqu'on attend un enfant? De plus en plus de femmes cherchent des informations sans que le monde médical ne donne de réponse. Cet ouvrage, le premier en français sur le sujet, est le témoignage d'une jeune maman végétarienne, du début de la grossesse aux premiers mois de l'enfant. En s'appuyant sur des études scientifiques et sous la supervision de plusieurs médecins, elle donne des conseils sur l'alimentation, des idées de menus et quelques recettes. Équilibre alimentaire, bien-être de la mère, croissance de l'enfant, allaitement, repas du nourrisson... ce livre apporte enfin des réponses claires et très pratiques aux femmes enceintes et aux néo-mamans végétariennes.

Hélène Defossez est auteur d'articles sur le végétarisme. Aujourd'hui jeune maman, elle partage avec passion son engagement pour la cause animale et un mode de vie sain.



Éditions Terre vivante
Collection Conseils d'expert
Date de parution : 13 mai 2016
160 pages - Prix : 19 €
ISBN : 978-2-36098-205-9
http://boutique.terrevivante.org/

AVANT-PREMIÈRE

Sophie Marinopoulos, psychanalyste, spécialiste de l'enfance et de la famille, publie un nouveau livre le **31 août** prochain intitulé, **Écoutez-moi grandir**, aux éditions *Les Liens qui Libèrent*. Avec un ton irrésistible, elle se met dans la peau d'un bébé depuis sa conception jusqu'à son premier anniversaire. Un livre d'une grande tendresse, qui touche au plus près du développement de l'enfant et conduit à une meilleure compréhension de sa vie intérieure. Un ouvrage précieux à mettre entre les mains de tous les parents.

Élisabeth, déjà dans le ventre de sa mère, nous révèle ses pensées, sa vie dans sa chambre utérine, ses goûts, ses occupations et comment chaque jour elle découvre des activités nouvelles qui la conduisent toujours plus près de sa naissance. C'est le pari de l'auteure de donner la parole à cet embryon puis fœtus et enfin ce bébé naissant qui dialogue avec lui-même et commente ce qu'il voit.

Un monologue plein de douceur et de tendresse qui révèle aux parents la vie intérieure de leur enfant, ce qu'il pense, ressent, observe, et comment il est un acteur de sa croissance. En partant à la découverte de ce que peut être un dialogue corporel avec un bébé, le lecteur éprouve au fond de sa propre intimité ce que grandir signifie. Parler ce n'est pas seulement prononcer des mots mais c'est aussi à l'âge préverbal, des expériences de rencontres répétées, rythmées qui en prenant des allures ludiques, ouvre le grand chemin de la vie et du bonheur d'être soi.

AGENDA EN BREF

- **8-9-10 SEPTEMBRE**
MARSEILLE
Congrès en gynécologie
"6^{es} Rencontres à 2 mains".
<http://ra2m.fr>
- **17-18 SEPTEMBRE**
PARIS - ÉCOLE DE PUÉRICULTURE (14^e)
6^{es} Colloque de la Société d'Histoire de la Naissance.
www.societe-histoire-naissance.fr
- **22-23 SEPTEMBRE 2016 ET 19-20 JANVIER 2017**
PARIS - MATERNITÉ PORT-ROYAL
Séminaire de formation continue (4 jours): "Retard de Croissance Intra Utérin: Prise en charge anténatale et suivi postnatal"
Informations par e-mail : jocelyne.cayuela@cch.aphp.fr ou 01 58 41 38 71
- **3 AU 7 OCTOBRE**
VERSAILLES
Séminaire de Maternologie Clinique (1 semaine d'enseignement).
Plaquette d'information : [http://maternologie.info/wp-content/uploads/2013/02/S % C3 % A9minaire-de-Maternologie-Clinique-2016.pdf](http://maternologie.info/wp-content/uploads/2013/02/S%20C3%20A9minaire-de-Maternologie-Clinique-2016.pdf) ou materno@sfr.fr
- **DU 6 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
<http://apsf.fr/>
- **17-18 OCTOBRE**
PARIS 6^e
Institut Catholique de Paris, 21 rue d'Assas
L'écrit, religions et pratiques soignantes
Formation : 2 jours pour trouver les clés d'une pratique soignante apaisée
Inscriptions en ligne :
<https://www.eventbrite.fr/e/billets-laicite-religions-et-pratiques-soignantes-18990810024>
- **16-17-18 NOVEMBRE**
TOULOUSE
Centre de Congrès Pierre Baudis
33^{es} Journées d'Études de l'Association Nationale des Sages-femmes Coordonnatrices
<http://www.ansfc.fr/>
- **17-18-19 NOVEMBRE**
AVIGNON
Centre International des Congrès Palais des Papes
12^e Colloque International de Périnatalité de l'ARIP
<http://www.arip.fr>
- **VENDREDI 18 NOVEMBRE**
PARIS
17^e journée sur l'assistance médicale à la procréation de l'hôpital américain de Paris
www.eska.fr
- **25 - 26 NOVEMBRE**
PARIS
Journées Jean Cohen (gynécologie-obstétrique et reproduction)
www.eska.fr
- **24 - 25 NOVEMBRE**
LA BAULE - Centre des congrès Atlantica
20^{es} Journées Scientifiques du Réseau Sécurité Naissance des Pays de Loire
www.reseau-naissance.fr
- **2 ET 3 DÉCEMBRE**
LILLE
Séminaire Association française Sages-Femmes Acupuncteurs
"Bao Mai Bao Luo : Cœur - Uterus - Rein"
www.cerc-congres.com et afsa.gestasso.com

6^e colloque de la Société d'Histoire de la Naissance

17-18 SEPTEMBRE 2016

La Naissance au risque de la Mort d'hier à aujourd'hui

**Samedi 17 septembre
AUTREFOIS**

Matin 9 h - 12h45

- "Le délai était absolument mortel" : les comptes-rendus de la mortalité maternelle chez les accoucheurs parisiens du XVII^e siècle (V. Worth-Stylianou)
- "On plaide aujourd'hui pour la succession de cet enfant" : l'enfant mort à la naissance, le médecin et le droit successoral aux XVIII^e et XIX^e siècles (J. Gélis)
- La mort des mères et des nouveau-nés dans les écrits du for privé chez les familles françaises du XVI^e au XVIII^e siècles (E. Arnoul)
- Le deuil des maillots : mortalité des Enfants de France et des princesses à la Cour aux XVII^e et XVIII^e siècles (P. Mormiche)

Après-midi 14 h - 18 h 30

- Données démographiques sur les morts maternelles et périnatales dans l'histoire (C. Rollet)
- Représentations et vécu des naissances catastrophes, d'après les ex-voto français et germaniques des XVII^e - XIX^e siècles (M-F Morel)
- Les sages-femmes du XIX^e siècle aux prises avec la mortalité maternelle et périnatale (N. Sage-Pranchère)
- Les accouchements à problèmes à la Maternité de Paris au XIX^e siècle d'après les archives de la collection Varnier (J. Bouhallier)

Dîner-buffet 19 h - 20 h 30

Soirée : Projection du film *Genpin* (2010) de la cinéaste japonaise Naomi Kawase.

**Dimanche 18 septembre
AUJOURD'HUI**

Matin 9 h - 12h45

- La mort des mères et des nouveau-nés au Sahel aujourd'hui (F. Hammani)
- Les soignants face à la mort à la naissance (C. Schalck)
- Instrumentaliser la mort pour contraindre les vivants dans la gestion des grossesses et des accouchements en milieu hospitalier (M.H. Lahaye)
- La gestion des morts néonatales et périnatales en milieu hospitalier aujourd'hui (D. Memmi)

Après-midi 14 h - 17 h 30

- La perte de l'enfant qu'on attendait (D. Rapoport)
- Témoignages de parents (CIANE)
- Récits de vie, récits de soi liés au deuil et à la souffrance de parents d'enfants décédés (C. Ruchon)
- Première et dernière parure - vêtir les très petits morts aujourd'hui dans les maternités françaises (C. Le Grand-Sébillé)
- **Table ronde :** témoignages et réflexions de sages-femmes d'aujourd'hui (W. Belhassen, J. Béthuis, C. Birman, F. Bourdais, F. Dauphin, Mai Le Dü, S. Zylka)
- Discussion générale et conclusions

Pour vous inscrire : www.societe-histoire-naissance.fr

Lieu du colloque : École de Puériculture et de Périnatalogie - 26 bd Brune - 75014 Paris
Transports en commun : Arrêt Porte de Vanves - Métro ligne 13 - Tramway T3a

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 BRETTELLE
(CHU Hôpital Nord Marseille)

Pr. Pierre MARÈS
(CHRU Carémeau Nîmes)

Péryonis

www.lesbaleinesbleues.com
Les Baleines Bleues

SAS-Perinée



Hôpital St Joseph
26 bd de Louvain
13008 MARSEILLE

Informations générales
& inscriptions en ligne
www.ra2m.fr



Journées Post-Universitaires des Sages-Femmes 2016

JEUDI 13 & VENDREDI 14 OCTOBRE 2016

Programme

Jeudi 13 octobre 2016

- 8 h 00** Accueil
- 9 h 00** **Traumatismes obstétricaux/Modérateur: D. De Luca**
 - Les traumatismes au niveau du crâne > D. De Luca
 - Ostéopathie pour les traumatismes au niveau du crâne > S. Frigola
- 10 h 00** Discussion
- 10 h 30** Pause - Visite des stands
- 11 h 00**
 - Plexus brachial > FN. Fitoussi
 - La prise en charge de la douleur > R. Carbajal
- 12 h 00** Discussion - Déjeuner libre
- 14 h 00** **Lésions vulvaires et proctologie/Modérateur: V. Tesnière**
 - Constipation et hémorroïdes > JP. Vove
 - Incontinence anale > H. Pillant - Le Mout
- 15 h 00** Discussion
- 15 h 30** Pause et visite des stands
- 16 h 00**
 - Infections sexuellement transmissibles et lésions vulvaires > V. Tesnière
 - Dyspareunie après l'accouchement > S. Berville Levy
- 17 h 00** Discussion
- 17 h 30** Clôture de la journée

Symposium organisé par le Laboratoire Stimed : **La rééducation périnéale** Jeudi 13 octobre 2016 de 12H30 à 13H30. Plateau-repas fourni. Inscription gratuite sur place.

Vendredi 14 octobre 2016

- 8 h 30** Accueil
- 9 h 00** **Dépistages et prévention par la sage-femme**
Modérateur: A. Bonini
 - Vacciner la mère pour protéger l'enfant > O. Anselem
 - Thyroïde et grossesse > A. Bonini
- 10 h 00** Discussion
- 10 h 30** Pause - Visite des stands
- 11 h 00**
 - Diabète gestationnel > M. Goussot Souchet
 - Prévention et prise en charge de l'incompatibilité fœto-maternelle érythrocytaire > P. Thomas
- 12 h 00** Discussion
- 12 h 30** Assemblée Générale - élections
- 13 h 00** Buffet
- 14 h 30** **Interprétation de la numération formule sanguine et des plaquettes > A. Froissant**
- 17 h 00** Clôture de la journée

Lieu des journées
Espace Reuilly
21, rue Hénard
75012 Paris
Métro : Montgallet, Daumesnil, Dugommier
Bus : 29, 46, 62
RER : Nation

Le bulletin d'inscription est téléchargeable en ligne sur notre site www.apsf.fr

ORGANISATION : Association professionnelle des Sages-femmes

RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTION

Hôpital Trousseau - Secrétariat de gynécologie - Bâtiment Chigot 2^e étage - 26, avenue du Dr Arnold Netter - 75012 Paris
Tél. : 01 44 73 51 50 - email : contact@apsf.fr - site internet : www.apsf.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.physiosteobs-formations.fr - T 05 62 63 59 68

Pratiquer dès le lendemain du séminaire

Connaissance & Maîtrise
du Périnée

de Dominique Trinh Dinh



ODPC habilité
à dispenser des
programmes de DPC



Méthode Éducative
de Rééducation Périnéale

Calendrier 2016

**Formations CMP
en 3 étapes:**

- 1^{er} et 2^e étapes présentiels
(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 5 au 8/09/16 & du 3 au 6/10/16

Nanterre (92) - Espace Chevreul
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 22 au 25/08/16
& du 19 au 22/09/16
- du 17 au 20/10/16
& du 21 au 24/11/16

Vergèze (30) La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques
- 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 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 Chevreul
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- Prochaines dates à venir

**Travail Corporel
autour de la CMP**

Formatrice: Corinne Roques

Formation en 3 étapes:

- 1^{er} et 3^e étapes non présentiels
- 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

INSTITUT DE GASQUET®
FORMATIONS SAGES-FEMMES 2016



ODPC habilité
à dispenser des
programmes de DPC

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

● Dates régulièrement sur le site.

Intégralement pris en charge et indemnisé

Du côté du périnée...



MODULE 1 - Dossier périnéeal

● 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

● 1^{er} octobre 2016

1 jour 180€
fif pl possible



MODULE 2 - Compétence périnée abdominale

● 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.

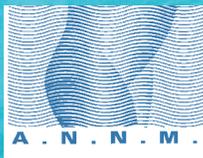
3 jours 520€

Tous nos stages ont lieu à Montparnasse.

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



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



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 24 - 25 - 26 octobre 2016
 - Stage postnatal : le 27 octobre 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 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, tarifs, dates sur "groupe constitué" formation@ansfl.org

<p>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 : suivi de la session I). Date : 12-13 déc. 2016</p>	<p>Eutonie : rééducation en post-natal Intervenante/Martine Gies (SF). Lieu/St Germain Mont D'Or (près de Lyon). • Session I - Découverte Date : 1^{er} semestre 2017 • Session II Les pathologies urinaires (Prérequis : suivi de la session I) Date : 29 - 30 sept. 2016 • Session III Retrouver la mobilité et le dynamisme (Prérequis : suivi de la session II). Date : 15 - 16 déc. 2016</p>
<p>L'échographie et les examens complémentaires dans le suivi de la grossesse normale Intervenantes/ Évelyne Rigaut (SF Échographe) Lorraine Guénédal (Biologiste)</p>	<p>La consultation de contraception et de gynécologie de prévention Intervenante/Annie Sirven (SF). Lieu/St Germain Mont D'Or (près de Lyon). • Session I. Date : 13 -14 -15 sept. 2016 • Session II (Prérequis : suivi de la session I). Date : 1^{er} trimestre 2017</p>
<p>La consultation de contraception et de gynécologie de prévention Intervenante/Annie Sirven (SF). Lieu/St Germain Mont D'Or (près de Lyon). • Session I. Date : 13 -14 -15 sept. 2016 • Session II (Prérequis : suivi de la session I). Date : 1^{er} trimestre 2017</p>	<p>La sexologie dans l'accompagnement de nos patientes et de leurs conjoints Intervenante/Nicole Andrieu (SF).</p>

Consultez les dates de formations sur notre site www.ansfl.org

FORMATIONS PROPOSÉES SEULEMENT EN "GROUPE CONSTITUÉ"

<p>L'installation en libéral Intervenante/Laurence Platel (SF).</p>	<p>Pratique libérale : cadre réglementaire et cotations Intervenante/Laurence Platel (SF).</p>
--	---

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



globalis FORMATION
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 : Montpellier 23 septembre / Grenoble 6 octobre / Lyon 7 octobre / Caen 17 novembre / Paris 25 novembre.

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

FINANCEMENT : Entièrement financé pour les libérales par une "Enveloppe spéciale sur fond de solidarité" du FIFPL même si votre forfait annuel est épuisé. Déjeuner pris en charge. Crédit d'impôt possible. Pour les autres cas, nous contacter.

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



N'féraïdo®
modelages accompagnant la 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 : 16 au 18 nov 2016

.....

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

.....

Contact et intervenants

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





LE POSTNATAL

- Consultation postnatale et entretien postnatal précoce
- Eutonie en rééducation périnéale
- Examen clinique et suivi du nourrisson
- L'allaitement ... concrètement
- PRADO : accompagnement au retour à domicile **NOUVEAU**
- Prévention des troubles du sommeil chez le tout-petit
- Rééducation périnéale
- Rééducation périnéale approfondissement
- Suites de couches



SAVOIR ACCOMPAGNER

- Addictions toxicomaniques et grossesse
- Clés psychiques pour bien accompagner l'allaitement
- Communication efficace et résolution des conflits
- La consultation de l'adolescent - Abord psychologique
- La place du père autour de la naissance
- Le normal et le pathologique pendant la grossesse et le post-partum
- Le soignant face au deuil périnatal
- Psychisme de la femme enceinte et parentalité
- Tabac et grossesse, accompagner le sevrage en douceur
- Violences faites aux femmes



UNIQUEMENT EN INTRA-ÉTABLISSEMENT

- Accompagner en équipe le lien parents-enfant **NOUVEAU**
- Bien-être maltraitance en périnatalité
- Hypnose médicale et périnatalité
- Hypnose médicale et anesthésie-analgésie
- Réfection des déchirures périnéales et épisiotomies **NOUVEAU**



GESTION DE CABINET

- Cotations NGAP et CCAM2 **NOUVEAU**
- Développer et organiser votre activité professionnelle

PRISE EN CHARGE POSSIBLE

- ➔ OGDPC ➔ FIF-PL ➔ Crédit d'impôts

Retrouvez toutes nos formations, lieux & dates sur www.medicformation.fr

Medic Formation à vos côtés

50
FORMATEURS

70
THÈMES DE FORMATIONS

7
ANS À VOS CÔTÉS



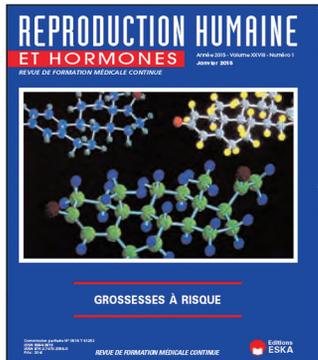
FORMATIONS EN INTRA

Toutes nos formations sont éligibles ou pouvant être adaptées sur demande. En France métropolitaine et DOM TOM.

**NOUS CONTACTER
POUR UN DEVIS**

LA MÉDECINE AUX ÉDITIONS ESKA

LES REVUES MÉDICALES



REPRODUCTION HUMAINE ET HORMONES (RHH)
4 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE
11 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



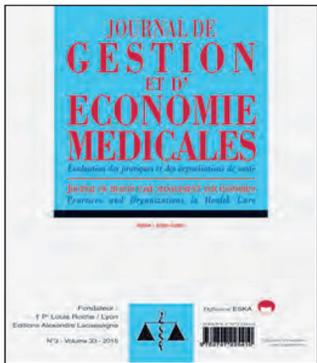
CANCERS AU FÉMININ
4 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



JOURNAL INTERNATIONAL DES CENTRES DES MALADIES DU SEIN
INTERNATIONAL JOURNAL OF BREAST DISEASE CENTERS
4 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



ANGÉIOLOGIE
4 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



JOURNAL DE GESTION ET D'ÉCONOMIE MÉDICALES
8 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr

CFEE

Des revues éditées par les Editions ESKA

ESKA-CFEE : N° 11753436775
Inscription à adressée à la CFEE
aux Editions ESKA CONGRÈS :
Serge **KEBABCHEFF**
Fanny **GASMAN**
Olivier **PAUL-JOSEPH**
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

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

TARIF D'ABONNEMENT
11 NUMÉROS PAR AN

	Abonnement Particulier	Plein tarif	Étudiant(e) s* Retraité(e) s*
FRANCE		75,00 €	40,00 €
D.O.M.		80,00 €	50,00 €
EUROPE OCCIDENTALE		88,00 €	52,00 €
T.O.M./ÉTRANGER		90,00 €	55,00 €

* Joindre attestation.

Abonnement collectif de service 150,00 €

En cas de règlement incomplet, l'abonnement sera réduit proportionnellement.

ABONNEMENT 2016

VOS COORDONNÉES

M^{me} M^{lle} M. (en lettres capitales)

Nom Prénom

Adresse

Code postal [][][][] Ville

Pays Téléphone

E-mail

Exercice professionnel (Libéral, PMI, Public, Privé, Autre)

s'abonne aux **Dossiers de l'Obstétrique**
Éditions ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35 - Email: adv@eska.fr

Renvoyer le coupon à: Dossiers de l'Obstétrique - Éditions ESKA - 12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris - Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35