

LES **DO**

#466 FÉVRIER 2017

LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE



REVUE D'INFORMATIONS MÉDICALES
ET PROFESSIONNELLES DE LA **Sage-Femme**

44^e année ISSN 0767-8293



DOSSIER
LA CONTRACEPTION

REPORTAGE

Mais que fait donc une sage-femme dans un CSAPA ?

PUBLICATIONS

**Dépistage et surveillance de l'ictère néonatal.
Recommandations de la Société Française de Néonatalogie**

FICHE TECHNIQUE

Bouleversements psychologiques induits par une grossesse normale

MANAGEMENT

**L'optimisation des pratiques de codage des actes en
consultations externes : vers un meilleur équilibre du Pôle**

Laboratoire *Euro Médial*

Créateur du set complet de pose avec stérilet
depuis 2010!

« La gamme **SetHygyn** c'est avant tout un concept : »

Le stérilet et son set de pose pour plus de sécurité et de confort

Stérilets

une gamme complète
de stérilets cuivre et
argent non hormonaux



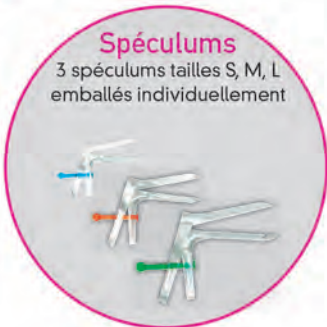
Instruments

1 paire de ciseaux coupe-fils,
1 pince de Chéron,
1 pince de Pozzi



Spéculums

3 spéculums tailles S, M, L
emballés individuellement



NOUVELLES PINCES !



Plus fines et plus efficaces



Découvrez nos nouveautés

à Gynéco Pratique - Stand N° 24

Les 29, 30, 31 Mars prochains !

CONGRÈS

1^{er} Maladies Chroniques Innovations et Qualité de Vie

PARIS
2017

1^{er} congrès pluri-disciplinaire d'Innovations et d'Amélioration
de la Qualité de Vie des Maladies Chroniques

Mercredi 14 - Jeudi 15 juin 2017

MALADIES
CARDIO-VASCULAIRES

Jeudi 29 - Vendredi 30 juin 2017

DIABÈTE

Lieu : Hôpital Pitié Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris

PRÉSIDENTS ET MEMBRES DU COMITÉ SCIENTIFIQUE :

BERNARD BEAUDUCEAU, MICHÈLE CAZAUBON, JEAN-LUC DEQUEKER, JEAN-GUILAUME DILLINGER, ISMAEL ELALAMY, AGNÈS HARTEMANN, PHILIPPE HUMBERT, JEAN-CLAUDE KAHN, FABIEN KOSKAS, MICHEL MARRE, FRÉDÉRIC MERCIER, PIERRE SABOURET

ORATEURS DIABÈTE :

BERNARD BAUDUCEAU, GUILLAUME CHARPENTIER, MANUEL DOLZ, ERIC FOURNIOLS, MARINE HALBRON, AGNÈS HARTEMANN, GEORGES HANON, PHILIPPE HUMBERT, FRÉDÉRIC MERCIER, ANTOINE PERRIER, PHILIPPE RIEGEL*, PIERRE-JEAN SAULNIER, JEAN-LOUIS SCHLIENGER*, ÉRIC SENNEVILLE

ORATEURS CARDIO-VASCULAIRE :

PHILIPPE ABASTADO, EMMANUEL ANDRÉS, PHILIPPE ARBEILLE, PATRICK ASSAYAG, ALICE BELLICHA, HAKIM BENAMER, PHILIPPE BLANCHEMAISON, SOK-SITHIKUN BUN, BRUNO BURCHERY, NICOLAS CASTAING*, MICHÈLE CAZAUBON, JEAN-MARC CHARDONNEAU, JEAN-PHILIPPE COLLET, RAPHAEL COSCAS, RENÉ COURCOL*, CLAUDE DALLE, PATRICK DARY, JEAN-MICHEL DAVAINÉ, JEAN-CLAUDE DEHARO*, JEAN-GUILAUME DILLINGER, LUDOVIC DROUET, ISMAEL ELALAMY, SYLVIE FELDMAN-BILLARD, JEAN FERRIÈRES, PIERRE FONTAINE*, JULIEN GAUDRIC, BRUNO GUILBERT*, OLIVIER HANON, AGNÈS HARTEMANN, RICHARD ISNARD, FABIEN KOSKAS, CHRISTINE LAFFORGUE*, JOSETTE LE DOEUFF, RÉMY LEROY, DANY MARCADET, MICHEL MARRE, PASCALE MASSIN, MIKAEL MAZIGHI, DOMINIQUE NUYTENS, JEAN-MICHEL OPPERT, LOUIS POTIER*, PASCAL PRIOLLET*, YVES SAMSON, DANIEL THOMAS*, FRÉDÉRIC VIN

* Orateurs/Communications pressentis

PRÉ-PROGRAMME

SOUS RÉSERVE DES ACCORDS ET MODIFICATIONS

THÈMES ET SESSIONS

THÈME 1 : LES VAISSEAUX ET LE CŒUR

Session 1 : Innovations et qualité de vie du malade chronique veineux et lymphé

Session 2 : Innovations et qualité de vie du malade chronique artérielle

Session 3 : Traitement de la maladie coronaire

Session 4 : Prévention du risque cardio-vasculaire

Session 5 : L'insuffisance cardiaque

Session 6 : L'innovation au service de l'HTA

Session 7 : Les troubles du rythme

THÈME 2 : LES VAISSEAUX

Session 8 : Actualités sur l'anti-coagulation

Session 9 : La prise en compte de l'esthétique de la maladie veineuse chronique

Session 10 : Nouveautés en chirurgie artérielle

Session 11 : Exploration et monitoring en vasculaire

THÈME 3 : EXPLORATIONS, MONITORAGE ET LES TRAITEMENTS EN MÉDECINE VASCULAIRE

Session 12 : La coagulation périopératoire et en urgence

Session 13 : Traitements et risques en médecine vasculaire

THÈME 1 : LE DIABÈTE

Session 1 : Diabète - Généralités - Épidémiologie

Session 2 : Monitoring moderne

Session 3 : Nouvelles voies thérapeutiques

THÈME 2 : LE PIED DIABÉTIQUE

Session 4 : L'origine des plaies

Session 5 : La prévention des plaies

Session 6 : Traitement et cicatrisation

Session 7 : Gestion de l'infection chez le diabétique

THÈME 3 : LES AUTRES ATTEINTES DU DIABÈTE

Session 8 : La rétinopathie



Groupe de travail
QUALITÉ DE VIE ET
MALADIES CHRONIQUES



POUR TOUT RENSEIGNEMENT, MERCI DE CONTACTER :

Centre de Formation des Éditions ESKA (CFEE) - Conférences Internationales

12, rue du 4 septembre - 75002 Paris - France - Tél. : +33 1 42 86 55 69 - Fax : +33 1 42 60 45 35 - e-mail : congres@eska.fr

Contact : Serge KEBABTCHIEFF - Adeline MARÉCHAL - Flore HOELLINGER

L'arrivée des présidentielles doit nous amener à ne pas oublier le droit des femmes dans les débats.

Tous ceux qui ont pu lutter pour les femmes, assister aux violences qu'elles subissent, ne peuvent se résigner à se taire.

Nous assistons, partout, au retour en puissance de mouvements politiques conservateurs qui s'attaquent aux droits des femmes.

N'oublions pas les droits des femmes

PAR **BENOÎT LE GOËDEC**, SAGE-FEMME,
RÉDACTEUR EN CHEF

En Russie, où la violence conjugale est dépenalisée au prétexte que l'État ne doit pas se mêler des affaires de famille, aux États Unis où le pouvoir de Donald Trump banalise les propos sexistes et racistes, où le juge nommé à la Cour Suprême est un juge anti-avortement, limitant les financements aux associations et, de fait, la possibilité de l'accès à la contraception sur d'autres continents. Dans d'autres pays d'Europe où l'austérité pénalise les femmes dans le monde socioprofessionnel.

Et en France, où un candidat, pur produit du système bien qu'il s'en défende, rassemble, en disant qu'il n'y a plus de clivages droite-gauche alors que nous savons tous que les luttes pour les femmes et leurs droits illustrent complètement des différences de pensées. Un autre exprime ouvertement son opinion personnelle anti-avortement. Ou un qui, mettant en enjeu premier la sécurité

et la laïcité partout, fait violence à son tour. Une encore qui tient des propos xénophobes, sexistes et racistes et instrumentalise les femmes et leurs droits. Enfin, certains qui n'arrivent pas à s'entendre ou à se rassembler pour pouvoir unir leurs voix et, de ce fait, ne s'engagent pas fermement pour défendre ceux des femmes.

Les femmes seront touchées les premières car les plus employées dans la fonction publique ; la précarité est supérieure chez les femmes.

La parité commence à être plus répandue mais n'est pas encore acquise. L'égalité homme-femme gagne un peu de terrain. Les mouvements féministes sont en éveil et en renouveau. Les sages-femmes ont, de leur histoire, toujours été là pour défendre les droits des femmes. Alors, au-delà de nos opinions politiques personnelles et en les utilisant même auprès des candidats que chacun porte, mettons en avant, en débat et en éclairage les droits des femmes. Questionnons-les, pour qu'ils soient au cœur des programmes de nos futurs élus à la Magistrature suprême et que cesse enfin la domination patriarcale et masculine dans les sphères politiques et économiques, espérant alors un retentissement par mimétisme dans les sphères professionnelles et privées.

Mais que fait donc une sage-femme dans un CSAPA ?

Je suis sage-femme dans un CSAPA¹, et la question vient juste après : « *mais vous n'êtes plus sage-femme ?* »

Pourtant, ce matin, à la première consultation, « *je suis venue parce que vous êtes sage-femme* ».

Je suis aussi infirmière. En effet, n'ayant pas pu entrer directement en école de sage-femme, je suis passée par un bac économique et social (qui ne permettait pas d'entrer en école de sage-femme). Je suis donc entrée à l'école d'infirmière. Un stage en pédiatrie en deuxième année m'a particulièrement marquée : mon mémoire de fin d'études portait sur l'hospitalisme des enfants décrit dans *De la naissance à la parole*, de René Spitz. De 1978 à 1980, je travaillais au Centre Hospitalier de Chauny en réanimation cardio-respiratoire, ce qui m'a permis de prendre de l'assurance en cas d'urgence : nous étions parfois amenés à accompagner les pompiers sur les accidents. C'était très formateur.

Après avoir acquis certaines compétences, je me suis préparée au concours d'entrée à l'école de sages-femmes d'Amiens, concours que j'ai réussi. Le 1^{er} trimestre fut difficile, notamment l'anatomie. « *Qu'est-ce qu'une infirmière fait en école de sage-femme ? De plus, elle est admise en 2^e année !* ».

À la rentrée scolaire, j'avais été prévenue. Convoquée avec les élèves de 1^{re} année, le Directeur de l'école, professeur de gynécologie-obstétrique, m'avait dit : « *Vous, on verra ce que vous valez* ». Au moins c'était clair. Mais les défis me motivent.



Je suis devenue sage-femme en 1983, diplômée à Amiens. Fraîchement sortie, j'ai travaillé à la maternité du Centre Hospitalier d'Arras, chef-lieu du Pas-de-Calais où j'ai gardé un excellent souvenir des "gens du Nord". J'ai acquis une expérience importante dans cette maternité. Nous étions polyvalentes (bloc obstétrical, gynécologie-obstétrique, aide opératoire pour les blocs en urgence la nuit).

Nous devions assurer des cours de préparation à l'accouchement auxquels je ne me sentais absolument pas préparée. J'ai donc rapidement fait une formation en psychoprophylaxie obstétricale (F. Lamaze), préparation à l'accouchement qui s'est rapidement transformée en préparation à la maternité, incluant le père et la famille. Les pères entraient en salle d'accouchement ! C'était une révolution.

Nous étions marqués par la "naissance sans violence" de Frédéric Leboyer. Michel Odent avait sorti son livre *Le bébé est une personne*.

L'année d'après, le Directeur du Centre Hospitalier de Chauny recherchant une sage-femme, j'ai, pour des raisons familiales, repris un poste au Centre Hospitalier de Chauny, petite maternité dans un bassin d'emploi de plus en plus touché par les crises successives. Après une bonne dizaine d'années, le poste de surveillante étant vacant, j'ai suivi une formation Cadre en 1993, en tant qu'auditeur libre dans une école de cadres infirmiers. « *Mais que fait donc une sage-femme en école de cadres infirmiers ?* »

Cette année m'a permis de travailler sur les dynamiques de projet et d'acquérir des compétences en management. Le mémoire de fin d'études portait sur : « *Interaction mère-enfant : rôle de l'équipe soignante* » : un vrai projet pour le futur.

L'accompagnement au plus près des problématiques de la précarité, en réseau et en lien avec les services sociaux dont la PMI, a été possible suite au projet de reconstruction de toute la gynécologie-obstétrique. En 2005, je me suis orientée sur un projet « *Conduites addictives* ».

1. CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention des addictions (existe sur tout le territoire).
2. ELSA : Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (existe sur tout le territoire, rattaché à un service d'urgence).
3. CEGID : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic.
4. TROD : Test Rapide d'Orientation Diagnostique (VIH, Hépatite).
5. Crack = freebase : mélange de cocaïne et de bicarbonate sous forme de cailloux : produit très concentré, très toxique pour le cerveau et le cœur, qui entraîne une forte dépendance.
6. LSD : Produit hallucinogène fabriqué à partir de l'acide lysergique produit par un champignon, l'ergot de seigle.
7. MDMA : Méthylinedioxyamphétamine. L'ecstasy dont l'usage est festif car elle a des propriétés psychostimulantes et hallucinogènes.
8. Méthadone : Traitement de substitution.
9. Subutex : Traitement de substitution qui entraîne beaucoup plus de mésusage à type d'injection.
10. IST : Infection sexuellement transmissible.

J'ai participé à un projet « *La santé sans dépendance* » piloté par l'IREPS et financé par l'ARS Picardie, qui a permis de mettre les acteurs du territoire en réseau. Différentes rencontres étaient organisées sur le territoire à titre d'information, de sensibilisation et de prévention des addictions et incluant différents acteurs médico-sociaux. J'ai suivi plusieurs formations à l'IREMA (Institut de Recherche et d'Enseignement des Maladies Addictives), dont l'entretien motivationnel, et obtenu un DIU « *Alcool, cannabis et nouvelles consommations, nouvelle dépendance* » à l'hôpital Paul Brousse, avec le professeur Michel Reynaud en 2007. Un nouveau projet a permis l'implantation d'une ELSA² et d'un CSAPA¹ au Centre Hospitalier de Chauny. Je suis membre de la Fédération Addiction. À ce titre, j'ai pu participer en 2014 au groupe « *Addictions et femmes* », qui a abouti à la rédaction d'un guide « *Femme et addictions : accompagnement en CSAPA et CAARUD* » édité en 2016, dont je recommande la lecture.

Une formation sur la violence m'a été aussi particulièrement utile pour appréhender cette problématique fréquente, sachant qu'il faut du temps — en moyenne sept ans — pour se séparer d'un conjoint violent. J'ai amélioré aussi mes compétences en éducation affective et sexuelle par une formation avec Francine Duguet, département de sexologie à l'université du Québec.

J'y ai rencontré l'infirmière du CEGID³ (*Centre d'évaluation Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic*) en remplacement des Consultations de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG), et si on pouvait bénéficier d'une antenne dans nos murs afin d'organiser au mieux les TROD⁴ (*Tests rapides d'orientation diagnostique*) pour les maladies sexuellement transmissibles.

Les pratiques féminines en matière de dépendances

Effectivement, ce n'est pas un univers féminin. En moyenne c'est 3/4 d'hommes et 1/4 de femmes qui consultent dans les CSAPA. Toutes les enquêtes nationales et internationales indiquent une prévalence de consommation plus importante chez les hommes par rapport aux femmes, pour toutes consommations, sauf le tabac (ainsi que les médicaments psychotropes) qui augmente chez les femmes, surtout entre 45 et 65 ans (*source Baromètre Santé 2014*). Ceci s'expliquerait par un marketing puissant et une volonté d'émancipation très forte des femmes, dont le comportement se rapprocherait de plus en plus de celui des hommes.

Les femmes sont quasiment aussi nombreuses à consommer de l'alcool occasionnellement, mais l'écart se creuse dès qu'on considère des consommations plus fréquentes et plus intenses. Pour le cannabis, il existe une hausse de l'usage chez les femmes de moins de 40 ans. Par contre, chez les hommes, la hausse est plus nette de 35 à 55 ans.

Pour les autres produits, chez les 18-64 ans, selon le baromètre Santé 2014, les femmes sont moins nombreuses à les expérimenter : crack⁵, héroïne, LSD⁶, MDMA⁷, amphétamines... En revanche, une plus grande proportion d'entre elles, en a consommé une fois dans l'année. Pour les psychotropes, l'usage est majoritairement féminin, ce qui s'expliquerait par une demande plus importante, une tendance à diagnostiquer une origine psychologique à certains problèmes physiques et au déni de la souffrance psychologique chez les hommes.

La proportion de femmes ayant des traitements de substitution prescrits serait de 23,2 % selon le tableau de bord 2015 de l'OFDT (Office Français d'Observation des Dépendances et Toxicomanie).

Les pratiques du jeu excessif sont marquées par une prévalence masculine. Les femmes jouent à des jeux différents (jeux de grattage 54,9 % de femmes, jeux en casino 28,9 %, poker 19,4 et paris sportifs 7,1 %). Elles préfèrent jouer à des jeux qui reposent sur la chance : loteries et machine à sous. Les achats compulsifs sont une problématique très fréquente, en grande majorité féminine.

Les femmes commencent à jouer à un âge plus avancé que les hommes mais développent une dépendance plus rapidement, qui serait liée à des problématiques de violences subies.

Des risques physiologiques spécifiques

Les femmes ont un volume de liquide corporel plus faible que celui des hommes. Elles métabolisent l'alcool de façon différente, ce qui fait qu'elles ont une alcoolémie plus élevée à poids identique. Les femmes ont plus de masse grasseuse sur lequel se fixe l'alcool. À quantité équivalente, la concentration de produits est plus élevée par rapport à l'homme.

Elles développent des pathologies liées à leur consommation de façon plus rapide que les hommes, même à consommation modérée.

La durée écoulée entre l'expérimentation et la dépendance est plus faible.

Le risque de développer certaines atteintes hépatiques, neurologiques et cardio-vasculaires est plus important.

Les cancers du col de l'utérus, du sein, sont majorés par la consommation de tabac.

L'aménorrhée est fréquente en cas de consommation d'opiacés ; les oublis de pilule sont fréquents du fait des problèmes de mémoire, du laisser-aller...

Les femmes sont plus vulnérables aux IST¹⁰ car les zones de muqueuses exposées sont plus importantes que chez les hommes. La teneur en virus est plus forte dans les fluides sexuels masculins... Les femmes sont plus vulnérables biologiquement et doivent être un public prioritaire en matière d'accès aux soins et d'adaptation de l'accompagnement aux soins. L'enjeu est important en matière de prévention et d'intervention précoce. La recherche dans ce domaine amène les chercheurs à exclure les femmes de leurs travaux. Pourtant, de nombreuses maladies présentent des différences notables en fonction du sexe : fréquence, sévérité, symptômes. On sait que les femmes ont une plus grande diversité génétique et phénotypique que les hommes, ce qui pour certains chercheurs pourrait expliquer leur plus grande résistance ou vulnérabilité par rapport à certaines maladies.

L'évolution des consommations des femmes en matière de consommations (tabac, alcool) inquiète en matière de santé publique car le taux de cancer du poumon, du pancréas, du foie et de la vessie est en augmentation.

■ LA SPÉCIFICITÉ CHEZ LES FEMMES

Marguerite Duras disait : « À 41 ans, j'ai rencontré quelqu'un qui aimait vraiment l'alcool, qui buvait chaque jour mais raison-

nablement... et je l'ai vite dépassé ». Le télécoping ¹¹ entraîne un processus de dépendance très rapide.

La maltraitance, la négligence dans la petite enfance ont un impact important par le stress qu'ils génèrent et ce n'est pas uniquement dans les classes défavorisées. Les sujets maltraités ont un rapport au monde différent qui modifie les circuits de récompense, qui seraient eux-mêmes influencés par les hormones sexuelles, mais tout cela est encore du domaine de la recherche.

Les facteurs chômage, faible revenu, emploi dans le secteur des services, monoparentalité, manque d'instruction, cumul de responsabilités sociales et familiales, stress, violences familiales, faible estime de soi, isolement social, avec consommation, qui est un symptôme et qui nécessite un accompagnement que les femmes sont encore trop peu nombreuses à solliciter ; elles sont en proportion encore trop faibles, 20 à 25 % dans les CSAPA. La culpabilité peut être un frein au recours au soin et, pour éviter la stigmatisation, la création de plages dédiées aux femmes est peu utilisée. Les consultations de gynécologie utilisées par les femmes paraissent un lieu approprié au repérage et à l'orientation en vue d'une prise en charge, lors des consultations pour grossesse, désirée ou pas, contraception, IVG...

Quand il y a une stérilité, pensez à l'influence du tabac ! Alors qu'une femme de 30 ans est enceinte après environ dix mois de tentatives, une femme fumeuse devra patienter en moyenne neuf mois de plus. La ménopause est plus précoce chez les femmes fumeuses en moyenne de deux ans. La sexualité, sous toutes ses formes, de la dépendance affective, de l'addiction sexuelle, peut être une approche en s'interrogeant sur la sexualité dont on parle. Celle que nous renvoie les médias et la pornographie ? C'est ça dans la vraie vie ?

■ LA SPÉCIFICITÉ CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

La maternité peut aussi être un moment où les femmes ont un nouvel espoir, une porte ouverte. Elles peuvent s'exprimer face à un professionnel à l'écoute, capable de l'accompagner, n'ayant pas toujours un objectif du « tout, tout de suite », ayant un réseau social qui permette à ces femmes de s'exprimer et d'avancer à leur rythme. Je refuse d'employer des injonctions qui ont un effet plutôt contre-productif.

L'entretien dure une heure et peut se répéter : le suivi est adapté en fonction des demandes et selon les problématiques plus ou moins rapprochées. Les personnes sont difficiles à fidéliser pour certaines, car quand il y a re-consommation, elles le vivent comme un échec ; mais il n'est pas simple de déposer un fardeau bien lourd à porter. Par ailleurs, la chronicité de la maladie addictive est difficile à accepter.

La problématique d'entrée est le plus souvent le tabac, même si d'autres produits sont concernés

En parallèle, je participe pour le personnel des services à une formation annuelle ouverte à toutes catégories de personnel hospitalier en collaboration avec médecin, infirmière psychologue et assistante sociale. Cette année, les cadres de l'établissement ont pu bénéficier d'une formation. Les étudiants en Soins Infirmiers, les élèves des écoles paramédicales et sociales sont une priorité.

11. Le télécoping est l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux toujours changeants que déploient les individus pour répondre à des demandes internes et/ou externes spécifiques, évaluées comme très fortes et dépassant ses ressources adaptatives.

Mon travail, des rencontres

Je rencontre Madame X en septembre 2012. Elle vient au CSAPA car elle est adressée par son médecin traitant, suite à une alcoolisation massive. Hospitalisée en médecine, elle effectue un sevrage. Tout au long des différents entretiens, l'alliance thérapeutique se crée.

Madame a été abandonnée par sa mère (employée dans une ferme), recueillie par la femme de l'amant de sa mère, récupérée à 9 ans par sa mère alcoolique qui la pousse dans le lit de son beau-père ainsi qu'une de ses sœurs : « *C'est la dégringolade* » sur fond d'alcool, de sexe et de jeux pervers. Madame est placée en institution catholique jusque 18 ans. Elle rencontre son premier amour qui était éducateur dans l'institution. Première cigarette et début de consommation de tabac. Elle travaille dans une entreprise de rédaction comme infographiste. Elle tombe amoureuse du chef qui est marié. Elle est enceinte en 2006. Monsieur organise son avortement dans une clinique. Elle commence à consommer de l'alcool, seule, après l'interruption médicale de grossesse. Il la soumet petit à petit. Elle se retire dans un village isolé où elle exerce comme auto-entrepreneur sous le joug de son amant, patron. Elle devient sous son emprise. Il l'a fait travailler selon son bon vouloir. Adressée à la psychologue pour prise en charge et travail sur son vécu traumatique, je continuerai son suivi d'alcoolisation en alcoolisation, dans un contexte de violence mais qui va aboutir à une séparation au bout de 3 ans d'accompagnement, malgré un contexte de précarité sociale (cf. vignette clinique p. 7 ci-contre).

Madame T., enceinte de 15 semaines a pris rendez-vous, car son gynécologue lui a dit d'arrêter de fumer. À l'interrogatoire, Madame T. raconte qu'elle a commencé à fumer après la mort de son grand-père. Elle fume 25 cigarettes par jour et boit 1 litre de coca-cola. Le test de Fagerstrom (test de dépendance à la nicotine) est à 8. Son ami a décidé de prendre la "vapotte", ce qui lui a permis de réduire sa consommation à 5 cigarettes. Madame T. me dit : « *j'avais essayé mais cela n'a pas d'influence sur ma consommation, je fume quand même* ». Il n'y a pas de tabagisme passif. Madame et Monsieur ne fument pas dans la maison ni dans la voiture ; par contre il vapote dans la maison. À la question : « *Cela vous gêne-t-il, Madame ? — Je ressens des envies de fumer* ».

— « *Pensez-vous qu'il serait possible que votre mari vapote dehors ? — Oui, c'est ce qu'il faisait au départ* ».

En effet, la vapeur de la cigarette n'a pas démontré son innocuité : mieux vaut fumer à l'extérieur : le simple fait de voir quelqu'un fumer peut générer des envies.

Je termine la consultation en lui expliquant la physiologie de la dépendance, les méthodes pour arrêter de fumer qui sont proposées aux femmes enceintes, les différents membres de l'équipe, en cas de besoin. Je l'informe qu'il y a possibilité que son mari participe à la prochaine consultation.

Je lui donne un rendez-vous pour la date qu'il lui convient, à savoir dans une semaine ½, en rappelant les objectifs qu'elle a déterminés. Des documents d'information sur le tabac et un questionnaire de consultation en tabacologie qui permettront de mieux connaître ses motivations lui sont remis.

L'EMDR

L'EMDR (Eyes Mouvement Désensibilisation et Recognition) est une technique psychothérapeutique, découverte aux États-Unis en 1987 par Francine Shapiro, psychologue américaine et membre du Mental Research Institut de Palo Alto.

Cette technique thérapeutique est pratiquée depuis dans le monde entier, auprès de milliers de personnes de tous âges souffrant de perturbations émotionnelles généralement liées à des traumatismes psychologiques plus ou moins sévères.

Ces perturbations émotionnelles s'expriment sous diverses formes: irritabilité, dépression, angoisses, phobies, douleurs, somatisations, addictions... Ces symptômes apparaissent quand notre cerveau est dépassé par un choc traumatique et qu'il n'arrive pas à traiter (ou digérer) les informations comme il le fait ordinairement. Il reste bloqué sur le ou les événements, sans que nous en ayons conscience, et ce sont les vécus traumatiques non digérés qui sont sources de ces perturbations.

La thérapie EMDR permet de débloquent les mécanismes naturels de traitement de l'information, et ainsi le traumatisme peut être retraité, désensibilisé et digéré, même de nombreuses années après. Depuis juin 2007, elle est la seule thérapie brève, avec les thérapies cognitivo-comportementales, dont l'usage est officiellement reconnu pour le traitement des états de stress post-traumatiques par la Haute Autorité de la Santé (HAS) qui intervient dans la validation des soins médicaux.

Pratiquée par des psychiatres et des psychologues formés et supervisés, l'EMDR répond à un protocole strict: une alliance thérapeutique n'est pas une condition suffisante à une prise en charge EMDR. En effet, une analyse de l'histoire du patient, l'identification des perturbations, le repérage du ou des traumatismes, l'évaluation "risques-bénéfiques" pour la personne, le repérage du profil psychique de la personne nécessitent un temps de préparation afin de cibler au mieux l'origine des difficultés et la source du souvenir traumatique...

Si la personne répond aux conditions de mise en place du protocole, si elle est réceptive à la technique et accepte ce mode de prise en charge, alors seulement le traitement en EMDR peut commencer... et le processus de traitement est alors activé de façon méthodique. C'est un processus conscient qui réactive ce que notre cerveau fait naturellement quand il ne se bloque pas. Il permet de relier les perturbations présentes au souvenir sensoriel de l'événement traumatique (image, son, odeur, sensations physiques...), ainsi qu'aux pensées et ressentis actuels qui y sont associés.

C'est alors que se met en place une reconnaissance positive où la personne change de regard sur elle-même et sur son environnement et retrouve des capacités d'adaptation et des ressources internes qui lui faisaient défaut jusque-là. La blessure psychique désensibilisée se referme jusqu'à ce

Par Madame Virginie BENTLEY
Psychologue clinicienne
CSAPA/ELSA - Centre Hospitalier de Chauny

qu'il ne reste plus que la cicatrice de cet événement passé. Cependant, il ne faut pas oublier que chaque traumatisme peut renfermer différentes facettes. Et une vie, différents traumatismes!

L'EMDR est donc un outil qui ne dispense pas d'un suivi contenant et d'un soutien psychologique. Seule une prise en charge de la personne dans son intégralité permet d'évaluer sa progression vers la résolution de la complexité de sa problématique.

La finalité de la prise en charge vise une nouvelle qualité de vie, une nouvelle image de soi et un nouveau positionnement face à la vie.

Pour exemple, voici le parcours de Madame X., 42 ans, sans enfant, maîtresse pendant plus de vingt ans d'un homme marié, abandonnée par sa mère étant bébé, élevée par une nourrice, récupérée par sa mère "alcoolique" et maltraitante vers 9 ans, abusée par son beau-père (dont elle porte le nom) à l'âge de 12 ans, puis placée en foyer... Adolescente, elle a fait un long travail psychologique sur cet épisode... Cependant, elle a développé un rapport psychopathologique aux hommes avec une forte dépendance à l'alcool et au tabac...

Après avoir été informée de la technique EMDR et avoir eu son consentement éclairé pour entrer dans le protocole, il s'est avéré, après ciblage du souvenir "source", que l'événement traumatique vécu n'était pas lié directement à son beau-père mais à sa mère qui l'avait jetée délibérément dans le lit et avait fermé la porte de la chambre pour qu'elle ne puisse pas se sauver!

Elle a donc cheminé du point A jusqu'au point B grâce à la résurgence du souvenir "source" non induit dont la désensibilisation, via le retraitement cognitif, a permis la renarcissisation et la réadaptation de ses conduites et de ses comportements. À la suite de cette prise de conscience, elle a pu se "retrouver", se réconcilier avec elle-même et se libérer de sa relation à l'alcool via le sport (course à pied), prendre des distances avec son amant et apprendre à se protéger des personnes "toxiques"...

Madame X. avait d'autres épisodes traumatiques à travailler: vécu d'abandon, séparation et décès de sa nourrice (mère de cœur), violence familiale, relationnel avec les hommes, changement de nom, filiation floue et problématique, IVG, difficulté à trouver et à prendre sa place en tant que personne et en tant que femme... Mais elle a déménagé et n'a plus donné de ses nouvelles à ce jour... Aussi, nous n'avons pas pu reprendre le travail thérapeutique et mesurer l'évolution personnelle, psychique, sociale et affective de cette patiente.

En conclusion, l'EMDR est une thérapie brève surprenante d'efficacité, qui aide les personnes à se soulager, à se libérer corps et âme des fardeaux du passé et à avancer vers un avenir meilleur. •

J'ai un appel de Madame G., puéricultrice en Protection Maternelle et Infantile, m'informant que Madame M. dont la sage-femme du même service m'avait informée qu'elle devait venir en consultation lors de sa grossesse pour des antécédents de maladie alcoolique. Elle n'est pas venue en consultation.

Madame a accouché depuis trois mois: elle se serait alcoolisée et serait d'accord pour venir.

Un rendez-vous avec D. N., addictologue, est planifié afin qu'un bilan soit rapidement effectué. Le suivi est en cours.

Madame S. vient de voir l'assistante sociale. Elle s'apprête à partir pour un troisième séjour dans une clinique psychiatrique dans le Pas-de-Calais, suivi d'une post-cure à Saint-Brieuc pour, dit-elle, s'installer définitivement là-bas et prendre un nouveau départ.

Est-ce son désir, ou le désir de sa fille aînée qui était venue plusieurs fois me voir pour me parler de sa détresse de voir sa mère s'alcooliser ?

J'ai connu Madame H. il y a 4 ans. Elle était suivie par le médecin libéral qui faisait aussi des vacances au CSAPA. Madame H. est issue d'une famille de trois enfants. Elle a subi des attouchements à 3 ans, a été violée par son père ainsi que par un de ses frères. Elle se marie pour échapper à l'atmosphère familiale et a trois enfants rapidement. Elle quitte son mari car elle tombe éperdument amoureuse d'un médecin qui lui trouve un appartement et qui lui fait subir de nombreuses violences sexuelles et psychologiques. Madame S. est sous l'emprise de Monsieur. Elle s'alcoolise régulièrement et s'automutile occasionnellement. Elle vient au rendez-vous de l'équipe plus ou moins régulièrement. Elle est contactée par d'autres femmes que Monsieur a séduites aussi. Elle désire porter plainte et se rend chez une avocate mais les preuves sont minces. Elle est très soutenue par une de ces filles qui est déjà venue me voir quand sa mère allait mal et qui l'a déjà accompagnée pour le suivi.

Après de multiples consultations au sein du service (social, psychologique), pour l'éloigner le plus possible de Monsieur, plusieurs séjours en clinique lui permettent de prendre de la distance par rapport à sa situation. Elle devient de plus en plus autonome. Elle réussit le concours d'aide-soignante. La scolarité n'est pas toujours facile, émaillée de re-consommations. Elle a son diplôme d'aide-soignante il y a deux ans et devient plus autonome. Elle s'alcoolise et consomme des médicaments, acquiert de l'autonomie mais reconnaît qu'elle aime toujours Monsieur, qui lui a dit qu'il ne la laisserait pas tomber et qui cherche à garder des liens. Il lui offre un portable et un abonnement. Quand elle est en difficulté de logement, il lui offre un appartement...

Actuellement, elle travaille dans un service de soins à domicile. Les alcoolisations sont fréquentes. Elle est en arrêt de travail, toujours suivie. Elle paraît déterminée à partir. Franchira-t-elle le pas ? Aux dernières nouvelles, elle nous remercie pour le suivi. Elle est dans une post-cure dans le Pas de Calais. Elle envisage de s'installer au bord de la mer.

Madame C. est suivie au CSAPA par le Docteur D. Elle vous informe qu'elle est enceinte depuis trois mois. Elle a un nouveau compagnon depuis 1 an. Elle ne veut pas lui dire qu'elle prend de la méthadone 850 mg par jour ainsi qu'à sa famille. Elle est informée des risques de sevrage à la naissance du bébé Elle veut arrêter la méthadone pour l'accouchement.

Madame B., âgée de 32 ans, est entrée en urgence pour alcoolisation, accompagnée de ses parents. Actuellement dans le service de Gynécologie pour douleurs abdominales et métrorragies. Elle a un retard de règles de 4 semaines. Elle a déjà été hospitalisée pour éthylisme aigu.

Séparé de son ami depuis deux ans, 2 enfants, séparation conflictuelle, en garde alternée.

Licenciement économique (antécédent d'alcoolisations sur le lieu de travail) depuis 6 mois. Sa consommation d'alcool est en augmentation, le week-end surtout quand les enfants sont absents (5 ans et 3 ans) selon ses parents.

Madame T. enceinte de 3 mois, est adressée au CSAPA par son Gynécologue-obstétricien pour consultations de sevrage tabac. Elle fume 25 cigarettes par jour depuis huit ans et n'a jamais réduit sa consommation.

Son premier enfant va bien, il a 2 ans et pesait 3 kg 100 à la naissance.

Son mari vapotte depuis 1 mois. Il a réduit sa consommation à 5 cigarettes par jour. Pour elle, cela ne lui a pas fait réduire sa consommation de tabac.

Madame Z. vient suite à violence de son conjoint. Elle n'a pas pris de méthadone depuis 3 jours, est dépendante au Crack, vit chez un ami qui l'aurait sortie de la prostitution mais qui, dit-elle, lui rappelle trop son grand-père. Le contexte de précarité sociale est majeur dans un isolement familial. Antécédent d'inceste de son grand-père et de son ex-beau-père adoptif, suicide de sa mère. Elle a eu deux enfants: un garçon de 11 ans placé et une fille de 7 ans qui a été adoptée. Elle manifeste le désir de s'en sortir.

Rendez-vous sont pris avec le médecin pour la prescription de méthadone, l'assistante sociale pour envisager un hébergement, la psychologue en septembre.

En octobre, les rendez-vous ne sont pas honorés Des messages sont laissés sur le portable.

Le 15 novembre, elle vient chez le médecin sans rendez-vous et pense être enceinte de son ex-compagnon violent.

Le relais est pris avec la Maternité

Le 8 décembre la sage-femme de consultation appelle: Madame Z. n'est pas venue au rendez-vous pour sa déclaration de grossesse. Elle a rendez-vous chez nous le 8 décembre mais n'a pas pu venir car aurait subi les violences de son conjoint; elle est partie porter plainte. Elle est retournée chez son ami qui a des idées derrière la tête...

Je téléphone à Madame C. que j'avais suivie, il y a deux ans pour une grossesse sous méthadone. Nous avons eu un coup de téléphone d'un travailleur social qui enquête. Vous allez bien ? On ne vous voit plus à la consultation médicale ? Avez-vous besoin d'aide ?

CONCLUSION

Et pour conclure, il faut s'occuper de ses pairs : les soignants malmenés par ses temps de vache maigre.

Aujourd'hui je passe en maternité. Mon collègue sage-femme nouvellement diplômé, ne se sent pas bien.

J'entends : – « Ah oui, c'est très bien, il a arrêté de fumer, félicitez-le, depuis hier » – « Et sans rien », ajoute une auxiliaire de puériculture qui travaille avec lui. Il a tous les signes du sevrage tabac : nervosité, agitation, irritabilité. A-t-il pris des substituts nicotiques ?

Non, il préfère le sevrage à la dure sans traitement, renforcé par une équipe qui pense encore que seule la volonté est nécessaire et que plus c'est dur, plus ce sera efficace.

Prescription de substituts nicotiques pour essai. J'ai eu l'impression de revenir au temps où la péridurale rentrait dans les services : « C'est naturel, il faut souffrir ! »

La prise en charge de la douleur. Qu'est-ce que cela devait être au temps de la Reine Victoria ! Tu enfanteras dans la douleur.

Un mois après, il prend rendez-vous de consultation et reconnaît le bien-être que lui a apporté la pose d'un patch de substitution.

Au cours de l'entretien, alors qu'il a fumé 1 paquet par jour, il a modifié la posologie au bout de 15 jours à 14 mg alors qu'il faut diminuer par paliers de 3 à 4 semaines.

Quand on est soignant, il faut aller vite, on se soigne à la dure ; c'est vraiment le cordonnier le plus mal chaussé.

Il revient en janvier en consultation : arrêt de tabac depuis deux mois. Il est content, il a récupéré du souffle et occupe son temps libre dans la lecture en attendant les beaux jours pour se remettre au sport. •

À MÉDITER EN TANT QUE SOIGNANT

Le produit est le haut de l'iceberg : il cache un vécu traumatique et/ou un épuisement psychique. Apprendre à parler simplement avec les femmes et l'entourage de leurs consommations de produits psychoactifs, illicites et licites, et des éventuels facteurs de vulnérabilités : précarité, dépression, solitude...

Il est possible de s'entourer d'un auto-questionnaire qui doit servir de base à une discussion dont celui mis en place par le GEGA (www.asso-gega.org)

BIBLIOGRAPHIE

- Couteron J.-P. (2005) *De l'usage de cannabis... du bon usage du monde...* Santé mentale. Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie, 102, 22-28.
- Corcos M., Phan O., Nezelof S., Jeammet Ph. (2005) *Psychopathologie de l'adolescent fumeur de cannabis*. La Revue du Praticien, 55, 35-40.
- Jeammet Ph. (1984). *La thérapie bifocale : une réponse possible à certaines difficultés de la psychothérapie à l'adolescence*. Adolescence, 10 (2), 371-383.
- Miller W.R. Rollnick S. (2006). *L'entretien motivationnel. Aider la personne à s'engager dans le changement*. Paris, Dunod.
- Phan O., Bastard-Dagher N. (2005). *La place des TCC dans les conduites addictives à l'adolescence*. Santé mentale. Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie, 102, 44-51.
- Gibier L, *Prises en charge des usagers de drogues*.
- Dr Jy Gagnard, Dr P. Keritz Topor, *L'alcoolologie en pratique quotidienne*.
- Prof. Lejoyeux, *Du plaisir à la dépendance*.
- Angel P, et Angel S., *Familles et toxicomanies*, Col. Adolescents, Ed. Universitaires, Paris, 1989.
- Rahoui. H., et Reynaud. M., *Thérapies cognitives et comportementales et Addictions*, Ed. Flammarion, Médecine- Sciences, 2006.
- Adès. J., et Lejoyeux. M., *Alcoolisme et psychiatrie*, Ed. Masson, Médecine et psychothérapie, 1997.
- Reynaud. M., Parquet. J.-P. Lagrue. G., *Les pratiques addictives*, Ed. Odile Jacob, 2000.
- Reynaud. M., (sous la direction), *Traité d'addictologie*, Ed. Flammarion, Médecine-Sciences, 2006.
- Descombey. J.-P., *L'homme alcoolique*, Ed. Odile Jacob, 1998.
- Benyamina. A., *Le verre de trop ! Alcool du plaisir à la souffrance*, Ed Solar, 2006.
- Benyamina A., *Réponses à vos questions sur le cannabis et les autres drogues*, Ed Solar, 2005.
- Whittaker A: *L'usage de substances psychoactives durant la grossesse*, RESPADD, Drugscope.
- Guide Repère, "Femmes et addictions Accompagnement en CSAPA et CAARUD", Fédération addiction 2016.
- *Enquête sur la consommation de substances psychoactives des femmes enceintes*. F. Beck J.-P. Richard A. Dumas et Laurence Simmat Durand, S. Vandentorren La santé en action, mars 2013.
- Lejeune Groupe d'Étude Grossesse et addictions. "Prise en charge du nouveau-né après exposition in utero a des substances psychoactives", Clermont Ferrand, SFMD, 13 octobre 2016.
- Cottencon O. Professeur de psychiatrie et d'addictologie Université de Lille.
- Dervaux A. Professeur de psychiatrie et d'addictologie Université de Picardie Jules Verne, CHU d'Amiens, 1^{re} Assise régionale de l'addictologie, organisée par le CARA, ARS Hauts de France le 15 décembre 2016 à Lille.
- Leboyer F. *Naissance sans violence*, Ed. Seuil, 1990.
- Odent M. *Le bébé est une personne*.
- Spitz R. *De la naissance à la parole*, Bibliothèque de psychanalyse, 2002.
- Duras M. *L'amant*. Les Éditions de Minuit, 1992.

Dépistage et surveillance de l'ictère néonatal

RECOMMANDATIONS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE NÉONATOLOGIE

INTRODUCTION

L'ictère est un des symptômes les plus fréquents, observés en période néonatale. Le plus souvent physiologique, d'évolution spontanée dans deux cas sur trois. Il est fondamental de ne pas négliger ses circonstances d'apparition et son évolution en raison des séquelles neurologiques liées à l'ictère pathologique ou ictère nucléaire.

Ainsi, selon les recommandations de la Société Française de Néonatalogie, un dépistage systématique quotidien avec support instrumental, par bilirubinomètre transcutané, une attention particulière aux facteurs de risque d'hyperbilirubinémie associées à la surveillance de la cinétique de la bilirubinémie sont autant d'éléments nécessaires à une prise en charge adaptée avant la sortie de la maternité.

Notre table ronde se tient dans le cadre du nouveau-né à terme, c'est-à-dire né après 37 SA révolues. Cependant, pour l'ictère nous verrons que le terme de la naissance de 38 SA révolues, orientera les modalités du dépistage et de surveillance. En effet, les nouveau-nés avant 38 SA révolus font partie des nouveau-nés présentant une particulière vulnérabilité à l'ictère néonatal.

Dans un premier temps, nous évoquerons succinctement la physiopathologie de l'ictère néonatal. Puis, après avoir abordé les éléments du dépistage en maternité et les conditions de sortie, nous verrons les modalités de dépistage et de surveillance de l'ictère néonatal physiologique au domicile. Nous verrons alors l'importance du lien ville-hôpital et de l'information délivrée aux parents pour un suivi de qualité du couple mère-enfant.

PHYSIOPATHOLOGIE ET DÉFINITIONS

L'ictère est le symptôme d'une hyperbilirubinémie, caractérisée par une coloration jaune des téguments et des conjonctives. Son apparition est liée à un déséquilibre entre production et élimination de la bilirubine, or un tel déséquilibre est physiologique chez le nouveau-né à terme, en raison de son immaturité hépatique et des circonstances de la naissance.

Il est important de comprendre la physiopathologie de l'ictère pour identifier les facteurs de risque d'hyperbilirubinémie. Les circonstances d'apparition et l'anamnèse

permettront d'orienter le diagnostic et d'adapter les modalités de dépistage et de surveillance.

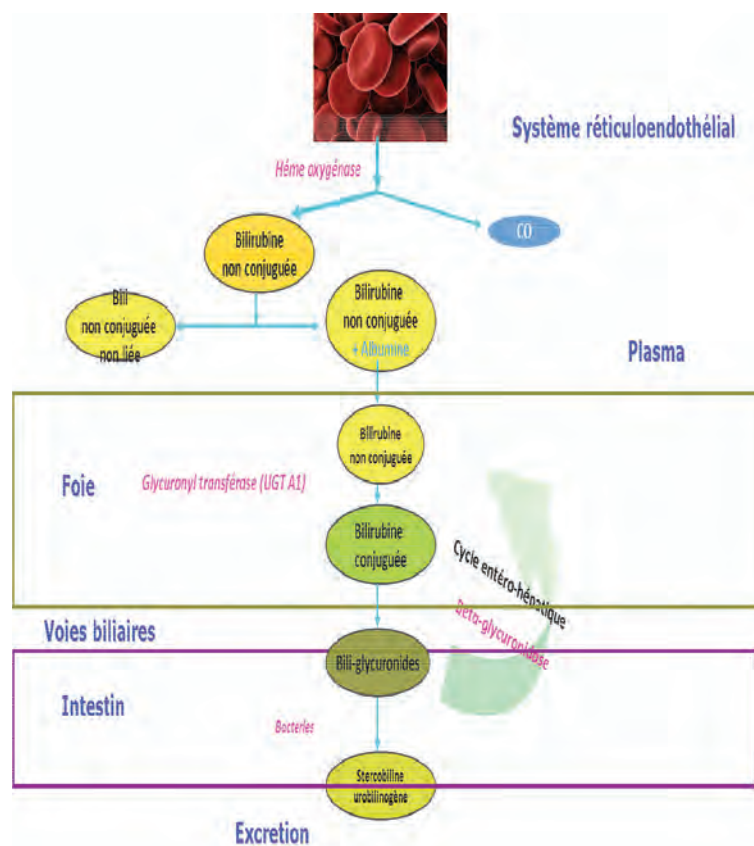
Le métabolisme de la bilirubine comporte trois étapes : production, conjugaison et excrétion.

En début de cycle de production, la bilirubine libre ou non-conjuguée, est issue de l'hémolyse des globules rouges dans le système réticuloendothélial. Non hydrosoluble, elle est transportée liée à l'albumine jusqu'au foie.

Au niveau du foie, la bilirubine est conjuguée, la rendant ainsi hydrosoluble. Elle sera ensuite dégradée au niveau intestinal en stercobiline.

Figure 1

LE MÉTABOLISME DE LA BILIRUBINE ⁽¹⁾



(Accord du Dr Cortey A., CNRHP clinique)

Site de la Société Française de Néonatalogie

<http://sdp.perinat-france.org/SFN/index.html>

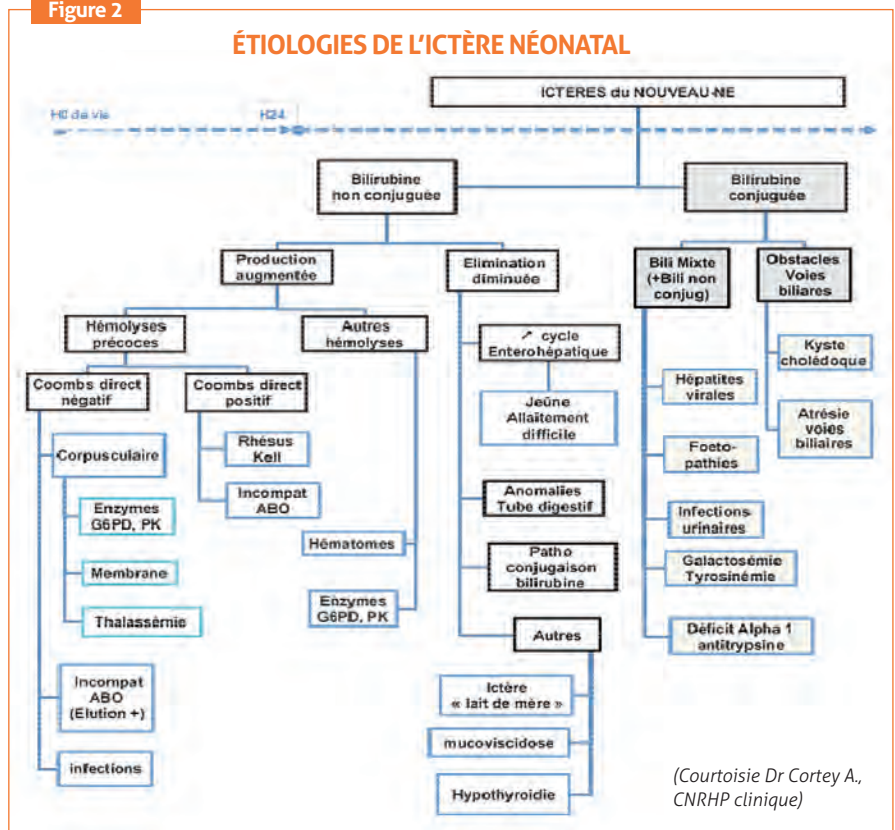
GRUPE DE TRAVAIL DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE NÉONATOLOGIE

- P. Tourneux, Réanimation Pédiatrique, Pôle Femme - Couple - Enfant, CHU Amiens
- A. Cortey, CNRHP, Pôle périnatalité CHU Est parisien, Hôpital Trousseau, APHP, Paris
- L. Renesme, Néonatalogie Maternité, Centre Aliénor d'Aquitaine, CHU de Bordeaux
- J. Raignoux, Hôpital des Enfants et Maternité Paule de Viguier, CHU Toulouse
- A. Bedu, Néonatalogie, Hôpital Mère-Enfant, CHU Limoges
- C. Casper, Hôpital des Enfants et Maternité Paule de Viguier, CHU Toulouse
- P. Truffert, Service de Médecine Néonatale, Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU Lille

Ainsi, l'accumulation de bilirubine et donc l'ictère peuvent être liés :

- d'une part à une augmentation de la production (hémolyse importante) ou une diminution de la conjugaison au niveau hépatique, expliquant un taux anormal de bilirubine non-conjuguée. À l'origine de l'ictère à bilirubine non conjuguée ou libre, qui est fréquent.
- d'autre part, une augmentation de la bilirubine conjuguée, après passage hépatique, qui ne peut être efficacement dégradée en raison de pathologies diges-

Figure 2

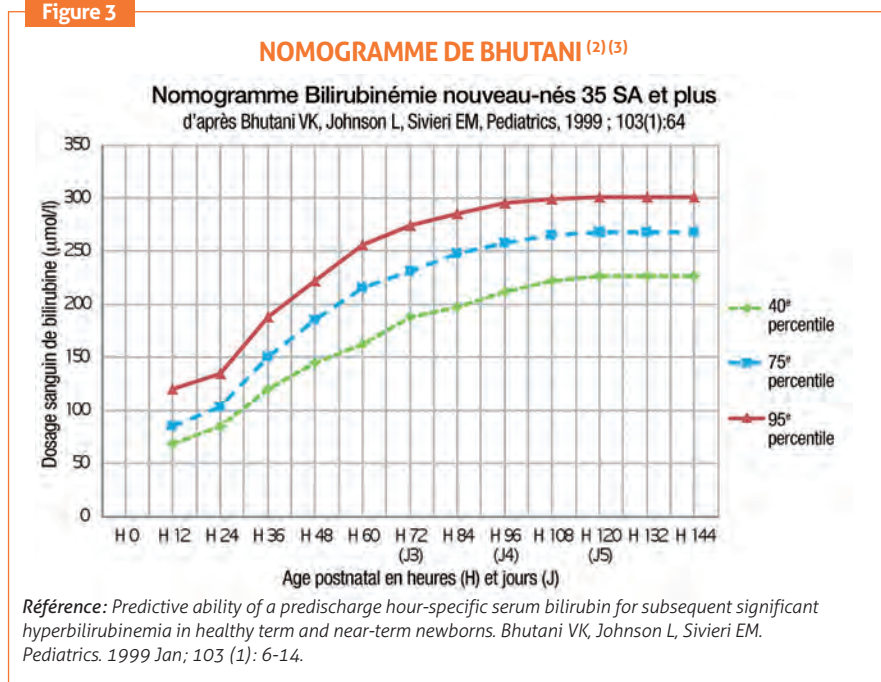


tives et biliaires. À l'origine de l'ictère à bilirubine conjuguée ou directe, ou mixte : il est rare. Il est dû à des causes métaboliques ou malformatives. Le pronostic sera fonction de la précocité du diagnostic et de la prise en charge de la pathologie. Il pourra être évoqué en présence de selles non colorées, dans le

cas d'une atésie des voies biliaires. Il ne sera pas le propos de cette table ronde.

Parmi les ictères à bilirubine non conjuguée, on distingue les ictères précoces, survenant le plus souvent avant 36 heures de vie, par production augmentée de bilirubine, donc hémolyse et les ictères tardifs, par défaut de conjugaison et d'élimination de la bilirubine (souvent > 72 heures).

Figure 3



DÉPISTER EN MATERNITÉ

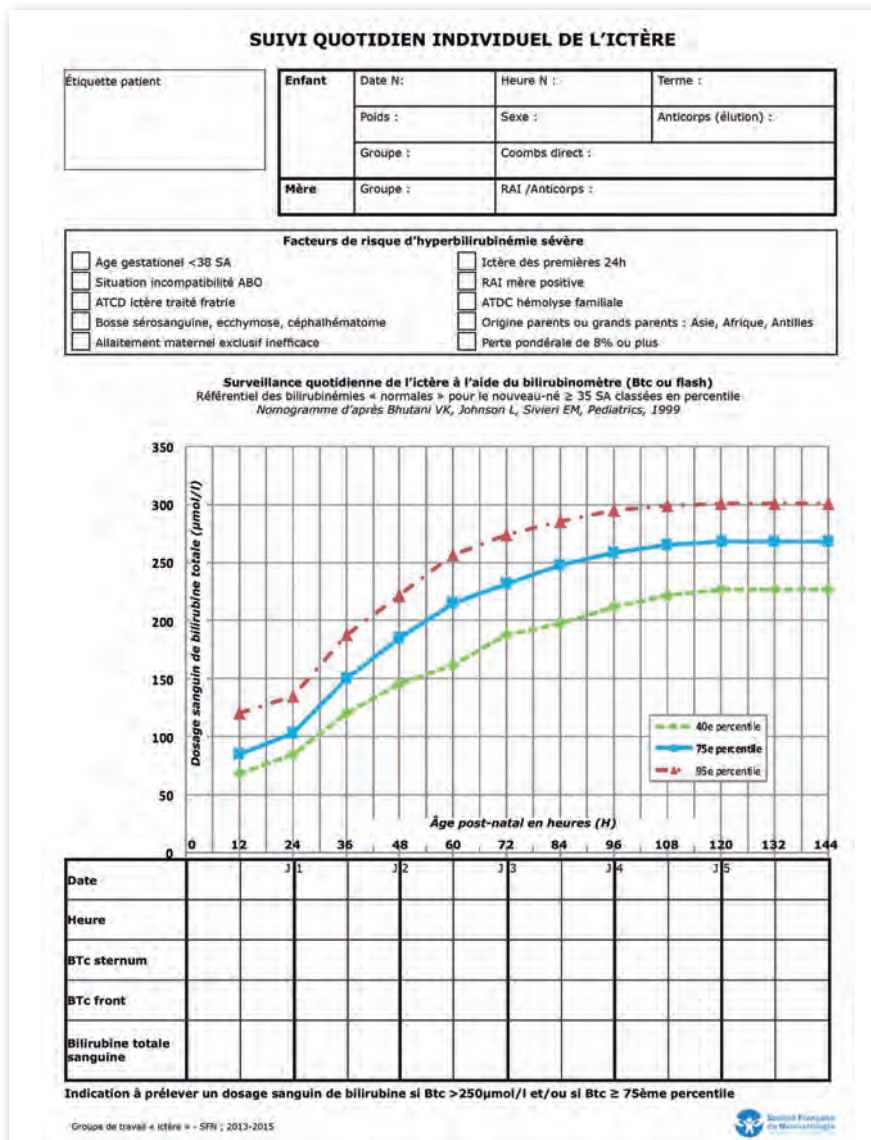
Le dépistage en maternité doit être systématique, quotidien et universel, intégré dans la surveillance de **tout nouveau-né** et associé à une information des parents.

Il comprend le dépistage visuel et au moins, une fois par jour, une mesure par bilirubinomètre transcutané, reportée sur le nomogramme de Buthani. Ces courbes permettent de classer les mesures en percentile et de suivre leur évolution (cf. Figure 3).

La mesure par bilirubinomètre transcutané, est en corrélation d'environ 50 à 100 µmol/l avec un dosage sanguin de bilirubine. Mais il existe des variations individuelles. La mesure doit être répétée deux fois soit sur le front, soit sur le sternum. La plus haute des deux valeurs est conservée.

Figure 4

FEUILLE DE SUIVI QUOTIDIEN DE L'ICTÈRE EN MATERNITÉ. CORTEY A. CNRHP CLINIQUE - JUIN 2014⁽⁴⁾



Tous les nouveau-nés ne sont pas égaux : l'identification des facteurs cliniques de risque d'hyperbilirubinémie sévère permet de mettre en place un dépistage plus vigilant, ciblé pour les "nouveau-nés reconnus vulnérables". De même, les enfants à peau foncée sont à risque de sous-estimation de l'ictère au dépistage visuel, donc doivent être l'objet d'une attention particulière.

Ainsi, devant les facteurs de risque d'hyperbilirubinémie suivants, le dépistage par bilirubinomètre sera réalisé deux fois par 24 heures et ce, dès le retour en suites de naissance. Les mesures seront reportées sur le nomogramme de Bhutani pour observation de la cinétique des mesures.

Un bilan sanguin sera réalisé en présence d'une discordance entre l'observation et la mesure transcutanée, en l'absence de mesure affichée ou si celle-ci est $\geq 250 \mu\text{mol/l}$ ou $\geq 75^{\text{e}}$ P.

Les facteurs cliniques de risque d'hyperbilirubinémie sévère :

- Terme de naissance inférieur ou égal à 38 SA ;
- Incompatibilité ABO ou Rhésus, RAI maternelles positives ;
- ATCD d'ictère traité dans la fratrie ;
- ATCD familial de pathologies hémolytiques ;
- Origines des parents : Asie, Afrique, Antilles ;
- Bosse sérosanguine, céphalématome, ecchymose ;
- Ictère d'apparition < H24 ;
- Allaitement maternel exclusif inefficace ou perte de poids > 8 %.

Figure 5

CRITÈRES POUR DÉFINIR LE BAS RISQUE CHEZ L'ENFANT⁽⁵⁾

Critères pour une sortie après une durée de séjour standard

- Nouveau-né à terme ≥ 37 SA singleton et eutrophe
- Examen clinique normal^o réalisé **impérativement 48 heures après la naissance et avant la sortie**
- Température axillaire entre 36 et 37 °C ou centrale entre 36,5 et 37,5 °C
- Alimentation établie (si allaitement maternel : observation d'au moins 2 tétées assurant un transfert efficace de lait reconnu par la mère), mictions et selles émises, transit établi
- Perte de poids < 8 % par rapport au poids de naissance
- Absence d'ictère nécessitant une photothérapie selon la courbe d'indication thérapeutique et mesure de la bilirubine transcutanée ou sanguine à la sortie rapportée au nomogramme (groupes à bas risque d'ictère sévère et risque intermédiaire bas*)
- Absence d'éléments cliniques ou paracliniques en faveur d'une infection ; si facteurs de risque d'infection : prélèvements biologiques et bactériologiques récupérés et négatifs
- Dépistages néonataux réalisés à la maternité
- Suivi *post-partum* après la sortie planifié : un rendez-vous avec le professionnel référent du suivi **dans les 48 heures suivant la sortie**, sinon dans la semaine (cf. schéma de l'organisation du parcours de soins)

■ Si la bilirubine transcutanée (BTC) est $\geq 75^{\circ} \text{P}$ ou $\geq 250 \mu \text{mol/l}$.

En cas de mesure de la bilirubine transcutanée supérieure au 75°P , sur la courbe de Bhutani, ou supérieure à $250 \mu \text{mol/l}$, il sera réalisé :

- **Un dosage sanguin** de la bilirubinémie totale, acheminé en urgence,
- **Un bilan étiologique**, à la recherche d'étiologie responsable d'hyperbilirubinémie sévère :
 - **chez l'enfant** : Hémogramme, Groupe-Rhesus, Coombs direct, CRP,
 - **chez la mère** : RAI à vérifier et contexte de l'anamnèse.

En cas d'absence de résultats ou de résultats incohérents au bilirubinomètre transcutané, il est nécessaire de réaliser un dosage sanguin de la bilirubinémie en urgence et mettre l'enfant sous photothérapie sans attendre le résultat (valeurs alarme).

L'indication thérapeutique se prendra en confrontant le dosage de bilirubinémie totale et les courbes d'indication de photothérapie qui tiennent compte de l'âge gestationnel, de l'âge post-natal et des facteurs de risque de toxicité aggravée de la bilirubine. Le traitement de première intention reste la photothérapie.

Une telle surveillance permettra de dépister précocement un ictère d'apparition rapide ou tardive, ainsi que de confirmer le caractère physiologique d'un ictère néonatal en suivant son évolution.

LES CONDITIONS D'UNE SORTIE DE MATERNITÉ LORS D'UN ICTÈRE NÉONATAL

Les conditions et l'organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés ont fait l'objet de recommandations de la HAS en Mars 2014 ⁽⁵⁾. Ces recommandations s'adressent aux couples mère-enfant à bas risque médical, psychique et social. La durée de séjour standard et la sortie précoce y sont définies, ainsi que les critères pour définir le bas risque chez la mère et chez l'enfant.

■ **La durée de séjour standard** a été définie comme une durée d'hospitalisation de 72 à 96 heures après un accouchement par voie basse et de 96 à 120 heures après un accouchement par césarienne (cf. Figure 5).

■ **Une sortie précoce** est définie comme toute sortie de maternité au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse et au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne.

Après une sortie standard, deux visites sont recommandées par la HAS, réalisées préférentiellement à domicile ou dans un lieu de soin approprié :

- La première doit être systématiquement réalisée dans la semaine après la sortie et si possible dans les 48 heures suivant celle-ci.
 - La deuxième est recommandée et planifiée selon l'appréciation du professionnel référent en charge du suivi de la mère et de l'enfant.
- Elles comprennent, selon les recommandations, une surveillance :
- du poids, de l'alimentation (allaitement maternel ou allaitement artificiel), des urines à chaque change et des selles spontanées et régulières (3 ou 4 selles/jour) en lien avec le risque de déshydratation et dénutrition ;
 - de la coloration et de la bilirubinémie transcutanée si besoin ;
 - d'une auscultation cardiaque et perception nette des pouls fémoraux pour le dépistage des cardiopathies ;
 - de la température, de la fréquence respiratoire, des troubles hémodynamiques (allongement du temps de recoloration), en lien avec le risque infectieux ;
 - du comportement : tonus, éveil, contact ;
 - de la supplémentation en vitamine D et en cas d'allaitement maternel en vitamine K.

Des visites supplémentaires peuvent être réalisées, en fonction des éléments médicaux à surveiller et/ou des besoins ressentis par la mère ou le couple.

Dans le cadre d'un ictère néonatal, une sortie précoce peut être envisageable, selon les critères recommandés par la HAS, **en l'absence de facteurs de risque d'hyperbilirubinémie sévère**.

La décision de sortie, précoce ou standard, repose, en plus des critères énoncés ci-dessus, sur l'analyse conjointe des facteurs de risque d'ictère sévère et l'interprétation du profil évolutif individuel des mesures de BTC ou BTS, à partir du nomogramme de référence.

La planification d'un suivi doit être programmée le jour de la sortie en précisant l'intervenant et la date de la prochaine consultation. Le tableau ci-dessous reprend les éléments du contexte et la mesure de la BTC ou BTS, pour établir le délai et les modalités de consultation après la sortie.

La visite après la sortie de maternité, pour un nouveau-né présentant un ictère, pourra et devra donc être programmée dans les 24 à 72 heures, par un personnel qualifié, affilié au réseau de soins local, disposant de matériel adapté (évaluation pondérale et quantification de l'ictère), d'un recours pédiatrique pour examen complémentaire ou hospitalisation, et d'un recours biologique pour dosage en urgence de la BTS, en cas de besoin.

Une fiche de liaison est jointe au carnet de santé reprenant l'évolution de l'ictère et l'organisation envisagée pour un circuit de retour éventuel.

Figure 6 ► Prise en charge de l'ictère en sortie de maternité chez le nouveau-né $\geq 35 \text{ SA}$. ⁽⁶⁾

	< 40 ^e P	40 - 75 ^e P	75 - 95 ^e P
AG 35 - 37 SA AVEC FR			
Quelle surveillance ?	Clinique et BTC (ou BTS à défaut)	Clinique et BTC (ou BTS à défaut)	NA
Dans quel délai ?	24 h - 36 h	24 h - 36 h	
AG 35 - 37 SANS FR ou AG ≥ 38 SA AVEC FR			
Quelle surveillance ?	Clinique et BTC (ou BTS à défaut)	Clinique et BTC (ou BTS à défaut)	Clinique et BTC (ou BTS à défaut)
Dans quel délai ?	2- 3 J	24 h - 36 h	< 24 h
AG ≥ 38 SA SANS FR			
Quelle surveillance ?	Clinique	Clinique et BTC (ou BTS à défaut)	Clinique et BTC (ou BTS à défaut)
Dans quel délai ?	2- 3 J	2- 3 J	24 h - 36 h

Figure 7

FICHE AP-HP. ICTÈRE FICHE CNRHP 2012

La photothérapie

Pour éviter que le taux de bilirubine ne devienne dangereux pour l'enfant, il n'y a pas de médicament. Mais il y a un traitement très efficace : LA PHOTOTHÉRAPIE (traitement par la lumière).

Comment ça marche ?

La photothérapie agit directement sur la bilirubine au niveau de la peau et la rend plus facile à éliminer. On utilise une lumière bleue intense, qui ne contient pas de rayons ultraviolets. Il existe différents appareils de photothérapie qui varient en intensité de lumière, donc en rapidité d'action.

Pendant la photothérapie, l'enfant est couché sur le dos (comme d'habitude). Ses yeux sont protégés de la lumière par des lunettes spéciales en tissu. Sa température est surveillée régulièrement de même que son cœur et sa respiration. Souvent les selles prennent une couleur verte, c'est normal : la bilirubine s'élimine de cette façon.

L'évolution de la jaunisse est surveillée par des dosages de la bilirubine réguliers. Dès que le taux de bilirubine diminue suffisamment, la photothérapie est arrêtée. Cela demande parfois 2 ou 3 jours, souvent plus, parfois moins. Par précaution, le taux de bilirubine est vérifié dans les 48 heures après l'arrêt de la photothérapie pour surveiller la gestion de l'ictère.

La photothérapie est employée dans les cliniques et les hôpitaux. Parfois le bébé doit passer quelques jours dans un service spécialisé pour profiter d'appareils de photothérapie plus efficaces.

Si la photothérapie ne suffit pas à faire baisser le taux de bilirubine, il y a un risque de complications pour le cerveau. On propose alors une échangeuse-transfusion (changement du sang de l'enfant pour faire baisser rapidement le taux de bilirubine).

Si vous avez des questions sur l'ictère :

Captez votre bébé avec votre bébé
Pas de bébé, pas de bébé
à la maison

N'hésitez pas à contacter sans délai un professionnel de santé :

- votre médecin,
- le PMI,
- le médecin où votre enfant est né.

Vous pouvez aussi appeler le service médical de l'INRHP (Centre National de Référence en Hémiologie Périnatale) au 01 71 97 03 01 qui assure conseils et consultation pour l'ictère en Ile-de-France.

ASSOCIATION HÔPITAL PÉRINATAL PARIS-CLERMONT
HÔPITAL TOUSSAULT
CNRHP - Paris Clémence
25, avenue du Dr Amis-Auher 75571 Paris Cedex 12
Tél. 01 71 97 03 01 - Fax 01 44 73 66 80

Transport :

Métro : stations Soléil ou Pétrole ligne 8, stations Porte de Vincennes ou Nation ligne 11, Ligne 8 : stations Daumesnil ou Michel-Bizot (ligne 8), Bus : N°64 : arrêt Hôpital Armand-Trousseau, N°254 et 50 : arrêt Avenue de Saint-Mandé, N°20 : arrêt Gare de Vincennes, N°1 : arrêt Paris de Saint-Mandé, N°81 : ligne A, Station Nation

Jaunisse ou ictère du nouveau-né

La photothérapie

Information des parents

CENTRE NATIONAL DE RÉFÉRENCE EN HÉMOLOGIE PÉRINATALE
C.N.R.H.P.

CNRHP

ASSOCIATION HÔPITAL PÉRINATAL PARIS-CLERMONT
HÔPITAL TOUSSAULT
CNRHP - Paris Clémence

Une information des parents doit être délivrée, le plus précocement possible, en cours de grossesse ou au début du séjour, en s'assurant de la bonne compréhension des parents. En informant, avec un support écrit, sur les mécanismes d'évolution de l'ictère, les signes d'alerte (jaunisse augmentée, mauvaises tétées, hypotonie...), le soutien à l'allaitement et les personnes-ressources disponibles de jour comme de nuit (cf. Figure 6).

DÉPISTER ET SURVEILLER APRÈS LE RETOUR À DOMICILE

Au domicile ou en consultation, au-delà de la couleur cutanée, l'examineur pourra être alerté par le comportement de l'enfant.

■ **L'ictère peut ne pas être franc visuellement**, d'autant plus chez les enfants dont la peau est foncée. Devant des anomalies du comportement du nouveau-né, après la sortie, il est nécessaire d'évoquer un ictère. L'interrogatoire et l'examen clinique recherchent les signes de gravité d'une neurotoxicité : refus de boire, hypotonie axiale, réveil difficile voire impossible, inconsolabilité, cri très aigu, hyperextension du cou. Ces signes témoignent d'une souffrance neurologique et imposent un transfert immédiat aux urgences pédiatriques.

■ **Devant un "enfant jaune", au domicile, sans troubles de comportement**, une enquête en quatre points est nécessaire pour déterminer le délai d'orientation, de prescription et de réalisation d'un bilan sanguin, chez le nouveau-né :

- 1 La présence de facteurs de risque (≤ 38 SA, risque IFME ABO ou Rhésus, antécédent d'ictère dans la fratrie, antécédent hémolytique familial, origines des parents : Asie, Afrique ou Antilles, allaitement exclusif "inefficace", perte de poids $> 8\%$.)
- 2 L'historique de l'ictère : apparition et évolution.
- 3 L'examen clinique à la recherche d'une pâleur, d'une hépatosplénomégalie, d'un contexte infectieux.
- 4 L'évaluation de l'alimentation et du transit : pesées, observation de têtes, nombre et couleur des selles... Si l'enquête ne montre pas d'éléments péjoratifs (belle courbe de poids, enfant éveillé s'alimentant sans souci), une consultation, une mesure de la bilirubine transcutanée et le bilan sanguin pourront être effectués sous 48 heures.

Si l'enquête met en valeur un ou plusieurs facteurs de risque d'ictère sévère ou un signe de gravité : perte de poids $> 8\%$ ou signe d'anémie, le nouveau-né doit être orienté rapidement vers un médecin ou les urgences pédiatriques.

La fiche de liaison ville-hôpital tient ici une place toute particulière pour la continuité de la prise en charge du couple mère-enfant et l'évaluation de l'évolution de l'ictère.

CONCLUSION

Les recommandations de la Société française de Néonatalogie, associées à celle de la HAS sur les sorties de maternité ont pour but d'améliorer et harmoniser nos pratiques pour un dépistage attentif de tous les nouveau-nés et une prise en charge optimale de l'ictère néonatal, afin d'éviter son évolution vers l'ictère nucléaire et les séquelles neurologiques.

Elles mettent en avant la vigilance de tous les acteurs à toutes les étapes, un raisonnement face à l'ictère basé sur la physiologie, une formation des professionnels de la périnatalité à la reconnaissance des facteurs de vulnérabilité à l'ictère néonatal sévère et aux modalités de dépistage recommandées.

Elles préconisent une organisation permettant une visite de suivi de qualité, associée à une information des parents et un travail en réseau des professionnels de la ville et de l'hôpital avec un référent identifié et un circuit de retour simple et court, en cas de besoin. •

Références

- (1) Cortey A. *Le métabolisme de la bilirubine. Éléments de physiologie appliquée à la prise en charge de l'ictère à bilirubine libre en maternité.* Arch Pédi. 2014; 21 : 63-65.
- (2) Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM. *Predictive Ability of a Predischarge Hour-specific Serum Bilirubin for Subsequent Significant Hyperbilirubinemia in Healthy Term and Near-term Newborns.* Pediatrics. 1999 Jan 1; 103 (1): 6 - 14.
- (3) Bhutani VK, Gourley GR, Adler S, et al. *Noninvasive measurement of total serum bilirubin in a multiracial predischarge newborn population to assess the risk of severe hyperbilirubinemia.* Pediatrics. 2000 Aug; 106 (2): E17.
- (4) *105 fiches pour le suivi post-natal mère-enfant.* Battut A., Harvey T., Lapillone A. Elsevier-Masson. 2015. p 232. (5) HAS. *Sortie de maternité après accouchement.* 2014
- (5) HAS. *Recommandations de bonne pratique. Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés.* Mars 2014
- (6) Tourneux P., L. Renesme, J. Raignoux, A. Bedu C. Casper, P. Truffert, A. Cortey. *Prise en charge de l'ictère en sortie de maternité chez le nouveau-né ≥ 35 SA.* Arch Pédi 2014; 21 : 71-72.

Pourquoi allaiter ?

Lien affectif unique

Maman-Bébé
Continuité du peau à peau

**Gain de temps
et d'argent**

Pas de préparation, ni de matériel

**Aliment évolutif
parfaitement adapté**

Effet protecteur

Diminution risque cancer sein/ovaire
Contre infections virales / bactériennes

Pourquoi prendre matilia® Allaitement ?

Prêt à l'emploi

Pas besoin de chauffer de l'eau
comme pour les tisanes

Acte alimentaire

1 bouteille/jour
Observance facilitée
Non médicalisé

Nomade

À déguster à la bouteille
Conservation ambiante avant ouverture

Se faire plaisir

Tout simplement bon !
3 saveoureux parfums :
chocolat, vanille, caramel



Une alternative innovante pour soutenir l'allaitement

Recommandée par
les Sages-Femmes



www.francebebe.fr



Dossier

La contraception

La contraception est un domaine des sages-femmes. Depuis leur lutte auprès des femmes pour l'obtenir de façon légale jusqu'à l'élargissement de leurs compétences actuelles pour sa prescription.

Le post-partum reste un domaine de prédilection mais la prescription est pourtant souvent identique pour toutes les femmes. Les mineures sont protégées pour y avoir accès de façon anonyme et gratuite et les sages-femmes en recevront de plus en plus, ayant inscrit dans

le livre blanc de l'Ordre, les interventions sur la sexualité et la contraception auprès des collégiens et lycéens. Mais la contraception masculine est méconnue et se heurte au monde patriarcal, comme l'illustre actuellement le combat d'Elaine Lissner aux USA qui se bat pour trouver des financements et des engagements à la commercialisation d'un gel destiné aux hommes (injection dans l'urètre) et ayant passé avec succès les phases d'expérimentation clinique.

SOMMAIRE DU DOSSIER

17 CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

24 CONTRACEPTION DES MINEURS

26 LA CONTRACEPTION MASCULINE

29 Présentation d'ARDECOM, Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine

30 Protocole de la contraception hormonale masculine **en 9 questions** à J.-C. SOUFIR

31 Protocole de la contraception masculine thermique **en 9 questions** à R. MIEUSSET

CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

RÉFLEXIONS SUR LA PRESCRIPTION EN PRATIQUE QUOTIDIENNE

→ Au cours de votre interrogatoire, une patiente vous annonce avoir fait trois IVG. Quelle est votre première pensée ? Indignation ? Jugement négatif ?

Une autre vous raconte qu'à 16 ans, suite à son premier rapport sexuel, elle a été enceinte parce "qu'elle ne savait pas qu'elle pouvait être enceinte la première fois". À 25 ans, en post-partum, elle était sous Microval®, son bébé ne faisait pas ses nuits. Très fatiguée, elle a oublié de prendre la pilule à heure fixe. Ne se sentant pas la force d'enchaîner si tôt avec une autre grossesse, elle décide d'avorter. À 34 ans, le couple est stable. Avec son mari, ils décident d'avoir un troisième enfant, alors, enceinte de 9 semaines, elle découvre que son compagnon la trompe, la maîtresse étant enceinte de 5 mois du même homme. Le couple explose et elle décide d'avorter, ne pouvant assumer seule une troisième grossesse.

Quelle analyse pouvons-nous faire de cette histoire ?

- Pour éviter la première IVG, depuis 2001 des informations sur la santé sexuelle doivent être dispensées aux élèves de tous niveaux... Mais est-ce fait ? Y a-t-il assez de moyens déployés pour remplir cette mission ? C'est un sujet tabou pas facile à aborder par tous !
- La deuxième IVG... il est vrai que prendre un comprimé tous les jours à la même heure quand la maman vient d'accoucher et qu'elle vit au rythme de son bébé, ce n'est pas évident ! Même en dehors du post-partum !
- Concernant la troisième... nous n'avons pas encore trouvé de "remède" à l'infidélité !

Il paraît illusoire de vouloir diminuer le nombre de grossesses non désirées par une campagne nationale tous les 3 ou 5 ans. Combien de femmes se sentent concernées par le message ? La démarche du groupe de réflexion a été de cibler le "post-partum" et de passer en revue les dernières études pour tenter de faire évoluer les pratiques. À travers ce document, nous vous livrons le fruit de nos recherches dans la limite des connaissances actuelles de la science.

Sur une initiative de l'association ICAR en 2013, en partenariat avec l'ARS, le groupe de réflexion "Post-Partum" a regroupé les professionnels suivants :

- Dr J.L. Volumenie, Praticien hospitalier, Chef de service MFME-CHUM - Fort-de-France
- Dr K. Haentjens, gynécologue-obstétricienne sexologue
- Dr S. Fabien, médecin à l'AMIOF
- Dr P. Ozier-Lafontaine, pharmacien
- Dr T. Deblay, médecin généraliste
- Dr C. Bonnier, praticien hospitalier, responsable de l'unité d'orthogénie - MFME-CHUM - Fort-de-France

Avec le soutien de



→ LA SEXUALITÉ DE LA FEMME EN POST-PARTUM

Il existe très peu d'études retrouvées sur la sexualité en post-partum et, de plus, elles sont réalisées par des volontaires.

On note 19 % de relations sexuelles entre l'accouchement et le 4^e mois.

En moyenne, la reprise de l'activité sexuelle se situe vers la 7^e semaine après l'accouchement. Les femmes qui allaitent ont moins de relations sexuelles et moins de plaisir.

Il existe une différence entre un accouchement voie basse et une césarienne : les relations sexuelles sont plus précoces après un accouchement par voie basse qu'après une césarienne.

La connaissance de la sexualité est importante pour mieux affiner les conseils donnés aux patientes.

→ LE MOMENT LE PLUS PROPICE POUR ABORDER LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

Idéalement, il est souhaitable d'aborder le problème de la contraception en période anténatale et, si possible, en couple. Cette démarche est d'ailleurs recommandée par l'ANAES. Plusieurs études ont, en effet, mis en évidence les insuffisances de la stratégie contraceptive lorsque celle-ci n'était pas évoquée avant le séjour en maternité.

■ **Quels sont les principaux risques d'une grossesse rapprochée ?**

• Pour l'enfant

Le Dr F. Dedeker and Co., dans son article J Obs 2006 ; 35 28-34, rappelle les complications périnatales existantes et préoccupantes : la prématurité, le retard de croissance intra-utérin, la mortalité périnatale.

• Pour la mère

Le même article souligne le fait qu'il y a plus de grossesses rapprochées chez les femmes qui n'allaitent pas que chez les femmes allaitantes.

Et conclut : "l'instauration d'une contraception en post-partum est un élément important surtout quand la femme n'allait pas".

Le fait de sensibiliser les femmes enceintes à la contraception en post-partum peut avoir un impact sur le nombre de grossesses non désirées et d'IVG.

Que proposer ?

À la lecture du mémoire de M^{elle} Casseus réalisé auprès d'accouchées, nous avons retenu que :

- Pendant la grossesse, les professionnels de santé, que ce soit celui qui suit la grossesse ou celui organisant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, restent les interlocuteurs privilégiés en matière de contraception.

Dans 9 cas sur 10 l'information, principalement dispensée par la sage-femme et les étudiantes sages-femmes, est donnée le jour de la sortie, sous forme d'entretien dans la chambre de la patiente. On leur a alors parlé principalement de la pilule.

Mais à cet instant, les femmes **ne pensent qu'à leur sortie** et organisent leur retour à la maison avec comme **principale préoccupation : le bébé.**

- À la sortie de la maternité, la méthode la plus prescrite est Microval® (dans 79 à 100 % des cas). Les femmes considèrent que le fait de recevoir une ordonnance de pilule n'est pas recevoir une information. La contraception est prescrite sans leur avis sur la question.
- En consultation post-natale : un tiers change de contraception en faveur d'un DIU principalement. Les deux-tiers continuent avec Microval® car elles allaitent toujours, **mais, elles ont confié vouloir changer de contraception au 6^e mois du post-partum.**

Ne faut-il pas informer les femmes sur la physiologie du post-partum, le retour à une fertilité rapide pour qu'elles comprennent la nécessité d'une contraception ?

Ne faut-il pas favoriser l'adhésion en tenant compte des désirs de la femme ?

Une étude rétrospective menée dans le New Jersey entre 1996 et 2000 a montré le bénéfice d'un *counseling* sur la contraception tôt au cours de la première grossesse.

Ces données nous confortent dans le besoin d'apporter une information adaptée à ces femmes en quête de renseignements pour trouver une méthode plus adaptée à leur histoire. Les consultations prénatales pourraient constituer un temps d'échange privilégié pour aborder la contraception : **le meilleur moment nous semble être vers le 8^e mois**, lors de la consultation sur le lieu d'accouchement. Une étude dans le cadre d'une thèse de médecine est en cours pour évaluer la performance de cette information.

→ LES VÉRITÉS ET ERREURS SUR LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

1. Les contraceptions œstro-progestatives sont contre-indiquées immédiatement après l'accouchement

VRAI ➤ Le risque thromboembolique du post-partum se cumule avec le risque thromboembolique des œstroprogestatifs et conduit à éviter la prescription dans les 21 jours qui suivent l'accouchement. Généralement, les femmes sans facteurs de risque thromboembolique peuvent débuter une contraception œstroprogestative entre 21 et 42 jours post-partum.

Après 42 jours post-partum, aucune restriction liée à l'accouchement récent ne s'oppose plus à la contraception œstroprogestative.

2. À partir de quand les femmes ovulent-elles après un accouchement ?

Généralement, en l'absence d'allaitement, la première ovulation peut intervenir dès 25 jours post-partum. Cela signifie a contrario que la contraception n'est pas indispensable durant les trois semaines suivant l'accouchement, y compris chez les femmes n'allaitant pas. Mais pour des raisons pratiques et d'oubli nous pouvons conseiller la prise d'une contraception (hors œstro-progestative) dès le retour à domicile.

3. Peu de femmes sont à risque thromboembolique et donc présentent une contre-indication relative à la pilule œstroprogestative entre 21 et 42 jours post-partum

Parmi les facteurs de risque de thrombose susceptibles d'être augmentés de façon trop importante par la contraception œstro-progestative dans les six premières semaines de post-partum, on trouve :

- Âge > 35 ans (≈ 10% des accouchements en Martinique)
- IMC ≥ 30 kg/m² (≈ 25% des accouchements en Martinique)
- Césarienne en urgence (≈ 10-12% des accouchements en Martinique)
- Thrombophilie connue (mutation du facteur V Leiden la plus répandue chez 2 à 5 % des patientes)
- Antécédent de pathologie thromboembolique (mais en principe, il s'agit d'une contre-indication définitive aux œstroprogestatifs)
- Hémorragie de la délivrance (≈ 2,5% des accouchements en Martinique)
- Prééclampsie (≈ 3% des grossesses en Martinique)
- Tabagisme (≈ 6-8% des accouchées en Martinique)

On constate qu'il ne s'agit pas de situations exceptionnelles si bien que la mise en place d'une contraception œstroprogestative avant 42 jours post-partum est assez souvent à risque.

4. Le risque thromboembolique lié aux pilules œstroprogestatives est supérieur au risque thromboembolique lié au post-partum

FAUX ➤ Le risque thromboembolique lié aux pilules œstroprogestatives est d'un facteur 4 environ pour les pilules de 1^{re} et 2^e générations et d'un facteur 8 pour les pilules de 3^e et 4^e générations.

Le risque thromboembolique du post-partum par rapport à celui de la femme non enceinte est d'un facteur 22 à 84 ! Il s'annule environ à J42 post-partum.

5. Les recommandations en matière de contraception œstroprogestative en post-partum sont identiques que la patiente allaite ou non

FAUX ➤ L'exclusion des contraceptions œstroprogestatives chez les femmes allaitant va jusqu'à un mois et non trois

semaines en raison des risques de réduction de la quantité de lait et de l'augmentation du recours à un allaitement mixte, bien que les données en ce domaine ne soient pas univoques et que des études de bonne qualité méthodologique fassent défaut sur le sujet.

Après 30 jours, le recours aux contraceptifs œstroprogestatifs est possible chez les femmes allaitant, sauf en cas de facteurs de risque thromboemboliques auquel cas l'exclusion va jusqu'à 42 jours post-partum.

Il n'a pas été clairement démontré de conséquences délétères sur le nouveau-né et son développement d'une prise d'œstroprogestatifs par sa mère pendant la période de l'allaitement.

6. Les contraceptions progestatives pures sont possibles quelles qu'elles soient dès le lendemain de l'accouchement, que la femme allaite ou non

VRAI ➤ Toutes les contraceptions progestatives sont possibles dès J1 post-partum, y compris les injections d'acétate de médroxyprogestérone, les implants à l'étonogestrel et les micropilules.

Il n'a pas été mis en évidence d'altération de la qualité de l'allaitement sous progestatifs purs ni de conséquences sur le nouveau-né, notamment sur les hormones sexuelles des nouveau-nés de sexe masculin.

7. Les DIU ne peuvent être insérés avant 6 semaines post-partum

FAUX ➤ Les DIU, qu'ils soient au cuivre ou au lévonorgestrel peuvent être insérés en post-partum immédiat, dès la salle de naissance, et le sont fréquemment dans des pays tels que la Chine ou l'Égypte.

Le risque infectieux n'est pas majoré par une pose en post-partum immédiat.

Le risque d'expulsion semble supérieur lorsque l'insertion a lieu plus de dix minutes après l'accouchement et jusqu'à un mois après celui-ci : l'insertion devrait donc préférentiellement se faire dès la délivrance placentaire. Le risque d'expulsion est toutefois supérieur (aux alentours de 10-15 % selon les études) en cas de pose en post-accouchement immédiat par rapport à une pose à distance de la grossesse (**> 6 semaines de l'accouchement**).

Le risque d'expulsion est supérieur en cas d'insertion après un accouchement voie basse qu'après une césarienne.

Le taux de poursuite de la méthode par DIU à 6 mois n'est pas différent lorsque l'insertion a lieu dans le mois qui suit l'accouchement par rapport à une insertion plus tardive.

Seule l'existence d'une complication septique puerpérale (endométrite) contre-indique la pose d'un DIU durant cette période mais en revanche, l'insertion d'un DIU en post-partum immédiat n'augmente ni les complications infectieuses, ni les complications hémorragiques.

8. L'utilisation de l'ibuprofène est contre-indiquée chez la femme porteuse d'un DIU au cuivre

FAUX ➤ La Bibliothèque Cochrane s'est donnée pour objectif

de juger de l'efficacité de cette classe de médicaments sur les méno-métrorragies et douleurs chez les femmes sous dispositif intra-utérin (DIU) en compilant et synthétisant les données en provenance des essais randomisés en double aveugle consacrés à ce sujet, au nombre de 15, en provenance de 10 pays incluant plus de 2700 patientes.

Les AINS réduisent significativement l'abondance des saignements, que la femme souffre ou non de méno-métrorragie. Il en est de même pour les douleurs associées au DIU. Aucune donnée ne permet de déterminer la meilleure molécule et la posologie la plus adaptée.

Pour les responsables de cette synthèse, les AINS dans leur ensemble représentent le traitement de première intention des épisodes de saignements et des douleurs chez les femmes porteuses d'un stérilet au prix d'effets secondaires limités (gastralgie et troubles du sommeil).

AINS, contraception intra-utérine et efficacité, la fin des idées reçues : il n'y a pas d'interaction entre la prise d'AINS et le DIU. Différents travaux ont clairement démontré que les AINS n'interfèrent pas dans l'effet contraceptif du DIU.

9. Les risques thrombotiques des œstroprogestatifs sont moindres avec les formes non orales (patch et anneau vaginal)

FAUX ➤ Sur une grande étude de cohorte danoise, le risque relatif de thrombose veineuse chez des patientes utilisant le patch œstroprogestatif était de 2,3 et pour celles utilisant l'anneau de 1,9 par rapport aux utilisatrices de pilules œstroprogestatives de 2^e génération. Anneau et patchs sont des contraceptifs de 3^e génération et la différence de voie d'administration ne réduit pas le risque thrombotique veineux par rapport à la forme orale. Les incidences d'accidents thrombo-emboliques pour 10000 patientes sont de 9,7 pour les patchs et 7,8 pour les anneaux.

10. Les pilules progestatives pures contenant des progestatifs de 3^e génération augmentent le risque thrombotique veineux au même titre que les contraceptions œstro-progestatives

FAUX ➤ L'augmentation du risque thrombotique n'a été mise en évidence **QUE** pour les contraceptions œstroprogestatives, pas pour les contraceptions progestatives pures, y compris avec les progestatifs tels que le désogestrel.

Sur une cohorte danoise de 3,3 millions d'années-femmes, le risque relatif de thrombose veineuse pour les patientes sous micropilule au désogestrel (Cérazette®) est de 1,12 [0,36-3,49] par rapport aux patientes sans contraception. Les recommandations américaines considèrent toujours comme possible les contraceptions progestatives pures chez les patientes ayant des facteurs de risque thrombotique.

11. Le risque thromboembolique des contraceptions hormonales augmente avec la durée de prise

FAUX ➤ Le risque thromboembolique est maximal durant la première année de prise et décroît ensuite. Ainsi, dans une étude de cohorte danoise sur 3,3 millions d'années femmes,

le risque relatif de thrombose veineuse chez les utilisatrices de contraception œstroprogestative est de 4,17 la première année, 2,98 entre 1 et 4 ans et 2,76 après 4 ans d'utilisation par rapport aux non-utilisatrices.

12. Le risque thrombotique artériel est augmenté dans les mêmes proportions que le risque thrombotique veineux par les contraceptions œstro-progestatives

FAUX ➤ Chez les patientes ne présentant pas de risque cardiovasculaire artériel (et notamment non fumeuses), la contraception œstroprogestative n'est pas associée isolément à une augmentation du risque d'infarctus du myocarde en particulier. Il semblerait en outre que le risque, bien que non significatif, soit légèrement plus élevé avec des contraceptifs de 2^e que de 3^e génération.

13. Les contraceptions progestatives pures n'augmentent pas le risque d'accident vasculaire artériel

VRAI ➤ Même si les données sont moindres qu'avec les œstroprogestatifs, les données ne montrent pas d'augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral avec les contraceptions progestatives pures. Les micropilules au désogestrel et les DIU au lévonorgestrel n'ont pas été étudiés de façon fiable. Il n'y a pas non plus d'augmentation du risque d'infarctus du myocarde.

→ LE CHOIX CONTRACEPTIF DISPONIBLE POUR NOTRE PRESCRIPTION QUOTIDIENNE

■ LES MICROPROGESTATIFS

(Progestatifs administrés de façon continue et à faible dose)

Produits les plus prescrits en post-partum précoce et poursuivis très souvent le temps de l'allaitement.

Actuellement au nombre de deux :

- **Le désogestrel** à la dose de 75 µg/jour (Cerazette®, Désopop® ou Optimizette®);
- **Le lévonorgestrel** à la dose de 30 µg/jour (Microval®).

Ils agissent par des effets périphériques :

- Coagulation de la glaire cervicale;
- Modifications de l'endomètre (atrophie).

Ils ont une action antigonadotrope différente selon la molécule utilisée :

- 98 % pour la Cerazette®, Désopop® ou Optimizette®;
- 50 % pour le Microval®.

Microval® nécessite une prise quotidienne **rigoureusement à la même heure** avec une tolérance à l'oubli de 3 heures. Alors que Cerazette® et Désogestrel 75® tolèrent une prise plus souple avec un espace-temps de 12 heures en raison de sa plus grande action antigonadotrope.

- **Indice de Pearl** de la Cerazette® : théorique de 0.52, pratique de 2 à 3.
- **Indice de Pearl** du Microval® : théorique de 1.17 (0.9 pour les 40 ans et plus, 2.2 pour les moins de 35 ans), pratique de 6 à 8.

AVANTAGES

Bonne tolérance métabolique (glucidique, lipidique, hémotatique).

Pour les femmes qui allaitent, pas de modifications quant à la quantité et la qualité du lait.

INCONVÉNIENTS

Essentiellement des saignements irréguliers (effet indésirable le plus fréquemment retrouvé sous microprogestatifs) entraînant l'arrêt du traitement. Les effets secondaires sont plus fréquents si la prise se fait dans les trois premières semaines du post-partum.

RISQUES

Le progestatif ralentit le transit tubaire et pourrait favoriser une grossesse extra-utérine en cas d'ovulation (action antigonadotrope incomplète).

CONTRE-INDICATIONS

- Pathologies hépatiques sévères
- Tumeurs malignes sensibles aux stéroïdes sexuels connues ou suspectées
- Accidents thromboemboliques veineux évolutifs
- Hypersensibilité à l'un des composants
- Associations médicamenteuses (inducteurs enzymatiques) dont le millepertuis

Le Désogestrel 75 montre une très bonne efficacité avec une souplesse dans la prise quotidienne. Notons que deux spécialités, Optimizette® et Désopop® accessibles en Martinique, sont remboursées par la Sécurité Sociale.

Dans un article du Concours Médical en septembre 2006 : 128-25/26, il était déjà conseillé d'abandonner la prescription du **Microval® pour son taux d'échec contraceptif** (3 % des IVG surviennent sous Microval®).

Nous proposons

De privilégier la prescription d'Optimizette® ou de Désopop®, seuls désogestrel 75 remboursés par la Sécurité Sociale, et de la débiter dès le retour à la maison pour ne pas oublier de la commencer. Proposer à la femme d'associer la prise contraceptive à un geste quotidien (ex : brossage des dents, maquillage...).

■ L'IMPLANT

Commercialisé en France sous le nom de Nexplanon®, remboursé à 65 % par la Sécurité Sociale. Ce dispositif contient 68 mg d'étonorgestrel, métabolite biologiquement actif du désogestrel.

Sa diffusion progressive permet une sécurité de 3 ans (2 ans chez les personnes en surpoids) avec des concentrations sériques suffisantes pour inhiber l'ovulation chez la majorité des femmes. Son indice de Pearl est excellent et n'est pas dépendant de l'utilisatrice.

L'effet contraceptif est immédiat quand il est inséré dans les cinq premiers jours du cycle et disparaît dans la semaine suivant le retrait.

Le principal inconvénient réside dans la tolérance clinique, très variable d'une femme à l'autre. Ses avantages, ses inconvénients et ses contre-indications sont comparables à ceux des microprogestatifs.

Sa sécurité et son efficacité ont été étudiées sur les femmes de 18 à 40 ans.

L'implant peut être prescrit dans le post-partum immédiat.

Un essai contrôlé randomisé d'insertion du Nexplanon® à J3 (proposition hors AMM) a été réalisé au Brésil et aux USA.

LES INTÉRÊTS DE CE CHOIX

- Effet contraceptif immédiat (dès H 8)
- Pas de délai dans la mise en place, pas de nécessité d'une nouvelle consultation
- Avant J 21!
- Absence d'œstrogènes
- Retour rapide à la fertilité après ablation

La conclusion montre qu'il n'y a pas d'altération du lait maternel. Les bébés ont été suivis à 3 ans: aucune différence dans leur croissance ou leur développement psychomoteur n'a été constatée.

Nous proposons

Pour une meilleure tolérance cyclique, il est recommandé de poser l'implant dès le 15^e jour du post-partum, voire avant la sortie en cas d'indication psychosociale. Cette pratique permet d'anticiper la reprise de la contraception chez la patiente dans cette période de bouleversements et d'adaptation, même s'il est possible que l'implant entraîne quelques *spottings*. En cas d'allaitement maternel, il n'y a pas de conséquences pour l'enfant.

La sage-femme pourrait poser l'implant lors de ses visites en post-partum. L'implant présente aussi l'avantage d'être pris en charge à 65 % par la Sécurité Sociale.

■ LE PRÉSERVATIF

Il peut être utilisable d'emblée, est efficace en cas de bonne utilisation et protège des Infections Sexuellement Transmissibles (IST).

Son choix, comme méthode de contraception, nécessite de revoir son utilisation correcte et la remise d'une ordonnance de contraception d'urgence à utiliser à partir du 21^e jour après l'accouchement en cas d'oubli ou d'accident.

Le préservatif féminin sans latex est très bien lubrifié: il peut convenir à certaines femmes dans cette période où il peut y avoir une sécheresse vaginale.

■ LE DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN

Le dispositif intra-utérin (DIU) est un moyen de contraception efficace, ne demandant pas d'observance, avec un bon indice de Pearl d'après les dernières études (et depuis l'arrêt de la commercialisation du Nova T 200).

Les femmes qui allaitent peuvent être de bonnes candidates pour l'utilisation du DIU (cuivre ou lévonorgestrel).

Il peut être proposé:

- rapidement en post-partum,
- avec ou sans allaitement,
- en dehors des poses immédiates précitées,
- après 6 semaines ou plus (tenir compte de l'examen gynécologique),
- y compris après césarienne.

Il n'est pas nécessaire d'attendre le retour des règles pour la pose du DIU, une fois la certitude acquise qu'il n'y a pas de nouvelle grossesse en cours.

Il présente une excellente tolérance, aucune augmentation significative des petits tracas ou des complications plus sérieuses et un très faible taux d'expulsion (crainte).

Les femmes connaissent toujours quelqu'un dans l'entourage qui a eu un bébé sous DIU, mais les femmes avouent-elles avoir été enceintes par oubli de pilule (ce qui les renvoie à une défaillance personnelle)?

Il existe deux types de dispositif intra-utérin: au cuivre et au Lévonorgestrel.

Rappelons que s'il n'y a qu'un modèle à la progestérone, il existe différentes formes et tailles de stérilet au cuivre.

Tenant compte des indications habituelles et après entretien d'information avec la patiente, il est conseillé de le contrôler 6 semaines après la pose puis tous les ans (durée de 3 ans, 5 ans ou plus en fonction de la spécialité). On insistera au cours de l'information sur les symptômes nécessitant une consultation en dehors de la surveillance habituelle.

Une bonne information sur l'endroit de la pose (des femmes pensent qu'il se pose dans le vagin, toutes ne savent pas que ce "corps étranger" se dépose dans une cavité existante et ne perfore aucun organe), permet de dissiper quelques réticences.

Il semble nécessaire d'insister sur la liberté que procure cette méthode: mon bébé est malade, je suis épuisée, je prends l'avion au dernier moment, je ne l'oublie pas, je n'ai pas à y penser, je le fais retirer si je désire un autre enfant...

À noter qu'une méta-analyse conduite par *Castellsagué et al.* a montré qu'il n'existe aucun lien entre le port du DIU et l'HPV, même après stratification, et que le taux de cancer du col est réduit de près de 50 % (RR: 0.53: [0.42-0.70]) de manière très significative ($p < 0.0001$) dès la première année d'utilisation de DIU et ce, dans toutes les régions du globe. Le mécanisme de cette action favorable reste à ce jour inconnu.

■ LE DIAPHRAGME

Peu demandé dans notre culture, il faut attendre la fin de l'involution utérovaginale et le rappeler aux femmes qui l'utilisaient avant la grossesse.

Ce n'est pas le bon moment pour en proposer une éventuelle première utilisation. Notons un coût conséquent puisque nécessitant l'adjonction de crème spermicide.

■ LES MÉTHODES NATURELLES

Rappelons cette vaste étude américaine portant sur la fertilité féminine, qui a bouleversé les acquis.

- Plus de 70 % des femmes sont fertiles en dehors de la période théorique habituelle du 10^e au 17^e jour du cycle!
- Seules 30 % des femmes étaient fertiles dans l'intervalle "théorique"!
- Ainsi, 70 % des sujets sont fertiles avant ou après cette phase du cycle, et ceci, malgré la présence de cycles réguliers.
- Au final, elles sont plus de 10 % à être fertiles à n'importe quel moment de leur cycle, c'est-à-dire, du 6^e au 21^e jour!

La période d'ovulation est donc beaucoup plus large qu'on ne le pensait, et de ce fait, imprévisible! (impact médecin hebdo 24/11/00).

Les méthodes dites naturelles sont donc déconseillées dans cette période maximale de risque de grossesse, aussi bien la méthode Billings (sécrétions, lochies...) que la méthode des températures (très peu interprétables dans cette situation).

■ LA MAMA (MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE)

Indice de Pearl de 2 % soit 98 % d'infertilité sous certaines conditions :

- Tétées fréquentes des deux seins, avec un minimum de 6 par 24 heures et **jamais plus de 6 heures entre 2 tétées.**
- **Allaitement exclusif**
- Absence de menstruation
- Pas plus de 6 mois après l'accouchement
- Être prête à choisir une autre méthode dès que les conditions précitées ne sont plus réunies.

Elle nécessite une femme, un couple, motivé avec une explication détaillée et une anticipation de la méthode désirée en relais.

■ LA CONTRACEPTION D'URGENCE

- Actuellement, la contraception d'urgence la plus utilisée est le **Lévonorgestrel (Norlevo®)**, progestatif développé depuis 1999. Son efficacité décroît avec le délai d'utilisation (elle est de 95 % pour une prise dans les 24 heures qui suivent le rapport à risque, de 85 % entre 24 et 48 heures et de 58 % entre 48 et 72 heures).

LES MODALITÉS DE PRISE: un seul comprimé de 1,5 mg en prise unique.

- Un autre contraceptif d'urgence, l'**Acétate d'Ulipristal (EllaOne®)**, a été commercialisé en octobre 2009. Il s'agit d'un dérivé stéroïdien, modulateur sélectif (agoniste/antagoniste tissu spécifique) des récepteurs à la progestérone de 2^e génération (SPRMs). Contrairement au lévonorgestrel, l'efficacité de l'acétate d'ulipristal semble persister après le pic de LH, la période de risque maximal de grossesse, par l'intermédiaire d'une action inhibitrice sur la rupture folliculaire. De plus,

après l'ovulation, l'Acétate d'Ulipristal semble présenter un rôle anti-implantatoire par son action sur l'endomètre.

LES MODALITÉS DE PRISE: prise d'un comprimé unique de 30 mg dans les cinq jours qui suivent le rapport à risque (à répéter en cas de vomissements dans les trois heures suivant la prise).

Une méta-analyse a rapporté un risque de grossesse moitié moindre dans le groupe Ulipristal Acétate versus Lévonorgestrel pour une prise de la contraception d'urgence dans les 72 heures, avec un OR de 0,58 (IC de 0,33 à 0,99) confirmant une efficacité doublement supérieure de l'ulipristal acétate. Dans les 24 premières heures, l'efficacité de l'ulipristal acétate est encore plus grande avec un OR de 0,35 (IC de 0,11 à 0,93).

Néanmoins, on conseillera à la patiente de réaliser un test de grossesse si les règles ne surviennent pas dans les cinq à sept jours après la date attendue ou en cas de saignements anormaux à la date prévue des règles.

La tolérance est bonne pour les deux molécules.

LES PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES

Céphalées, dysménorrhées, saignements intermenstruels et nausées, sont retrouvés dans 9 % des cas, les règles surviennent à la date attendue dans 80 % des cas. On ne montre pas d'effets secondaires métaboliques (bilan lipidique, glycémie, tension artérielle).

Il n'existe pas de contre-indication, en dehors d'une hypersensibilité et d'une grossesse avérée. L'allaitement n'est pas recommandé pendant au moins 36 heures après une prise d'EllaOne®, huit heures avec le lévonorgestrel.

Il semble que certains inducteurs enzymatiques (rifampicine, phénobarbital...) peuvent réduire l'efficacité de l'Ulipristal Acétate comme celle du lévonorgestrel par augmentation du catabolisme et diminution des concentrations sériques, de même que certains médicaments augmentant le pH gastrique (IPP, anti-H2...). La contraception d'urgence n'a, par ailleurs, pas été évaluée pour les IMC > 30.

Les dispositifs intra-utérins, bien que d'utilisation marginale dans cette indication, peuvent également être utilisés comme contraception d'urgence. Il faut alors les mettre en place dans les 120 heures qui suivent le rapport à risque.

L'utilisation de la contraception d'urgence, en cas de rapport sexuel à risque, reste marginale par une mauvaise perception du risque de grossesse par les femmes :

- Mauvaise identification de la fenêtre fertile,
- Méconnaissance de la physiologie,
- Plus spécifiquement chez les adolescentes en raison de croyances erronées selon lesquelles la période des règles ou le premier rapport sexuel sont sans risque de grossesse.

Un quart de la population âgée de 15 à 54 ans interrogée pensait qu'il fallait une ordonnance pour se procurer la contraception d'urgence progestative (toutefois uniquement pour le Norlevo®). Cela souligne encore une fois l'importance des mesures d'information.

Nous proposons...

Il nous semble important d'encourager une prescription systématique d'une contraception d'urgence à base de Lévonorgestrel dans le même temps que la contraception orale, associée à une information claire à son sujet.

Nous rappelons la conduite à tenir en cas d'oubli de pilule œstroprogestative. •

CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

en bref

Préservatif spermicides (pharmatex®, alpagelle®)	→	Possible surtout si allaitement (privilégier en unidose ou éponge)
Diaphragmes, Capes cervicales	→	Possible en méthode relais après 2 mois, surtout si allaitement
Progestatifs purs		
Cérazette® - Désopop® Désogestrel 75 Nexplanon®	→	À débiter entre J 3 et J 21
Dépo-Provera®	→	Possible à partir de J 7 sauf si allaitement
Oestroprogestatif oraux	→	2 ^e génération à débiter 4 à 6 semaines (après la dernière tétée du soir si allaitement)
Anneau (Nuvaring®)	→	Après 2 mois
DIU au cuivre ou au lévonorgestrel	→	Après 4 à 6 semaines
Contraception d'urgence (Norlevo®)	→	Dès que nécessaire

RÉFÉRENCES

VÉRITÉS ET ERREURS SUR LA CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

1. Kapp N, Curtis K, Nanda K. *Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review*. Contraception. 2010 Jul; 82 (1): 17-37
2. Kapp N, Curtis KM. *Combined oral contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review*. Contraception. 2010 Jul; 82 (1): 10-6.
3. Jackson E, Curtis K, Gaffield M. *Risk of venous thromboembolism during the postpartum period: a systematic review*. Obstet Gynecol 2011; 117: 691-703
4. Kapp N, Curtis KM. *Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review*. Contraception. 2009 Oct; 80 (4): 327-36.
5. Lidegaard Ø, Milsom I, Geirsson RT, Skjeldestad FE. *Hormonal contraception and venous thromboembolism*. Acta Obstet Gynecol Scand 2012; 91: 769-78
6. Revised recommendations for the use of contraceptive methods in the postpartum period. MMWR 2011, July 8; 60,26: 878-83
7. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Svendsen AL, Agger C. *Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study*. BMJ. 2009 Aug 13; 339: b2890
8. Lidegaard Ø, Nielsen LH, Skovlund CW, Skjeldestad FE, Løkkegaard E. *Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9*. BMJ. 2011 Oct 25; 343: d6423
9. Human Reproduction Vol.21 N°10, pp. 2612-2616, 2006
10. La Revue Prescrire N° 235, p. 76, janvier 2003

POUR LES DIFFÉRENTES MÉTHODES DE CONTRACEPTION

1. Chi IC, and all. *Post-caesarean section insertion of an intra uterine contraceptive devices*. Am. J. Public. Health 1984 : 74 1281-1282
2. Puzey M, *Mirena et caesarean section*. Eur. J. contracept. Reprod. health. Care 2005 : 10 164-167.
3. Grimes Da et al. *Immediate post partum insertion of intra uterine devices*. Cochrane database syst rev 2010; 5 CD003036.
4. Bhutta SZ, Butt Ij, Banok. *Insertion of intra uterine contraceptive device and caesarean section*. J. Col. Physicians. Surg Pak 2011: 21 527-530.
5. Celen S and all. *Immediate Post placental insertion of an intra uterine contraception device during caesarean section*. Contraception 2011; 84 240-243.
6. Robin G et all. *Post partum birth control*. Gynecol Obstet. fertil 2008; 36 603-615.
7. Gronnier H, Robin G, Dewailly D. *Contraception*. Rev Prat 2011; 61 849-857.
8. Robin G, Grazier F, Massart P, Letombe B. *Les contraceptions difficiles*. Real en Gynécologie-Obstétrique 01,2012 159
9. Castellsague X, Diaz M, Vaccarella S et al. *Intrauterine device use, cervical infection with HPV, and risk of cervical cancer: a pooled analysis of 26 epidemiological studies* Lancet Oncol 2011; 12: 1023-1031
10. Grimes DA et coll.: *Non-steroidal anti-inflammatory drugs for heavy bleeding or pain associated with intrauterine-device use*. Cochrane Database Syst Rev 2006 Oct 18; (4): CD006034.

EN BREF

1. *Contraception du post partum*. F Mulet et Ph Dechamps (Angers).

CONTRACEPTION DES MINEURS

→ L'adolescence est une période de transformation physique et psychique marquée notamment par le début de la fertilité, mais aussi souvent des premiers rapports sexuels. L'impact d'une grossesse non désirée, quelle qu'en soit l'issue, justifie amplement un accès facilité à la contraception, en particulier à l'adolescence.

L'OMS rappelle que chez les jeunes filles de 15 à 19 ans, les complications de la grossesse et de l'accouchement représentent la deuxième cause de mortalité. Les grossesses à l'adolescence sont plus à risque pour la mère, mais aussi pour l'enfant, et d'autant plus à risque que la femme est jeune.

→ CONFIDENTIALITÉ [1,2,3]

La confidentialité est un point clé de la contraception chez la jeune femme, en particulier chez les mineures. La jeune femme doit être informée de l'obligation du secret professionnel qui la protège. Si elle est accompagnée de ses parents, il est capital de proposer un moment d'accueil seul avec la jeune femme.

La contraception n'est pas soumise à l'obligation de consentement des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal chez la mineure. Ce dispositif concerne la prescription des contraceptifs et des examens de biologie médicale préalables, mais aussi la réalisation de ces examens et la délivrance des contraceptifs.

Pour les actes autres que la contraception (dépistage des IST, grossesse, IVG), si la personne mineure s'oppose au recueil du consentement du responsable légal, elle doit se faire accompagner de la personne majeure de son choix.

→ LIEUX D'ACCUEIL ET D'ÉCOUTE

■ CENTRES DE PLANIFICATION ET D'ÉDUCATION FAMILIALE (CPEF) [4,7]

C'est le lieu de choix pour l'accueil des adolescents et non-assurés sociaux. Ils sont présents dans tous les départements, parfois au sein de l'hôpital, de la PMI, ou dans un lieu autre. On peut y trouver du personnel spécifiquement formé à cet effet : médecins, sages-femmes, conseillères conjugales et familiales, agents d'accueil, infirmières, assistantes sociales, psychologues...



L'OMS RAPPELLE QUE CHEZ LES JEUNES FILLES DE 15 À 19 ANS, LES COMPLICATIONS DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT REPRÉSENTENT LA 2^E CAUSE DE MORTALITÉ.



La prescription et la délivrance des contraceptifs remboursables y sont anonymes et gratuites, ainsi que les examens de biologie nécessaires. Il est également possible d'y réaliser un test de grossesse de manière anonyme et gratuite, ainsi que de bénéficier de l'accompagnement nécessaire en cas de souhait d'interrompre la grossesse (notamment l'entretien pré-IVG obligatoire pour les mineurs).

Leurs missions sont aussi de réaliser des séances d'information à la sexualité, en milieu scolaire ou non, et certains centres peuvent réaliser les IVG par méthode médicamenteuse et, depuis peu, les IVG par méthode instrumentale sous anesthésie locale sans restriction d'âge.

> VOIR CAHIER DES CHARGES

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-04/rapport_ivg_vd.pdf

■ LES ÉTABLISSEMENTS D'INFORMATION, DE CONSULTATION ET DE CONSEIL FAMILIAL (EICCF)

Leurs missions sont l'écoute, l'information et l'orientation des personnes se questionnant sur la contraception, l'IVG ou les IST. Ils peuvent également réaliser les entretiens pré-IVG. Ils ne réalisent pas de consultations médicales ni la délivrance de contraceptifs.

■ PLANNING FAMILIAL

Le planning familial est une association, connue et reconnue pour sa militance féministe forte. Dans certains cas, cette association peut passer une convention avec le Conseil général pour devenir CPEF et ainsi assurer les mêmes missions.

■ MÉDECINE LIBÉRALE [5,6]

Depuis le décret n° 2016-865 du 29 juin 2016, le secteur libéral est également une option pour la contraception des mineures y compris en anonymat et gratuité. Ce texte prévoit une gratuité de certains actes en lien avec la contraception chez la mineure de 15 à 18 ans :

- Une consultation annuelle avec un médecin ou une sage-femme, ainsi qu'une consultation de suivi la première année ;
- Les actes de pose, changement et retrait des contraceptifs ;

- Les examens biologiques suivants : cholestérol total, triglycérides et glycémie à jeun une fois par an ;
- La délivrance des contraceptifs remboursables en pharmacie sur prescription médicale (ordonnance isolée avec mention "contraception mineure").

Ces actes pourront être réalisés même si la mineure ne possède pas sa carte vitale ou son attestation de droit ; en cas de présentation de carte vitale, ils pourront ne pas apparaître sur le relevé de remboursement d'assurance maladie à la condition d'utiliser un NIR spécifique (procédure complète sur le lien *Ameli* cité en bibliographie).

→ MÉDICALEMENT... ? [1,8]

La prescription d'une contraception remboursable relève de la compétence d'un médecin ou d'une sage-femme. Le renouvellement peut être assuré par une IDE ou par le pharmacien en cas de présentation d'une ordonnance de moins d'un an.

■ Quand est-il raisonnable de débiter une contraception ?

En premier lieu lorsque la jeune femme le demande ! Les premiers rapports ont lieu à des âges très différents selon chaque individu et c'est à la jeune fille d'apprécier pour elle-même lorsqu'elle en ressent l'envie et se sent prête. On ne peut pas définir de limite d'âge de début d'une contraception, d'ailleurs ni la loi, ni les recommandations professionnelles ne l'évoquent. C'est à apprécier au cas par cas avec la jeune femme en veillant bien aux âges très jeunes que la notion de consentement est absolument respectée.

En second lieu, la pilule œstro-progestative, outre son effet contraceptif, est un très bon médicament pour résoudre les dysménorrhées parfois importantes et handicapantes à cet âge.

■ Quelle contraception pour la patiente mineure ?

Comme pour n'importe quelle patiente, il convient de respecter les contre-indications médicales bien entendu avant toute chose, d'exposer les méthodes de contraceptions disponibles de manière éclairée avec leurs bénéfices et risques, puis de laisser le choix de la méthode à la patiente ! Toutes les méthodes hormonales peuvent être prescrites et en l'absence d'autres facteurs de risque, le tabac ne doit pas être un frein à la contraception œstro-progestative (et ce, jusque 35 ans). Conformément aux recommandations, en cas de prescription d'œstro-progestatif, il conviendra de prescrire en première intention une pilule contenant un progestatif de seconde génération (lévonergestrel) ou au norgestimate (les pilules au norgestimate disposent, en plus, également de l'AMM concernant l'acné).

Les contraceptions de longue durée d'action (implants, DIU, SIU, progestatifs injectables) peuvent parfois permettre une meilleure confidentialité aux mineurs en difficulté sur ce point ; ainsi qu'une facilité quant à l'observance.

L'examen gynécologique en vue d'une contraception n'est absolument pas indispensable ni nécessaire, hormis avant

une pose de DIU/SIU. Il doit cependant être réalisé à bon escient et après recueil du consentement évidemment, si indication médicale ou sur demande de la jeune femme. Pour rappel, la pose d'un DIU/SIU est tout à fait possible chez la nullipare mais il convient de réaliser un dépistage des infections à *chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae* au mieux avant la pose, ou le jour de la pose pour un traitement ultérieur si positif.

Le préservatif (masculin et féminin) doit impérativement être évoqué afin d'ouvrir sur le sujet des IST et rappeler à la jeune femme qu'il est le seul moyen efficace de s'en protéger. Ils sont en accès gratuit dans les CPEF, EICCF et au planning familial.

Les autres méthodes barrières (spermicides, diaphragme, cape cervicale) et les méthodes naturelles sont assez peu adaptées ici. Pour les premiers, à cause du coût qu'ils occasionnent puisqu'ils ne sont pas remboursés, ainsi que par leur utilisation parfois difficile pour une très jeune femme ; pour les seconds, en rapport avec leur efficacité relativement faible et surtout les difficultés d'usage à un âge où les cycles, la connaissance et la maîtrise du corps sont souvent anarchiques.

ET LES IST DANS TOUT ÇA ? [7]

Les CPEF peuvent assurer la prévention, le dépistage et le traitement des IST de manière anonyme sous la responsabilité d'un médecin. Pour le cas des mineurs et non-assurés sociaux, ces actions sont gratuites.

Ces actes peuvent également être réalisés dans les CeGIDD (Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par le VIH, les hépatites virales et les IST) de manière anonyme et gratuite.

LA CONTRACEPTION D'URGENCE [2]

Tout comme les contraceptifs, la contraception d'urgence est disponible gratuitement en CPEF, mais peut aussi être délivrée par l'infirmière scolaire ou par les IDE des services de médecine préventive des universités.

La délivrance des médicaments non soumis à prescription médicale tels que la contraception d'urgence orale (*Norlevo*® ou *Ellaone*®) doit s'effectuer à titre gratuit par les officines. Cela ne concerne pas la délivrance de DIU au cuivre, qui est la méthode de contraception d'urgence la plus efficace mais reste soumise à prescription.



LES CPEF PEUVENT ASSURER LA PRÉVENTION, LE DÉPISTAGE ET LE TRAITEMENT DES IST DE MANIÈRE ANONYME SOUS LA RESPONSABILITÉ D'UN MÉDECIN. POUR LE CAS DES MINEURS, CES ACTIONS SONT GRATUITES.



ET LA VACCINATION? [7]

Les CPEF peuvent assurer les vaccinations prévues par le calendrier vaccinal, y compris la vaccination contre le *papilloma virus*. Cependant, ces actes ne sont pas possibles dans l'anonymat et en l'absence de consentement parental pour les mineurs.

→ **LES FAILLES**

- **Difficulté d'obtention des contraceptions non remboursées.** De nombreux CPEF ne peuvent dispenser ou prescrire aucun contraceptif non remboursé tels les anneaux et patchs contraceptifs ; et ils ne peuvent pas être prescrits non plus selon la procédure de gratuité prévue par le décret de 2016... Cela réduit les possibilités contraceptives pour les patientes.
- **Les actes d'anonymat/gratuité en ville sont très restreints et parfois incomplets.** Pas de possibilité de prescrire un dépistage *chlamydiae* avant une pose de DIU/SIU ou un béta HCG par exemple... La procédure est limitée aux 15-18 ans. Que faire avant/après ? De plus, la procédure de respect de l'anonymat est compliquée pour les professionnels et peu respectée car peu connue dans les laboratoires et les officines. •

BIBLIOGRAPHIE

- [1] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1emaj_contraception-ado-060215.pdf
- [2] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690145&dateTexte=&categorieLien=cid>
- [3] https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?jsessionid=E29B21B03DE68F39EE1A36548EF970ED.tpdjo17v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685769&dateTexte=&categorieLien=cid
- [4] <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000405.pdf>
- [5] http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/pharmaciens/exercer-au-quotidien/delivrance-de-la-contraception/la-contraception-pour-les-jeunes-filles-mineures_artois.php
- [6] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032795904&categorieLien=id>
- [7] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687574&dateTexte=&categorieLien=cid>
- [8] http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2005_GM_137_pelissier.pdf

LA CONTRACEPTION MASCULINE

→ La contraception masculine est peu parlée. Même dans l'enseignement des sages-femmes, qui, bien que prescrivant aux femmes, pourraient au moins être un excellent relais d'information pour les couples. Et pourquoi pas, comme il le faudrait, pour l'information à la contraception et à la sexualité auprès des jeunes, demander un élargissement de compétences à l'homme pour la contraception.

→ **Pierre Colin, membre d'ARDECOM et relais local de la région parisienne, nous parle de son engagement**

En général, nous, on remonte au début. Quand Grégory Pincus a sorti la première pilule en 1951, c'était sous une pression populaire, le mouvement des femmes. Nous, nous n'avons pas de mouvements d'hommes.

À l'origine, on était soixante-huitards, je vivais en communauté ici, où j'habite toujours. Toutes les femmes étaient dans des groupes de paroles. Alors, j'ai lancé un groupe de paroles pour les hommes avec un copain. On a sorti une revue qui s'appelait "*Pas rôles d'homme*".

On a travaillé sur la contraception masculine. La logique était de dire, moi qui avait eu mon deuxième enfant, que ce n'était pas normal que je demande à ma compagne d'assumer mon non-désir d'enfant. On a alors cherché à ce moment-là ce qui se faisait pour les hommes et nous sommes tombés sur le Docteur Soufir à Bicêtre, qui travaille au CECOS. Il répondait en tant que médecin, à des femmes qui disaient : « *Vous ne voulez plus que je prenne la pilule à cause de mes problèmes et de mes facteurs de risque, et vous n'avez rien pour les hommes!* ».

Comme il est très militant, il a cherché partout ce qui se faisait à l'époque. Il y avait des essais faits par les Russes et par les Américains, sur les prisonniers, qui disaient qu'on pouvait arrêter la production des spermatozoïdes en bloquant la testostérone mais qu'il fallait en reprendre par ailleurs pour garder les attributs masculins : voix graves, poils... Et donc, on a démarré en prenant une pilule qui arrête la testostérone et un gel qu'on mettait sur le corps. C'était très bien sauf qu'à un moment donné, il y a eu une ou deux compagnes qui ont eu une petite pilosité qui est apparue, par frottement

sur le corps ou les draps du lit. Alors, on a attiré l'attention, par rapport aussi aux enfants. Il y a alors eu un arrêt. On a très vite dit que ce n'est pas bien pour les hommes, alors que pour les femmes, on accentue la recherche...

Pour Pincus¹, il n'y a pas eu de protocole d'essai, pas de groupes témoins. Et immédiatement, plein de femmes l'ont prise. Et cela a été ainsi pour beaucoup de pilules. Pour les hommes, ces chéris, il faut faire très attention!

Parce qu'il y a une assimilation fécondité et comportement sexuel.

Pour la contraception hormonale, on est sur le protocole de l'OMS qui est sur 18 mois. Ils disent qu'au-delà, on arrête, par mesure de précaution, pour voir si la spermatogenèse revient. On a trois mois pour décroître au-dessous de 1 million de spermatozoïdes qui est la limite actuellement acceptée comme suffisante pour avoir la même efficacité que la pilule féminine. Dans ce protocole d'expérimentation, la contraception est sur 18 mois. Nous poussons notre médecin responsable, Dr Soufir, à aller jusqu'à trois ans. Il y a eu des centaines d'hommes contraceptés et il n'y a jamais eu un problème. On peut le faire quand cela se passe très bien avec un homme et qu'il veut continuer sur trois ans. Mais ils ne vont pas encore sur dix ans. Si l'homme prend déjà ce temps-là, cela permet une alternance avec la femme tous les dix-huit mois. La contraception est partagée. Et on divise par deux les risques de la pilule pour les femmes.

Pour les hommes, il n'y a eu, actuellement, aucun problème avec la contraception hormonale et encore moins avec la thermique.

Depuis les années 70, il y a une recherche internationale sur le plan hormonal, chimique et thermique, aboutissant à des essais cliniques pouvant intéresser des milliers d'hommes. Mais il est encore toujours écrit: « *Les résultats ont prouvé qu'il était possible d'avoir des méthodes de contraception masculine inhibant la spermatogenèse avec une bonne efficacité contraceptive, toutefois il existe des effets secondaires, essentiellement perte de libido* ». Ça me fait bondir! C'est la tarte à la crème qu'on brandit toujours pour les hommes. Est-ce que je vais bander, est-ce que je vais éjaculer? Mon pauvre chéri... Mais oui!

C'est incroyable! Alors que les médecins disent au contraire: la méthode actuelle, avec une injection par semaine, alors qu'il teste les sujets sur leur vie sexuelle, a amené un ou deux mecs à avoir une montée de libido, raisonnable et qui peut être raisonnée.

Et il faut arrêter: les mecs qui font de la gonflette musculaire, prennent de la testostérone, avec des doses cent fois plus fortes que celles injectées. Mais jamais on ne mesure leur taux de testostérone derrière, la FSH-LH... pour voir comment cela fonctionne. Et s'ils sont féconds ou pas! C'est incroyable. Le corps divin des hommes ne doit pas être touché!

On a même assisté à des prescriptions de contraception chez les femmes, où la pilule est facilement prescrite même dans des situations définies à risques (tabac, diabète...). Alors que chez les hommes, s'il fume, s'il est trop gros... on ne prescrit pas!

Et le thermique, c'est pareil. Les Chinois et les Japonais ont toujours pris des bains très chauds comme moyen contraceptif,

LL

C'EST LA TARTE À LA CRÈME QU'ON BRANDIT TOUJOURS POUR LES HOMMES. EST-CE QUE JE VAIS BANDER, EST-CE QUE JE VAIS ÉJACULER? MON PAUVRE CHÉRI... MAIS OUI!

77

sans le dire. Ils constataient que... Après, on s'est aperçu que les mecs qui travaillent dans les aciéries et qui passaient des barres de fer sortant de la fonderie, sous leurs couilles avaient moins d'enfants. Que les boulangers aussi, les métiers de bouche devant un four en permanence, les jeans très moulants des années 70, les cavaliers étaient dans la même situation. Tout ce qui coinçait les testicules dans leur logement. Avec, en plus, la découverte de l'infécondité quand il avait une cryptorchidie. En voyant tout ça, un copain qui travaillait au CNRS, sur les fours thermiques, dans les Pyrénées, s'est dit: « *je vais mettre une résistance* ». On avait alors tous des slips avec une résistance! On a fait des dessins humoristiques, avec une prise de courant... les mecs se branchaient... Roger Mieusset² a trouvé qu'en bricolant un double slip qui remonte les testicules et qui les colle devant leur logement, en le portant 15 heures par jour, il y a réduction de la spermatogenèse car la température est plus élevée et il n'y a aucun souci. Cela marche très bien et c'est très simple. Il n'y a eu qu'une dérive: un mec est allé en Afrique et a passé du temps à poil durant son séjour, et il y a eu une grossesse. Mais c'est comme tout défaut d'observance. 15 heures par jour semble beaucoup. Mais entre le lever et le coucher, quand on travaille, c'est vite atteint. Un slip chauffant a été essayé, avec une résistance, mais la température était trop élevée (40 °C). Il faudrait faire des tests. Mais ça coûte trop cher. S'il redescendait sa température à 38 °C, cela irait. Nous avons les testicules à 35 °C. On les remonte à 37 °C quand on les place le long du corps et cela suffit pour que cela soit efficace.

Personne n'est au courant.

En Bretagne, il existe un groupe d'hommes qui ont démarré un atelier de couture pour les slips thermiques. Ils sont autonomes. Ils ont eu des problèmes au début avec certains plannings. Ils avaient envisagé un colloque avec la Faculté de Médecine de Brest mais ça ne se met pas en place. Ils participent à un festival "Clitoric". Et montrent leurs slips. Et puis, ils ont fait une tournée sur Lyon, Grenoble, Marseille, pour répondre à des demandes des personnes qui veulent faire des slips eux-mêmes. Miosset, regardé de loin par les médecins ou dans les congrès, car il ne ressemble pas au standard, est un peu rigide sur la fabrication. Il a un couturier à Toulouse qui reçoit les mecs,

1. Gregory Goodwin Pincus, médecin et biologiste américain, co-inventeur de la pilule contraceptive (1903-1967).

2. Lire page 29, Présentation de l'ARDECOM.

prend les mesures car chacun est différent, pour que cela soit bien adapté. Il dit que si des slips sont mal faits, ou bien ils ne serreront pas assez et cela ne sera pas efficace, ou bien il y aura des frottements et des irritations et les hommes diront qu'ils ne supportent pas. On le respecte mais il faut aussi apprendre aux autres à bien faire.

Même les vasectomies sont peu connues ou pratiquées. Depuis 2001, elle est légale. Elle coûte 67 euros. Mais il faut déjà aller chez un urologue. Beaucoup d'hommes s'arrêtent déjà là... alors que c'est un geste très simple que vous pourriez faire aussi. Des hommes sont allés chez des urologues et se sont fait renvoyer... Nous avons parlé de la vasectomie à la Ministre Najat Vallaud-Belkacem qui a trouvé notre démarche très intéressante. Nous souhaitons des aides pour en parler, aller dans les écoles... et puis il n'y a pas eu de suite.

La plupart des demandes sont initiées par les femmes qui en ont marre et qui demandent à l'homme de s'en soucier un peu. Nous, c'était notre démarche.

On n'est plus que trois à se battre... On essaie de faire une permanence avec un planning du 11^e arrondissement de Paris, une fois par mois, avec un médecin qui peut donner des informations aux hommes.

Actuellement, on va prendre comme cheval de bataille la vasectomie. Pour qu'au moins on en parle. Une chercheuse de l'INSERM qui travaille dessus en collaboration avec une collègue qui travaille sur le genre, a regardé sur l'Espagne, pays comme nous latin et de culture catholique, et ils en sont à 18 % de vasectomie. On a du mal à comprendre pourquoi nous sommes à moins de 3 %. Nous n'avons pas de rigueur décisionnelle. Finalement, si un couple ne veut plus d'enfant, pourquoi la femme prendrait vingt ans ou dix ans encore une contraception ? On ne parle pas assez des risques de la contraception. Et puis, on a besoin d'avoir une logique. D'autant qu'en France, on est le seul pays où il est possible de faire de la reperméabilisation, avec un taux de réussite de 80 %. Et où on peut gratuitement faire conserver le sperme. Car le cas typique est la vasectomie à 35 ans, divorce à 40, nouveau couple avec une femme plus jeune qui veut un enfant... Mais avec la conservation du sperme on peut protéger ce risque des 20 %.

Notre combat est que les hommes doivent pouvoir prendre leur décision eux-mêmes. Il faut qu'ils s'analysent au niveau de leur corps et de leur volonté de paternité et qu'ils soient logiques, alternent et prennent le relais par rapport à leurs compagnes. On est égaux. Et on peut complètement rassurer sur la masculinité. Quand on travaille avec le CECOS, on s'aperçoit que beaucoup de femmes étaient sous contraception alors que l'homme était infertile... Parce qu'on est encore dans le « *vu comme je bande, je dois avoir des spermatozoïdes magnifiques!* ».

Quand j'en parle, je dis aussi que cela a changé complètement ma sexualité. J'étais détaché de la possibilité de faire un enfant donc je pouvais être beaucoup plus dans le jeu, j'avais un rapport à mon sexe complètement différent car il n'y avait pas de risque derrière de grossesse potentielle. La sexualité dissociée de la procréation retrouve quelque chose d'une liberté et de rencontre à l'autre. •

→ **Témoignage de Christian Balaud, membre d'un groupe d'hommes en Bretagne, fabriquant des slips thermiques et informant sur la contraception testiculaire**

Je suis parti du sentiment qu'il était important que les hommes fassent quelque chose dans ce monde patriarcal, de façon individuelle et collective.

Collectivement, il ne se passe rien. De plus, on assiste à des circonstances de crises dans l'engagement féministe, y compris dans les groupes mixtes. On a pu assister à la remise en cause de l'IVG en Espagne, par exemple, mais aussi à la *manif pour tous*...

Cela a généré en Bretagne un renouveau des mouvements féministes, jeunes. Et nous avons pu voir une augmentation des inscriptions de 20 à 180 personnes.

J'ai croisé la route d'un groupe de femmes qui organise un festival, *Clitoric*, en 2015, sur le plaisir et la sexualité.

J'ai, en parallèle, un parcours personnel autour de la contraception masculine, pendant lequel on m'avait dit que rien n'existait, que la recherche était en cours. Le corps médical étant très réticent à informer, à parler de la vasectomie, j'ai abordé l'équipe d'ARDECOM qui avait traité un groupe d'hommes en contraception hormonale et thermique.

J'ai participé à la création d'un groupe autour de la sexualité des hommes. La contraception est un moyen intéressant pour poser quelque chose de concret autour de la sexualité et de la responsabilité. Ce mouvement d'hommes permet une sensibilisation sur la sexualité et la contraception mais reste une démarche avant tout pro-féministe et de réflexion sur le patriarcat.

J'ai pris contact avec Miosset mais il ne souhaitait pas travailler à distance.

ARDECOM a mis à disposition des documents sur la contraception masculine (Ici, nous préférons dire "contraception testiculaire", masculine est trop genrée).

Et alors, nous avons démarré un réseau de discussion et un atelier de fabrique du "remonte couilles", entre hommes.

Nous avons alors entamé un "contracepteur" dans différentes villes de France. Le matin, il s'agit d'ateliers de discussion autour de la contraception et l'après-midi, pendant 3 ou 4 heures, on donne des conseils, on fabrique avec les hommes, cousons avec eux. Ils amènent un sous-vêtement à leur taille, nous fournissons l'élastique et donnons les conseils.

C'est une initiative des membres du groupe, plus ou moins organisée, qui croise des demandes et des démarches. Nous ne vendons rien. Nous voulons continuer ainsi car alors, ensuite, des ateliers avec 3 ou 4 hommes du même coin se créent. Ils fabriquent ensemble et discutent des rôles sociaux des hommes.

Nous intervenons aussi dans des journées de planning familial en Bretagne. À Grenoble, ils commencent à faire des interventions dans les lycées et les collèges. •

Extrait du site de l'ARDECOM, avec leur aimable autorisation.

PRÉSENTATION D'ARDECOM

ASSOCIATION POUR LA RECHERCHE ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA CONTRACEPTION MASCULINE

Dans la mouvance des années 70, en lien avec l'existence des groupes féministes, des groupes de paroles d'hommes se sont constitués un peu partout en France. Ces hommes avaient envie de se retrouver sous un autre mode que celui habituel des hommes (joutes verbales, connivence dans l'alcool...).

Les discussions permettaient de remettre en cause les clichés, les pratiques, les modes de relation, dans lesquels ils se sentaient enfermés et mal à l'aise. Là, ils pouvaient parler de ces images imposées par la société, de leur (s) sexualité (s), de leurs désirs, de leurs relations aux femmes, de leurs relations entre hommes, de la paternité... et de la contraception. Un journal fut créé : *Pas rôles d'homme*.

Quelques-uns d'entre eux avaient été confrontés (dououreusement) aux avortements de leurs partenaires.

La remise en cause de leur statut d'homme dans une société patriarcale passait aussi par le partage des tâches domestiques et familiales, par le refus d'être des "mâles" producteurs, productifs et performants et par une autre approche de leur corps et de leur sexualité.

Les échanges n'étaient pas que des discussions théoriques mais relevaient de l'intime et débouchaient sur des changements des pratiques dans leur quotidien. La question de la contraception, du partage des rôles, des responsabilités et des risques dans la sexualité constituait un thème récurrent. Et méritait un passage à la pratique, au-delà de l'investissement dans la contraception des partenaires, de la capote, du retrait.

À cette époque, en France, nous étions confrontés au rejet du caoutchouc comme pratique contraceptive et la vasectomie était encore interdite.

À Paris, un groupe d'hommes décida de passer à la pratique et, après quelques recherches, ils rencontrèrent Jean-Claude Soufir, médecin endocrinologue, diabétologue (et militant).

Avec lui, ils décidèrent de commencer une expérimentation dans laquelle ils tenaient à être acteurs et non "cobayes" de contraception hormonale masculine, à partir de produits vendus en pharmacie, utilisés en association.

Afin de partager cette expérience avec d'autres hommes, ils décidèrent de créer l'Association pour la

Recherche et le Développement de la Contraception Masculine (ARDECOM).

Un article dans *Libération* sur cette expérimentation permit à des dizaines d'hommes en France, appartenant à des groupes de parole d'hommes ou seuls, de rejoindre ARDECOM et de constituer des groupes locaux qui se contraceptèrent en prenant contact localement avec des médecins qui acceptaient de les suivre.

À partir de 1979, ARDECOM réunit, durant une petite dizaine d'années, environ 200 adhérents.

Une centaine d'hommes se sont contraceptés par la méthode hormonale ou par la chaleur. Cette dernière méthode a été mise au point par le groupe de Toulouse, autour du Dr Roger Mieusset.

À l'occasion de deux rencontres annuelles, joyeuses et festives, une cinquantaine de membres d'ARDECOM échangeaient sur leurs expérimentations et poursuivaient les discussions sur les thèmes évoqués dans les groupes.

L'association reprend force et vigueur en 2012-2013 à partir des groupes de paroles encore actifs, de la sortie du livre de J.-C. Soufir et R. Mieusset, de l'existence du protocole de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) que tout médecin informé peut prescrire. Il faut aussi souligner le soutien du Planning Familial. •

ARDECOM

Accueil | Les méthodes | Historique d'Ardecom | Contacts | Actualité et Médias | Documents

La contraception masculine, ça existe!

La contraception masculine existe et depuis longtemps. Même si, lors d'un défilé de contraception masculine, on pense uniquement aux méthodes dites modernes, le retrait et le préservatif masculin constituent des pratiques utilisées par des millions d'hommes et existant depuis longtemps.

Depuis, ces pratiques peuvent être considérées non seulement comme des méthodes de contraception masculine mais aussi comme des méthodes de contraception de couple, partagées et assumées à deux.

Les méthodes de contraception dites modernes existent elles aussi et sont accessibles aujourd'hui en France.

Depuis les années 2000, la vasectomie est légalisée en France. Cependant, geste simple ne nécessitant pas d'hospitalisation, elle reste marginale dans notre pays (1 % des hommes) alors qu'elle est beaucoup plus courante dans les pays anglo-saxons : au Royaume uni et aux Pays-Bas, 15 à 20 % des hommes ont recours à la vasectomie. Ce nombre est encore plus important au Canada. En Allemagne, il y a 50 000 vasectomies par an.

Même si on doit la considérer comme une méthode contraceptive « permanente », elle n'est pas définitive puisque la vaso-vasotomie permet, dans plus de 80 % des cas, de re-perméabiliser les canaux déférents.

Les méthodes de contraception hormonale masculine, décrites dans une autre fiche par Jean-Claude Soufir, existent en France depuis une trentaine d'années et restent malheureusement stigmatisées. Jean-Claude Soufir et Roger Mieusset, médecins hospitaliers, sont les 2 seuls à la prescrire en France.

Quand on en parle aux médecins, ils pensent dans leur quasi-totalité que la contraception masculine en est encore au stade expérimental et ne peut être appliquée et prescrite.

Ce, malgré un protocole validé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et expérimenté sur 1 500 hommes alors que la pilule pour femmes est prescrite à des millions de femmes après une étude de Pinkus sur environ 200 femmes.

La contraception thermique, elle aussi mise au point il y a une trentaine d'années est prescrite uniquement par le Dr Roger Mieusset au CHU de Toulouse.

La contraception masculine existe aujourd'hui en France. Cessons de dire qu'elle est pour demain.

Site de l'ARDECOM

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

Propos recueillis par Benoît LE GOEDEC

PROTOCOLE DE LA CONTRACEPTION HORMONALE MASCULINE EN NEUF QUESTIONS À J.-C. SOUFIR

1. Quels sont les hommes pour lesquels une demande de contraception hormonale masculine (CHM) apparaît acceptable ?

Les hommes (de moins de 45 ans) vivant en couple stable, acceptant que leur compagne (de moins de 40 ans) soit informée de leur demande. Ces hommes devraient avoir une forte motivation, déterminée par la préservation de la santé de la femme (contre-indications médicales, effets indésirables des contraceptions féminines) et la volonté d'équilibrer la responsabilité contraceptive dans le couple.

Dans notre expérience, sur 30 couples ayant observé la CHM comme technique contraceptive :

- Dans un tiers des cas, la femme avait souffert d'infections génitales après la pose d'un stérilet.
- Dans un tiers des cas, les "pilules" avaient provoqué des métrorragies, une hyperlipidémie ou des mastodynies.
- Dans le dernier tiers, l'homme souhaitait partager la contraception.

2. Quel bilan (clinique et biologique) demander à un homme qui souhaite une CHM ? Quelles sont les contre-indications à une CHM ?

- L'âge. L'homme doit avoir moins de 45 ans. Au-delà de cet âge, il est proposé une vasectomie avec conservation de sperme.
- Les antécédents personnels. Le traitement est contre-indiqué dans les cas suivants :
 - Antécédents de phlébite ou de troubles de la coagulation ;
 - Pathologies cardiaques, hépatiques (ictère obstructif, stéatose), rénales (insuffisance rénale), neurologiques (comitialité...), respiratoires (apnées du sommeil), psychiatriques (psychoses, hyperagressivité), dermatologiques (acné...), prostatiques.
- Les antécédents familiaux. Cancer de la prostate (un cas de parent au

premier degré – père, frère – ou deux cas d'apparentés du deuxième degré).

- Par ailleurs, l'homme ne doit pas présenter d'intoxication tabagique (plus de 5 cg/j) ou alcoolique ou être traité par des médicaments modifiant le transport des androgènes ou s'opposant à leur action périphérique.

À l'examen clinique, il ne doit en particulier présenter ni obésité (IMC > 30), ni HTA (systolique > 150, diastolique > 9), ni acné.

- Le bilan biologique suivant doit être normal : numération et formule sanguines, cholestérol HDL et LDL, triglycérides, tests de la fonction hépatique (bilirubine, phosphatases alcalines, ASAT, ALAT, gamma-GT).
- Enfin, le sperme doit être considéré comme fécondant (concentration de spermatozoïdes supérieure à 15 millions/ml, mobilité (a + b) supérieure à 32 %, formes typiques supérieures à 14 %) selon les normes de l'OMS.

3. Quels sont les produits utilisés en CHM, sous quelle forme et quelle fréquence ?

Le traitement qui a été le plus largement utilisé est l'énanthate de testostérone (ET) en solution injectable huileuse à la dose de 200 mg injecté en intramusculaire profonde une fois par semaine. La durée du traitement ne doit pas excéder 18 mois.

On peut rapporter à ce sujet l'expertise de l'Organisation Mondiale de la Santé (extraits d'un protocole approuvé par le groupe de toxicologie et le comité du Secrétariat pour les recherches portant sur l'être humain de l'OMS) :

« L'ET à la dose hebdomadaire de 200 mg i.m. a été administré par différents auteurs lors de nombreuses études antérieures portant sur l'homme normal. Toutes ces études ont fourni une masse importante de données quant aux analyses de sperme, aux taux et aux profils hormonaux sériques et aux effets secondaires. Les effets secon-

naires qui paraissent assez bien établis sont les suivants : tendance modérée à prendre du poids (2 kg en moyenne), légère augmentation de l'hématocrite (2 %) et survenue de temps à autre d'acné ou d'une gynécomastie décelable. Ces réactions ont rarement conduit les sujets à interrompre le protocole d'expérience. Rien n'indique que ce traitement entraîne une hyperplasie prostatique, et quoi qu'il en soit, les hommes inclus dans cette étude appartiennent tous à une tranche d'âge (25 – 45 ans) dans laquelle il n'y a guère de chance de rencontrer un dysfonctionnement prostatique. Aucun rapport ne fait état d'une toxicité grave et notamment de signes d'affection hépatique, lorsqu'on applique ce schéma reposant sur l'ET à des hommes normaux. Il y a plus de 30 ans que l'ET est commercialisé dans le monde entier. Il a été employé dans un but thérapeutique, souvent pendant des dizaines d'années, chez des milliers d'hommes hypogonadiques, en général à la dose de 250/220 mg tous les 10 à 14 jours. Aucun auteur n'a signalé que cette substance était toxique dans ces schémas thérapeutiques. »

4. À partir de quand un homme qui prend une CHM a-t-il atteint un état contraceptif ?

À partir du moment où la concentration de spermatozoïdes est inférieure à 1 million/ml. Cette concentration doit être obtenue entre un et trois mois de traitement. Si, à trois mois, la concentration des spermatozoïdes est supérieure à 1 million/ml, on arrête le traitement en expliquant au candidat qu'il fait partie des mauvais répondeurs pour des raisons biologiques encore mal identifiées.

5. Faut-il continuer à faire des examens de sperme ?

Si l'homme suit correctement son traitement, on peut se contenter d'effectuer un examen de sperme par trimestre. Cet examen rassure le couple et permet de contrôler que le traitement est correctement suivi.

Pendant combien de temps un homme peut-il se contracepter avec une CHM ?

Pendant 18 mois, suivant en cela les protocoles organisés à une large échelle par l'OMS.

Cette méthode de CHM est-elle réversible en combien de temps ?

La CHM est parfaitement réversible. Le retour au nombre de spermatozoïdes précédant le traitement se fait avec des délais variables suivant les individus. Mais la fécondité peut se rétablir très vite, dès le premier mois suivant l'arrêt du traitement. Dans notre expérience à un mois après l'arrêt du traitement, 70 % des sujets avaient une concentration de spermatozoïdes supérieure à 1 million/ml dont 20 % avaient plus de 20 millions de spermatozoïdes/ml. Cette récupération a été bien quantifiée dans une analyse portant sur 1549 hommes. Les temps moyens pour récupérer une concentration de 20 millions/ml étaient évalués à 3,4 mois.

Quels sont les effets secondaires de la CHM ?

Ils sont bien identifiés (voir également réponse à la question 3).

Dans les conditions définies ci-dessus, les effets sont bénins. Plus précisément, dans un groupe de 157 hommes traités, on a décidé d'arrêter le traitement chez 25 des hommes (16 %) pour les raisons suivantes : acné (n = 9), agressivité, libido excessive (n = 3), prise de poids (n = 2), modification des lipides (n = 2) ou de l'hématocrite (n = 2), hypertension (n = 1), dépression (n = 1), asthénie (n = 1), aphtose (n = 1), prostatite aiguë (n = 1), pneumonie (n = 1) et syndrome de Gilbert (n = 1).

Faut-il faire un bilan annuel de contrôle au cours d'une CHM ?

Un examen clinique (destiné à évaluer l'efficacité et les effets indésirables du traitement) et biologique tous les six mois, en l'état actuel, paraissent souhaitables. Le bilan biologique est simple (NFS, ASAT, ALAT, gamma-GT, lipides sanguins).

PROTOCOLE DE LA CONTRACEPTION MASCULINE THERMIQUE EN NEUF QUESTIONS À R. MIEUSSET

1. Quels sont les hommes pour lesquels une demande de CTM apparaît acceptable ?

Tout homme vivant en couple et dont la conjointe est informée de vive voix de la méthode utilisée. Et cela, quelle qu'en soit la motivation : volonté d'équilibrer la responsabilité contraceptive dans le couple, préservation de la santé de la femme (effets indésirables ou contre-indications médicales de contraception féminine), choix de l'homme de maîtriser sa fertilité. Dans nos expériences, sur 17 couples ayant utilisé ou utilisant la CMT comme méthode de contraception du couple :

- Dans 6 % des cas, la femme avait souffert d'infections génitales après la pose d'un stérilet ;
- Dans 18 % des cas, la contraception hormonale féminine (pilule, implant) avait provoqué des métrorragies ou une hyperlipidémie ;
- Dans 24 % des cas, la femme souhaitait arrêter une longue utilisation de la pilule et ne plus assurer seule la contraception du couple ;
- Dans 18 % des cas, le couple utilisait le préservatif et/ou le retrait, ou l'anneau vaginal, et souhaitait passer à un mode de contraception masculine non hormonale ;
- Dans 34 % des cas, l'homme souhaitait partager la contraception, mais ne pas utiliser une contraception hormonale.

2. Quel bilan (clinique et biologique) demander à un homme qui souhaite une CMT ? Quelles sont les contre-indications à une CMT ?

En l'absence de toute étude réalisée jusqu'alors, la CMT n'est pas recommandée chez les hommes qui ont :

- À l'interrogatoire, les antécédents suivants : anomalies de la descente

des testicules (cryptorchidie, ectopie) traitées ou non ; hernie inguinale traitée ou non ; cancer du testicule.

- À l'examen clinique : présence d'une varicocèle de grade 3 ; présence d'une grande obésité.
- Aucun bilan biologique sanguin n'est nécessaire.
- Enfin, le spermogramme doit être considéré comme normal : concentration de spermatozoïdes supérieure à 15 millions/ml, mobilité progressive supérieure à 32 %, formes normales selon la technique utilisée.

3. Quelles sont les techniques utilisées en CMT, sous quelle forme et à quelle fréquence ?

La méthode qui a été la plus largement utilisée consiste à élever la température des testicules d'environ 2 °C. Cette élévation de température est obtenue en déplaçant les testicules du scrotum dans la poche inguinale superficielle. Les testicules sont ensuite maintenus dans cette position au moyen de deux techniques :

- La "suspension" chirurgicale des testicules : ce procédé faisant appel à la chirurgie ne nous paraît pas acceptable et ne sera pas décrit ici ;
- La "remontée" des testicules que nous privilégions.

PRINCIPE. Chaque testicule est "remonté" manuellement du scrotum à la racine de la verge, près de l'orifice externe du canal inguinal. Les testicules doivent être maintenus dans cette position, chaque jour pendant les heures d'éveil (15 heures par jour).

RÉALISATION ET RÉSULTATS. La remontée des testicules est possible sans aucun risque chez tout homme répondant aux critères d'inclusion définis (voir réponse à la question 2).

Nous avons procédé à trois améliorations successives du mode de maintien qui aboutissent à une technique pouvant être diffusée et évaluée sur une large échelle.

PREMIÈRE ÉTAPE (n = 14 hommes)

- Les testicules sont maintenus au moyen d'un sous-vêtement ajusté (95 % coton, 5 % élastomère) dans lequel un orifice est créé au niveau de la racine de la verge. Par cet orifice, l'homme fait passer sa verge, puis la peau scrotale par traction manuelle douce, ce qui amène une ascension des testicules dans la position souhaitée;
- Après 6 à 12 mois, la concentration de spermatozoïdes mobiles est comprise entre 1 et 3 millions/ml.

DEUXIÈME ÉTAPE (n = 6 hommes)

- Un anneau en caoutchouc souple a été ajouté autour de l'orifice pour mieux maintenir les testicules dans la localisation souhaitée;
- Ce procédé a un effet inhibiteur nettement plus marqué: à trois mois, la concentration de spermatozoïdes mobiles est inférieure ou égale à 1 million/ml.

TROISIÈME ÉTAPE ET PROCÉDÉ ACTUEL

(n = 5 hommes)

- L'anneau de caoutchouc est remplacé par des bandelettes de tissu élastique ajoutées directement sur le sous-vêtement;
- Cette modification permet d'atteindre le seuil contraceptif (moins de 1 million de spermatozoïdes mobiles/ml) dans les trois premiers mois du port. L'efficacité contraceptive de ces techniques a été établie par deux études:
 - "SUSPENSION" DESTESTICULES: 28 couples, 252 cycles d'exposition à la grossesse: zéro grossesse;
 - "REMONTÉE" DESTESTICULES: neuf couples, 159 cycles d'exposition à la grossesse:

une grossesse, consécutive à une mauvaise utilisation de la méthode (arrêt du port du sous-vêtement pendant sept semaines). Si l'on exclut le cycle ayant donné lieu à la grossesse, tout en gardant ce couple qui a repris ensuite la technique de remontée des testicules comme unique contraception de couple, il n'y a eu aucune grossesse sur 158 cycles d'exposition. Le sous-vêtement doit être porté chaque jour pendant une durée minimale de 15 heures par jour. Le non-respect de cette durée quotidienne minimale ou le fait de rester un jour sans porter le sous-vêtement ne garantissent plus l'effet inhibiteur sur la spermatogenèse, et donc l'effet contraceptif.

À partir de quand un homme qui prend une CMT a-t-il atteint un état contracepté ?

À partir du moment où la concentration de spermatozoïdes mobiles est inférieure à 1 million/ml sur deux examens de sperme successifs à trois semaines d'intervalle. Cette concentration est obtenue entre deux et quatre mois de traitement.

Faut-il ensuite continuer à faire des examens de sperme ?

Il est conseillé de faire un examen mensuel jusqu'au sixième mois, puis tous les deux mois par la suite si l'homme suit correctement son traitement. Cet examen permet de contrôler que le traitement est correctement suivi et que l'effet souhaité perdure.

Pendant combien de temps un homme peut-il se contracepter avec une CMT ?

La durée maximale est de quatre ans puisque la réversibilité, en termes de paramètres du sperme et de fertilité, a été constatée pour une telle durée.

Cette méthode de CMT est-elle réversible ? En combien de temps ?

- **SUSPENSION DES TESTICULES.** Après arrêt de la suspension, tous les hommes ont retrouvé des valeurs normales des paramètres spermatiques en six à neuf mois. Tous les couples ayant par la suite souhaité une grossesse l'ont obtenue, et aucune anomalie n'a été constatée. Aucune fausse couche spontanée n'est survenue.
- **REMONTÉE DES TESTICULES.** Après l'arrêt du port du sous-vêtement, la concentration de spermatozoïdes mobiles revient aux valeurs de départ dans les six à neuf mois. Tous les couples ayant par la suite souhaité une grossesse l'ont obtenue, et aucune anomalie n'a été constatée. Aucune fausse couche spontanée n'est survenue. À noter une grossesse non désirée survenue trois mois après l'arrêt du port du sous-vêtement chez un couple qui n'utilisait plus aucune méthode de contraception; cela indique que la capacité fécondante des spermatozoïdes peut survenir avant un retour complet à la normale des paramètres spermatiques. En conséquence, dès l'arrêt de la méthode de CMT, un autre mode de contraception est immédiatement nécessaire pour éviter la survenue d'une grossesse.

Quels sont les effets secondaires d'une CMT ?

Aucun effet secondaire n'est survenu au cours d'une CMT par les techniques de suspension (hors fixation chirurgicale) ou de remontée des testicules.

Faut-il faire un bilan de santé annuel de contrôle au cours d'une CMT ?

Aucun bilan annuel n'est nécessaire au cours d'une CMT. •

COMMENT
le slip permet
de garder les
testicules
remontés





LA VASECTOMIE

■ Stérilisation ou contraception permanente ?

Il est habituel d'identifier stérilisations féminines (occlusion tubaire) et masculines (vasectomie). Il est difficile d'admettre cette confusion. La vasectomie, contrairement aux stérilisations tubaires, est réversible à un double titre : avant l'intervention, les spermatozoïdes peuvent être conservés pour être utilisés en AMP ; la réparation chirurgicale est facile et effective dans 80 % des cas et suivie de grossesse dans 50 % des cas (A. Jardin et V. Izard, p.131 de l'ouvrage *La contraception masculine* chez Springer-Verlag France 2013). Pour la vasectomie, le terme de contraception permanente paraît donc plus adapté que celui de stérilisation masculine.

ASPECTS JURIDIQUES ET FINANCIERS

Légale en France depuis 2001. Son coût de 67 euros est bien inférieur à celui de la ligature des trompes, même dans sa version "Essure®". Depuis octobre 2012, la contraception "définitive" est de nouveau remboursée par la Sécurité Sociale pour les femmes et les hommes sans restriction d'âge.

LE RETARD FRANÇAIS

50 millions d'hommes dans le monde utilisent la vasectomie comme contraception : 14 % en Chine, 13 % aux États-Unis, 21 % en Grande Bretagne. Mais ils ne sont que quelques centaines en France et on ne compte que 200 conservations de sperme par an avant vasectomie (Fédération française des CECOS). Ce retard français demande à être expliqué : tabous, guerre des sexes, atteinte des profits de l'industrie pharmaceutique ? (A. Jardin et V. Izard p.132-35).

■ Réflexions sur la vasectomie contraceptive

ALAIN JARDIN, PROFESSEUR D'UROLOGIE

La loi Neuwirth, presque cinquantenaire, stipulait que les individus peuvent, à bon escient, réclamer et obtenir de leur médecin les moyens de limiter leur fécondité. Nous savons que la stérilisation est la première méthode contraceptive utilisée dans le monde que 26 % des Américains du nord de 50 à 70 ans sont vasectomisés, qu'aux USA il se pratique, chaque année, environ 500 000 vasectomies dans un but contra-

ceptif, alors qu'en France, quelques centaines. En France, la pratique de la vasectomie contraceptive avant 1974 était quasi inexistante. Avec la création des CECOS qui permettait de conserver le sperme dans les meilleures conditions, la vasectomie a commencé à être pratiquée. L'état d'esprit devant cette technique paraissait évoluer et en 1978, nous rapportions avec Pierre Jouannet l'étude de nos 100 premiers cas.

En fait, la vasectomie ne s'est jamais imposée. Elle échappe à la mondialisation, et pourtant la vasectomie est :

- Une contraception et on sait que, en France, 70 % des couples utilisent un moyen contraceptif.
- **Un moyen simple de contraception.** La vasectomie est une intervention chirurgicale simple, faite en ambulatoire sous anesthésie locale. Les complications sont très rares. Le nombre d'échecs, pratiquement toujours dus à un problème technique est inférieur à 1 %. La stérilité peut être réversible par un geste chirurgical dans plus de la moitié des cas. La conservation du sperme, avant vasectomie, permet de ne plus considérer cette intervention comme entraînant une stérilité définitive.
- La plus économique des contraceptions
- **Elle n'entraîne pas de conséquences néfastes pour la santé.** Les complications immédiates sont mineures mais émaillent environ 10 % des suites de vasectomie (ecchymose, hématome, déférentite voire épididymite, douleur persistant plus de 24 heures). Une littérature assez abondante concerne des complications à distance de la vasectomie : athérome, cancer du testicule, cancer de la prostate. En fait, les méta-analyses pratiquées ont montré l'absence de corrélation entre la vasectomie et l'incidence de ces pathologies. Enfin, la santé sexuelle est perçue dans les enquêtes comme inchangée ou meilleure, exceptionnellement altérée.
- **Un moyen licite et légal de contraception.** La Direction générale de la Santé a édité une plaquette de 26 pages pour éclairer la population sur la stérilisation dans un but contraceptif. •

Pour trouver des urologues ou des services d'urologie pratiquant la vasectomie,

se renseigner auprès de l'Association Française d'Urologie (urofrance.org) et des CECOS (cecos.org).



COLLOQUE DE L'ANSFL

SAMEDI 25 MARS 2017 DE 9 H À 17 H
À MARNE-LA-VALLÉE, EN ÎLE-DE-FRANCE

AUTONOMIE

PROGRAMME

Accueil à partir de 8 h 30

9 h Ouverture

Madeleine Moyroud, présidente

9 h 30 Sages-femmes et Evidence Based Medicine : aliénation ou autonomie ?

Marie-Cécile Martin-Gabier, sage-femme

10 h Laboratoires, le chant des sirènes

Laurence Platel, sage-femme

Pause et visite des stands

11 h 15 L'autonomie des femmes enceintes existe-t-elle ?

Elodie Obrist, médecin anesthésiste

12 h 30 : Repas sur place, puis café et visite des stands

14 h 15 L'Entretien motivationnel

Armelle Grangé-Cabane, médecin généraliste

Pause et visite des stands

15 h 45 La dyspareunie vue par la sage-femme ; expérience croisée : sexologie-homéopathie

Nicole Andrieu, Anne-Sophie Huart, sages-femmes

16 h 15 L'autonomie dans le travail en réseau

Sophie Schwartz, sage-femme

LIEU

HÔTEL RADISSON BLU
40 Allée de la mare houleuse
77700 Magny-le-Hongre

*Accès par navette gratuite
au départ de la gare SNCF
de Marne-la-Vallée Chessy
Parking gratuit à l'hôtel.*

**RENSEIGNEMENTS
ET INSCRIPTIONS**
www.ansfl.org



*Exposition « Femmes ici et ailleurs » toute la journée,
en présence de Pierre Yves Ginet et Marie Charvet*

BOULEVERSEMENTS PSYCHOLOGIQUES INDUITS PAR UNE GROSSESSE NORMALE

AMBIVALENCE DU DÉSIR DE GROSSESSE

Inconsciemment présent chez toutes les femmes, le désir de grossesse correspond au « *besoin narcissique de prouver que son corps fonctionne comme celui de sa mère* »⁽¹⁾. Même en cas de naissance « programmée » et décidée par le couple, l'enfant n'est au départ pas désiré pour lui-même, en tant que personne potentielle différente, ayant une identité propre. La grossesse vient combler des désirs archaïques (désir œdipien de la petite fille d'avoir un enfant du père, désir de revanche sur la mère) plus ou moins conscientisés, et apporter un sentiment de plénitude et de puissance, parfois recherché pour lui-même. Pourtant, le fœtus, qui grandit physiquement dans l'utérus de sa mère, doit prendre une place dans son psychisme. La stabilité psychique est en temps normal due à une balance entre libido investie dans le Moi (narcissisme, pulsion d'auto-conservation) et libido investie sur l'objet (relation à l'autre)⁽²⁾. Celle-ci se trouve remise en question par l'émergence d'une tierce personne. C'est pourquoi on qualifie la grossesse de crise psychique maturative, qui se résout le plus souvent spontanément avec succès⁽³⁾.

Les représentations maternelles du fœtus s'étaient à partir des fantasmes infantiles et des attentes conscientes et réalistes : en début de grossesse, l'investissement est majoritairement narcissique avec un renforcement des pulsions d'auto-conservation du Moi. L'enfant en tant que tel est presque absent du psychisme maternel, ce qui ne signifie pas pour autant qu'un travail psychique n'a pas débuté. Petit à petit, grâce à différents facteurs, dont l'interaction physique (mouvements actifs fœtaux, vision du fœtus à l'échographie) et aux changements corporels, une représentation de l'enfant apparaît et la relation objectale se développe. C'est ce que Sylvain Missonnier nomme « *la relation d'objet virtuel* »⁽⁴⁾. En effet, l'enfant imaginaire, rêvé, idéalisé, prend la place que la capacité fantasmatique maternelle lui accorde : l'investissement de l'objet virtuel est plus ou moins important selon le stade de la grossesse, l'état psychique de la future mère, et notamment ses expériences passées et sa relation avec sa propre mère⁽¹⁾⁽⁵⁾. Cet investissement, même s'il semble virtuel et donc sans valeur, est très important, car il constitue le socle sur lequel s'appuiera la relation d'attachement primaire post-natal avec l'enfant réel.

LA TRANSPARENCE PSYCHIQUE SELON MONIQUE BYDLOWSKI

La transparence psychique est, selon Monique Bydlowski, « *un état particulier du psychisme,*

état de transparence où des fragments du préconscient et de l'inconscient viennent facilement à la conscience »⁽⁶⁾. Cette situation se rapproche de celle de l'adolescence, où les conflits passés resurgissent, au moment où la future mère s'apprête à changer d'identité : elle passe de « fille de sa mère » au statut de « mère de son enfant ». Le passé semble comme réactivé, des expériences fondatrices ainsi que des fantasmes infantiles ou des conflits non résolus, qui avaient été oubliés, reviennent à la conscience sans difficulté, induisant parfois de l'anxiété et se traduisant par un appel à l'aide pour comprendre cette affluence de souvenirs. Le refoulement est habituellement en charge de filtrer ces évocations plus ou moins douloureuses, mais la grossesse donne lieu à une diminution de cette force protectrice⁽¹⁾. Si la future mère trouve l'aide nécessaire pour comprendre l'origine de ces émotions contradictoires et parfois violentes, la réminiscence de ces événements passés peut conduire à une résolution positive et à une réaffirmation de l'identité propre et de la légitimité à être mère. Tout ceci peut être, dans un cas, vecteur positif pour l'investissement fœtal, et dans l'autre, un obstacle à l'émergence des représentations maternelles.

L'ENFANT IMAGINAIRE, PORTEUR DU MANDAT TRANSGÉNÉRATIONNEL

L'enfant à naître s'inscrit dans une lignée, comme le souligne Sigmund Freud dans son article *Pour introduire le narcissisme*, « *L'individu effectivement mène une double existence : en tant que maillon d'une chaîne à laquelle il est assujéti contre sa volonté ou du moins sans l'intervention de celle-ci* »⁽⁷⁾. Le mandat renvoie à la notion de rôle à remplir, de mission à accomplir, dans le cadre d'un héritage reçu du groupe duquel il émane. Ces liens transgénérationnels occupent une place non négligeable dans l'élaboration des représentations maternelles du fœtus : la relation fantasmatique est marquée par les impératifs plus ou moins contraignants du mandat transgénérationnel⁽¹⁾. Cette participation est mise en lumière en cas d'incapacité du fœtus à remplir certaines attentes du mandat : par exemple, si le fœtus se trouve atteint d'une agénésie des membres inférieurs alors que ses parents sont de grands sportifs et espèrent partager cette passion avec leur enfant, ceux-ci peuvent rencontrer plus de difficultés à investir leur enfant. Un mandat trop exigeant peut être lourd à porter pour l'enfant tandis qu'un mandat insignifiant peut induire un manque : sentiment de ne pas avoir été attendu, désiré, absence de repères.

LA HAINE DU FŒTUS SELON FRANÇOIS SIROL

Même dans le cadre d'une grossesse planifiée, le sentiment maternel de haine envers son fœtus est présent, bien qu'il soit parfois entièrement refoulé⁽⁸⁾. En effet, le fœtus se développe comme un « parasite » aux dépens du corps de sa mère, la maltraitant en l'amenant à vivre un état nouveau et contraignant ainsi qu'un changement profond d'identité. Comme le souligne le pédopsychiatre François Sirol dans son article *La décision en médecine fœtale*, « *Ce conflit concerne, notamment, le deuil à faire de sa situation d'avant la grossesse et la place à donner à son état nouveau et au fœtus* »⁽⁹⁾. La haine est d'une part trop violente pour être conscientisée, et d'autre part non conforme à notre vision sociétale de la maternité épanouissante, désirable et heureuse. Toutefois, une suspicion de malformation fœtale au cours de la grossesse peut donner lieu à l'activation de ce sentiment de haine, le légitimant, jusqu'au désir de mort de ce fœtus non conforme aux attentes parentales⁽⁹⁾. L'ambivalence des sentiments maternels se manifeste alors par le désinvestissement brutal du fœtus. •

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. M.-J. Soubieux, Soulé M. *La psychiatrie fœtale*. Presses Universitaires de France. Paris; 2005. 127 p.
2. Freud S. *La vie sexuelle*. Presses Universitaires de Paris. Paris; 1982.
3. Bydlowski M. *Parenté maternelle et parenté paternelle*. Adolescence. Mars 2006 1; 55 (1): 33 – 42.
4. Missonnier S. *La relation d'objet virtuel et la parentalité ingénue*. Adolescence. 2004; 22 (1): 119 – 31.
5. Missonnier S. *L'aube prénatale de la subjectivation*. Le Carnet PSY. 2006; (109): 37 – 41.
6. Bydlowski M. *Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne*. Devenir. 2001; 13 (2): 41 – 52.
7. Freud S. *Pour introduire le narcissisme*. Petite Bibliothèque Payot. Paris; 2012.
8. Sirol F. *La haine pour le fœtus*. In: *L'échographie de la grossesse*. Promesses et vertiges. Erès. Paris; 2011. p. 215 – 41.
9. Sirol F. *La décision en médecine fœtale*. Contribution à la reconnaissance du sentiment de haine pour le fœtus. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. Juin 2002; 50 (4): 262 – 7.

L'optimisation des pratiques de codage des actes en consultations externes

VERS UN MEILLEUR ÉQUILIBRE DU PÔLE

CONTEXTE

Les consultations externes sont généralement le premier lien entre le patient et l'hôpital. L'article L.6111-1 du Code de la Santé Publique confirme leur place au sein de l'ensemble des missions des établissements publics de santé, tandis que leur spécificité dans le parcours de santé est inscrite dans la loi n° 2016-41 de modernisation du système de santé.

Deux types de consultations coexistent au sein des établissements de santé :

- **Les consultations externes**, programmées et fonctionnant en journée, avec des horaires définis. Les patients y sont reçus en journée sur rendez-vous par le praticien de leur choix.
- **Les consultations au sein du Service d'Accueil des Urgences (SAU)** qui fonctionne 24 heures/24 et assure la permanence des soins dans le cadre d'une mission de service public avec une équipe médicale et paramédicale de garde ⁽¹⁾.

Les consultations hospitalières, qu'elles soient réglées ou en urgence, constituent une source potentielle de patients pour les établissements publics de santé, surtout si ces patients s'avèrent satisfaits de leur prise en charge. Elles sont devenues une part importante de l'activité des hôpitaux. Elles n'ont cependant jamais été génératrices de recettes, mais cette situation a longtemps été compensée par la dotation globale. L'arrivée des nouveaux modes de financement a mis fin à ce système de compensation et a dévoilé l'existence de ce déficit. Tous les services hospitaliers, dont la gynécologie-obstétrique, doivent aujourd'hui faire face à cette problématique de l'équilibre budgétaire.

LES NOUVEAUX MODES DE FINANCEMENT

La loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) a instauré en 2004 une réforme du financement des établissements publics et privés avec la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dès le 1^{er} janvier de cette même année. Les objectifs globaux de cette réforme sont la médicalisation du financement, une allocation plus équitable des ressources, le développement des outils de gestion et la responsabilisation des acteurs. Le financement directement corrélé à l'activité devient alors rétrospectif. Pour ce faire, le recueil de l'activité médicale est réalisé grâce à un codage spécifique des actes répondant à des règles strictes. Il doit faire l'objet d'une attention toute particulière au vu des enjeux financiers qui en découlent. En effet, le passage à la T2A remet en question l'équilibre financier et la pérennité des établissements. Les difficultés de trésorerie qui en découlent sont liées à des flux de recettes plus irréguliers et au maintien d'un décalage dans le temps entre la transmission des données de production médicale et la perception des recettes. L'hôpital est ainsi directement affecté au travers de la réforme par sa contrainte budgétaire et il doit s'adapter de plus en plus pour maintenir son équilibre budgétaire.

Au sein des établissements de santé, la communication menée par les directions administratives auprès de la communauté médicale vise à sensibiliser les praticiens à l'importance de leur implication personnelle dans le domaine du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Un certain dynamisme dans la chaîne de l'information médico-administrative est nécessaire afin d'éviter les failles dans le processus de recueil du codage et la participation de l'ensemble des acteurs hospitaliers est primordiale. Désormais, dans chaque secteur hospitalier, toute

activité médicale doit être soigneusement enregistrée et adéquatement facturée pour donner lieu à un juste recouvrement des recettes.

PROBLÉMATIQUE MANAGÉRIALE

Eu égard au déficit constaté au niveau du bilan économique au sein d'un Pôle de gynécologie-obstétrique d'une maternité de type 3, nous avons réalisé un audit des processus dans différents secteurs de consultations externes de ce Pôle. Il s'agissait des consultations programmées, du SAU et du secteur de surveillance intensive de grossesse (SIG) où sont réalisées les consultations pour les grossesses à haut risque. Nous avons pu observer une asymétrie d'information entre l'activité potentielle qui était codée et l'activité réelle des praticiens. Le financement des actes externes du Pôle ne semblait pas conforme à l'activité qui y était réalisée.

Il nous a semblé important de comprendre les modalités d'organisation du codage des actes réalisés dans le cadre de ces secteurs d'activité afin de mieux garantir sa qualité et son exhaustivité.

ÉTUDE ÉCONOMIQUE

Nous nous sommes intéressés au système de cotation des actes existant au sein du Pôle afin de déterminer en quoi l'optimisation des pratiques de codage des actes externes pouvait participer à l'équilibre financier. Notre hypothèse était qu'un codage pertinent doit pouvoir générer une facturation fiable et permettre l'adéquation entre les recettes perçues et l'activité médicale de l'établissement. Une juste facturation étant donc un enjeu majeur pour le retour à l'équilibre des comptes.

Nous avons mené une étude observationnelle rétrospective qui a consisté à comparer les recettes et les dépenses pour 300 dossiers de patientes prises en charge

en consultations externes, au SAU et en SIG. Puis, nous avons évalué la qualité du codage des actes externes réalisés et mesuré l'impact financier si tous les actes avaient été codés de façon exhaustive et sans erreurs.

Des analyses statistiques ont été réalisées avec un degré de signification final choisi à 5 %.

D'après nos résultats, le bilan financier initial était déficitaire et les dépenses étaient significativement différentes des recettes observées ($p = 0,035$). Seulement 67 % des actes réalisés avaient été codés ($p < 0,0001$). Après correction du bilan grâce à l'intégration des recettes attendues, le déficit était toujours présent mais il était réduit de 46 %.

C'est au SAU et en SIG que les écarts les plus importants ont été estimés. Ceci était probablement dû à la multiplication des intervenants, médecins et sages-femmes, dont l'activité était tracée dans le dossier médical mais dont les actes n'avaient pas tous été codés.

Cela nous a permis de déterminer des leviers d'action afin de mieux valoriser certaines prises en charge, augmenter le niveau de recettes perçues et améliorer l'équilibre financier de ces secteurs d'activité.

FORMALISER ET HARMONISER LES PRATIQUES DE CODAGE

Il nous est apparu au cours de nos multiples observations que la majeure partie des dysfonctionnements provenaient d'un manque de transmission et de communication entre les différents acteurs situés le long de la prise en charge de la patiente et du parcours du codage des actes externes. Le plus souvent à l'interface de la fluidité du parcours de soins, les secrétaires sont en charge de ce codage grâce à un logiciel informatique dédié. Mais elles n'ont pas les connaissances médicales pour interpréter ce qui a été réalisé par le clinicien lors de la consultation, elles ont besoin des renseignements les plus précis possibles afin de procéder à un codage de qualité exhaustif et qui soit le reflet de tous les actes réalisés.

Le codage des actes a un double intérêt car il permet de tracer et de décrire l'activité médicale et paramédicale du Pôle tout en alimentant la base de PMSI

en vue d'une facturation fiable. Il semble donc primordial d'impulser davantage de communication et d'harmoniser les pratiques concernant la transmission des actes à coder.

Nous avons proposé un support de codage papier qui doit être soigneusement rempli par les praticiens à chaque consultation. Il permet ensuite à la secrétaire de saisir les actes réalisés dans le logiciel. Le support de codage proposé vise à faciliter la tâche du professionnel qui doit alors cocher le (s) acte (s) réalisé (s) sur une liste. Cette liste est suffisamment exhaustive en regard des actes les plus fréquemment réalisés au sein du Pôle, ceux-ci sont classés en fonction de la nomenclature pour une meilleure lisibilité sur l'imprimé papier. Nous avons convenu d'une liste d'actes le plus souvent réalisés, comprenant les actes en NGAP (lettres clé C, SF, SFI), les actes en CCAM (échographies, frottis, biopsies, prélèvements vaginaux...) et les actes en NABM (test pour recherche IGF1). L'intitulé de chaque acte est inscrit afin d'accompagner chaque clinicien au cas où il maîtriserait mal la nomenclature.

Pour chaque consultation, une feuille spécifique de codage est complétée avec l'étiquette de la patiente, le nom du médecin et/ou le nom de la sage-femme, la date et l'heure (ces dernières données sont impératives pour les consultations en urgence, permettant de facturer l'indemnité nuit ou dimanche et le forfait ATU pour la gynécologie). Cette feuille est donc soigneusement renseignée en fonction de la consultation et des actes associés qui ont pu être réalisés puis elle est transmise au secrétariat.

Pour conduire ce changement de culture et faire adhérer les équipes, il est nécessaire d'informer et de former les professionnels pour les sensibiliser aux enjeux budgétaires actuels.

Il est important de rappeler aux médecins et aux sages-femmes que tracer l'ensemble de l'activité est utile pour quantifier l'activité réalisée mais surtout que le codage est indispensable pour valoriser financièrement cette activité.

RECOURIR À LA CIRCULAIRE FRONTIÈRE

Un certain nombre de patientes suivies pour une grossesse à haut risque en SIG bénéficient d'une prise en charge pluri-

disciplinaire et passent plusieurs heures à l'hôpital. Il s'agit souvent de patientes qui ont été orientées vers le Pôle de gynécologie-obstétrique dans un contexte de transfert materno-fœtal depuis une autre maternité. Elles y rencontrent différents spécialistes de l'établissement dans le but de réaliser des prescriptions adaptées et de décider d'une conduite à tenir personnalisée après synthèse de tous les examens cliniques et paracliniques effectués.

Dans l'organisation actuelle du Pôle, les consultations et actes externes réalisés sont facturés individuellement par le praticien et par l'unité fonctionnelle (UF) de réalisation selon la nomenclature des actes en vigueur et dans le respect des règles de facturation. Il serait pertinent de définir précisément des chemins cliniques de prise en charge pouvant être concernés par la circulaire DHOS n° 2006-376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un Groupe Homogène de Séjours (GHS) pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée, dite "circulaire frontière"⁽³⁾. Ce travail est à mener en collaboration avec le médecin du Département d'Information Médicale (DIM) pour son expertise et ses connaissances en codage. Il peut faire le lien entre les services administratifs et le corps médical.

Cette circulaire frontière précise que les prises en charge concernées doivent justifier le recours à "une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin". Elles ne nécessitent pas d'environnement technique particulier. Un GHS peut alors être facturé si la prise en charge comporte plusieurs examens réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers et qu'une synthèse diagnostique ou thérapeutique, au moins provisoire, en est réalisée par un médecin. Les actes réalisés peuvent être tant diagnostiques avec investigations que thérapeutiques avec traitements mis en œuvre.

Le tarif de ce GHS comprend la prise en charge des frais de structure, ce que ne permet pas la tarification détaillée. Certaines prises en charge de grossesse à haut risque au sein du Pôle de gynécologie-obstétrique peuvent être concernées par ce type de GHS. Elles peuvent notamment être incluses dans le groupe dénommé

« Affection de l'antépartum séjour de très courte durée » dont le tarif est de 450,64 €.

Des chemins cliniques de patientes bénéficiant d'une prise en charge pluriprofessionnelle doivent alors être identifiés. Ils peuvent notamment concerner les patientes :

- Présentant un diabète gestationnel ou de type 1 et qui bénéficient d'une consultation et/ou d'un examen auprès d'un obstétricien (ou d'une sage-femme), d'un diabétologue (ou d'une diététicienne), d'un médecin échographiste.
- Ayant développé une allo-immunisation rhésus et qui bénéficient d'une consultation et/ou d'un examen auprès d'une sage-femme, d'un obstétricien, d'un médecin échographiste.
- Dont le fœtus présente un Retard de Croissance Intra Utérin (RCIU) et qui bénéficient d'une consultation et/ou d'un examen auprès d'une sage-femme, d'un obstétricien, d'un médecin échographiste.
- Bénéficiant d'une prise en charge dans le cadre d'un diagnostic prénatal et qui rencontrent un obstétricien, un médecin échographiste et un autre spécialiste (généticien, cardiopédiatre, chirurgien pédiatrique, etc.).

Ce mode de facturation par GHS est beaucoup plus générateur de recettes pour le Pôle comparé à une tarification à l'acte comme le montre cet exemple :

Intitulé de l'Acte	Tarif
Consultation médecin spécialiste	26,00 €
Demande d'avis spécialisé	46,00 €
Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifœtale au 3 ^e trimestre	100,20 €
Total des Actes	172,20 €

Intitulé GHS	Tarif
Affection de l'antépartum séjour de très courte durée	450,54 €

Dès que ces chemins cliniques sont définis, il convient de respecter les conditions de mise en place de la circulaire frontière. Pour cela, chaque patiente concernée doit être prise en charge lors de son hospitalisation par trois praticiens différents, réalisant chacun un compte rendu de leur examen,

le tout accompagné d'une synthèse finale émanant d'un médecin comme présenté dans la figure 1 ci-dessous.

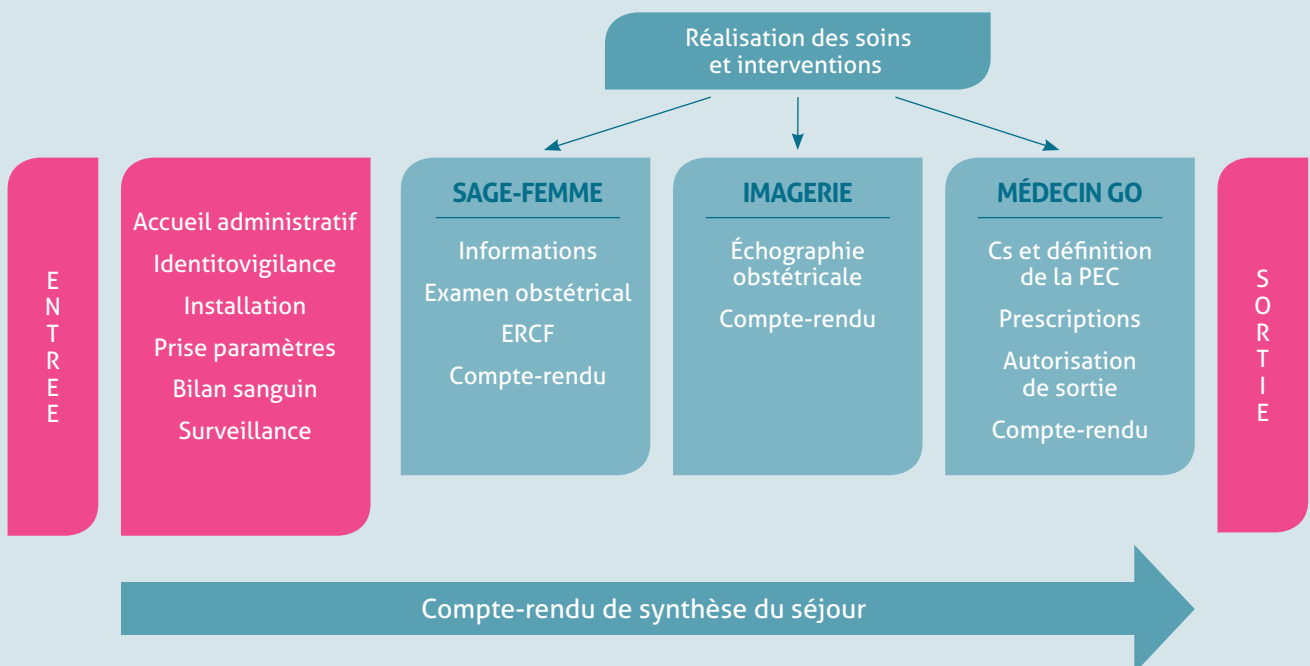
DÉVELOPPER DES OUTILS DE PILOTAGE

Le référentiel métier des sages-femmes cadres élaboré en 2010 mentionne leur "participation active dans le management hospitalier" et notamment dans le domaine de la gestion économique et financière.

La sage-femme coordinatrice possède les compétences requises pour participer à l'élaboration d'indicateurs pertinents du suivi des tableaux de bord. L'analyse de ces tableaux de bord des services et du Pôle va lui permettre d'analyser la charge de travail en regard de l'activité et d'avoir une vision prospective des projets à mettre en place pour valoriser l'activité avec efficacité. Elle participe à l'étude et à la valorisation des coûts (T2A, CCAM) et doit maîtriser les outils nécessaires à la gestion budgétaire du Pôle (recettes, dépenses). Elle analyse également la charge de travail en regard de l'activité et met en place les mesures correctives en accompagnant ses équipes dans le changement ⁽⁴⁾.

Figure 1

LOGIGRAMME DE CHEMIN CLINIQUE POUR GHS "Affection de l'antépartum séjour de très courte durée"



En tant que manager, elle doit avoir la capacité de s'adapter au quotidien et cela nécessite de suivre au plus près un certain nombre d'indicateurs opérationnels et factuels. En effet, selon l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé (ANAP) "on n'améliore que ce que l'on peut mesurer" et les tableaux de bord procurent cette vision comptable de l'activité. Pour cela, les indicateurs choisis sont communiqués en amont auprès du bureau de Pôle et en aval auprès des équipes selon les besoins et permettent un pilotage de l'activité par l'élaboration de plans d'actions opérationnels. Ils peuvent participer à créer un langage commun de gestion autour d'outils médico-économiques entre l'équipe d'encadrement et la direction. Ils contribuent également à améliorer les connaissances des professionnels vis-à-vis de leurs pratiques.

EN PRATIQUE

- ◆ Pour le secteur de consultations programmées, le suivi de l'efficacité opérationnelle peut se faire par l'analyse du taux d'occupation des salles, le temps de plage offert, le délai moyen d'obtention de rendez-vous et la quantité d'activité par praticien.
- ◆ Pour l'ensemble des secteurs de consultations, l'évolution mensuelle du nombre de venues peut être un reflet de l'activité. Concernant le codage des actes, il semble approprié de tracer le taux d'exhaustivité du codage des dossiers.

Ces indicateurs peuvent être recueillis avec l'appui du DIM et du Système d'Information Hospitalier (SIH) de façon mensuelle ou trimestrielle. Pour cela, la sage-femme coordinatrice, par sa connaissance du terrain, peut faire le lien avec les équipes administratives afin de mieux valoriser certaines activités cliniques. Elle est en mesure de proposer son approche de résolution de problème et travailler en partenariat pour atteindre les objectifs fixés. Ainsi, en consultations externes, le suivi du taux d'occupation des salles pourrait favoriser une réorganisation et un redéploiement des plages vacantes. En effet, une réorganisation étant le meilleur outil

de faire des économies, il est important de disposer d'indicateurs de suivi pour analyser l'activité et savoir quel moment est le plus propice pour préparer et mettre en œuvre le changement.

De la même manière, l'analyse régulière du taux d'exhaustivité du codage par un audit des dossiers pourrait permettre de rester vigilant vis-à-vis d'un écart de pratique. Il serait également possible de compléter des saisies d'actes en temps utile avant que les délais de facturation ne soient écoulés.

CONCLUSION

Le codage peut avoir un impact financier substantiel. Néanmoins, il convient de rendre pérenne l'équilibre budgétaire de l'établissement et de réfléchir à d'autres pistes pour augmenter les recettes et réduire les dépenses. Un travail en collaboration entre la sage-femme coordinatrice, le DIM et les services administratifs permettrait de maximiser les recettes en étudiant les modes de facturation les plus adaptés aux prises en charge réalisées au sein du Pôle de gynécologie-obstétrique. D'autres marges de manœuvre semblent résider dans la recherche d'organisations plus efficaces tout en restant respectueuses des besoins de santé de la population. Ainsi, les choix stratégiques pourront porter sur la mutualisation des équipements, du matériel et des fonctions logistiques. L'expertise de l'encadrement de proximité est un atout pour anticiper les changements organisationnels devenus incontournables pour faire face aux enjeux médico-économiques actuels et aux objectifs de productivité. C'est pourquoi la sage-femme coordinatrice est à même d'impulser ces projets de rationalisation à la recherche d'efficacité et de maîtrise des ressources. •

REMERCIEMENTS

- Madame Catherine Lejeune, Maître De Conférences en Économie de la Santé à l'Université de Bourgogne à Dijon pour ses enseignements, son expertise et sa rigueur.
- Madame Phi-Linh N'Guyen, Praticien Hospitalier en Épidémiologie à la Plateforme d'Aide à la Recherche Clinique du CHRU de Nancy pour son aide dans l'analyse des données statistiques de l'étude économique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
2. Instruction ministérielle DGOS/PF/DGFP/CL1A/2014 N° 173 du 30 mai 2014 relative aux modalités de déploiement de la facturation individuelle (FIDES) dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et aux modalités de déploiement du protocole d'échange standard PES V2 et de dématérialisation des opérations en comptabilité publique des établissements publics de santé.
3. Circulaire DHOS/F1/MTAA n° 2006-376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.
4. Association Nationale des Sages-femmes Cadres. Référentiel métier et compétences des sages-femmes cadres. Version 1. Juillet 2010.

L'école des sages-femmes Naissance d'un corps professionnel, 1786-1917

● Nathalie Sage-Pranchère

Prix Madeleine-Lenoir 2016

Protéger l'homme "au moment où il arrive au port de la vie", telle est la mission que les gouvernements français, de l'Ancien Régime à la III^e République, assigne aux sages-femmes. Accompagnatrices des mères et désormais membres du corps médical, les sages-femmes se sont constituées au cours du XIX^e siècle en profession scientifique, détentrice d'un savoir riche et varié. Partout en France, leur formation a occupé administrateurs et médecins, faisant naître des dizaines d'écoles départementales, dont le dynamisme n'a souvent eu que peu à envier à l'école de l'Hospice de la Maternité de Paris.

Du cours hospitalier à la véritable école-maternité, les institutions de formation ont accueilli en un siècle des dizaines de milliers de jeunes femmes qui, leur diplôme en main, ont été se faire dans les campagnes les "institutrices du système de santé" français. Lettrées, compétentes et respectées, les sages-femmes ont ainsi fait bénéficier leurs patientes d'une qualité de soins acquise aux meilleures sources du savoir obstétrical. Légitimées par leur formation et le monopole que l'État leur accorde face aux matrones, elles ont mis au monde l'essentiel de la population française, ont vacciné des générations de nouveau-nés et se sont fait les chantres de l'hygiène pasteurienne dès ses débuts. L'histoire de l'émergence de ce corps professionnel, né d'une volonté politique et du consentement des accoucheuses, est riche d'enseignements pour les enjeux contemporains de la naissance et de ses acteurs.

Nathalie Sage Pranchère, ancienne élève de l'École nationale des Chartes, docteure et agrégée d'histoire, est chercheuse associée au Centre Roland-Mousnier (UMR 8596, CNRS-Université Paris-Sorbonne). Ses travaux portent sur les professions de santé, leurs dynamiques de définition et de légitimation.



Parution : 19 janvier 2017
Les presses universitaires François Rabelais
Collection Perspectives Historiques

420 pages - Format : 15,5 x 23,5
ISBN : 978-2-86906-422-5 - Prix : 24 €
<http://pufr-editions.fr/>

Le Grand livre de ma grossesse

● CNGOF

Sous la direction du Pr Jacques Lansac
Coordination par le Dr Nicolas Evraud

Pour la 7^e année consécutive, les experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), en étroite collaboration avec le groupe *aufeminin*, compilent leur savoir pour le rendre accessible à toutes. Véritable mine d'informations concrètes et rassurantes, ce livre a été conçu pour permettre aux femmes de vivre pleinement la merveilleuse aventure de leur grossesse. Les spécialistes du domaine (gynécologues, sages-femmes, pédiatres, pédopsychiatres, acupuncteurs, homéopathes...) répondent à toutes les questions qu'elles se posent.

Revue et actualisée, l'édition 2017-2018 compte près de 500 pages, 140 schémas explicatifs, 45 échographies analysées, de nombreux témoignages et conseils de mamans, 20 vidéos (accessible gratuitement via un smartphone sur le site *aufeminin*) et s'enrichit des nouvelles recommandations des autorités de santé. Les lectrices y trouveront en bonus une application offerte.

Organisme de référence pour plus de 6000 gynécologues et obstétriciens, le CNGOF établit des recommandations de bonnes pratiques destinées à l'ensemble de la profession.

Éditions Eyrolles
Parution : 3 janvier 2017 - 7^e édition
ISBN13 : 978-2-212-56594-2

496 pages
Format : 19 x 24 cm - 24,90 €
<http://www.eyrolles.com/>



IHAB. La Clinique Mutualiste La Sagesse (Rennes) labellisée IHAB (Hôpital Ami des Bébés)

Forte de plus de 3 300 naissances par an, la Maternité-Néonatalogie de la clinique Mutualiste La Sagesse (Rennes-35), établissement de santé privé d'intérêt collectif appartenant au groupe mutualiste Hospi Grand Ouest, se voit aujourd'hui reconnue via le label IHAB (Hôpital Ami des Bébés) officiellement remis le 16 janvier 2017 à l'Hôtel de Ville de Paris.

Engagement auprès des parents et des familles pour des soins de qualité, le label IHAB vient certifier des pratiques mises en place au bénéfice des parents par les équipes soignantes qui interviennent dans une Maternité.

→ LE LABEL IHAB : UNE ATTRIBUTION POUR 4 ANS

Le label IHAB a été lancé en 1992 à l'initiative de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). « Ce label est attribué pour une durée de quatre ans aux maternités labellisées et revalidé à la fin de ces quatre années si l'établissement remplit toujours les critères d'attribution », explique Gwenaél Godin, Directeur de la clinique Mutualiste La Sagesse.

Concrètement, il incite les maternités à dispenser des informations et un accompagnement de qualité aux parents pour protéger le lien entre mère et enfant, en respectant les besoins et les rythmes naturels du nouveau-né, ainsi qu'à promouvoir l'allaitement maternel. « Les parents sont soutenus dans la compréhension du comportement de leur enfant, acquièrent progressivement une autonomie et une confiance en eux tandis que le soignant, garant de la sécurité médicale, les accompagne », insiste le Directeur de La Sagesse.

RETARD DE CROISSANCE CHEZ L'ENFANT.

Lancement par Merck de la campagne #weareguardians* une campagne de sensibilisation mondiale pour les familles touchées par le retard de croissance chez l'enfant

Merck annonce le lancement mondial de la campagne #WeAreGuardians, le 30 janvier 2017, dédiée aux troubles de la croissance chez l'enfant.

La campagne a pour but de sensibiliser le grand public sur les épreuves que traversent les enfants atteints de retard de croissance ainsi que leurs familles, et de mettre en lumière les efforts des nombreuses personnes engagées dans la lutte contre cette pathologie.

Le patient doit suivre son traitement régulièrement et être rigoureux. Cependant, il est difficile de demander aux enfants de suivre un traitement prolongé et invasif (injection sous-cutanée quotidienne). Il est donc important de soutenir les professionnels de santé et la famille (« les aidants »), qui accompagnent ces enfants dans la compréhension de leur pathologie et de leur traitement afin qu'ils en cernent tout l'enjeu.

La campagne #WeAreGuardians mobilise chaque individu engagé dans la prise en charge des retards de croissance, pour améliorer et faciliter les soins et les traitements par hormones de croissance. Chaque professionnel de santé et aidant (« The Guardians ») dispose d'une expertise qui reflète son engagement dans ce combat. Ses relations avec un patient atteint de retard de croissance seront notamment traduites, dans une bande dessinée, prochainement lancée par Merck, sur un site internet à destination du grand public.

* Vos alliés



La physionomie de la solidarité :

le cas des enfants de la thalidomide

(1962-1970)

Lors de la session plénière du mercredi 14 décembre 2016 au Parlement européen, le gouvernement allemand promit de revoir le « *Thalidomide Foundation Act* » au cours du mois de janvier 2017¹. La promesse a été tenue le 10 février 2017. Ainsi, lors de la 953^e réunion du Bundesrat, ses membres ont revu la loi sur le fond versé aux victimes allemandes de la thalidomide ou *Conterganstiftung*².

Le drame de la thalidomide est donc au centre d'une actualité renouvelée. En effet, la complexité des questions de l'indemnisation et de l'aide à apporter aux victimes de la thalidomide cristallise sans cesse les débats. Qu'en fut-il au début des années 1960, lorsque les ravages de la thalidomide furent découverts et comment s'est organisée la solidarité ?³

Alors que la science était sous surveillance, la roue de l'histoire continuait à tourner pour les victimes de la thalidomide. En parallèle, la solidarité, l'aide et l'entraide s'organisaient ; très rapidement selon les uns et trop lentement selon les autres. Quoiqu'il en soit, on vit dès 1962, les demandes d'aides de toutes natures provenant des familles arriver dans les bannettes des bureaux des administrations concernées. Ces courriers ne semblaient d'ailleurs pas plaire à tous. En effet, les premières obligations de versements s'abattirent en priorité sur la "présumée" coupable du scandale de la thalidomide c'est-à-dire la société allemande Chemie Grünenthal qui ne les admit que timidement à cette époque.

La souffrance était omniprésente dans les familles et parmi les mères qui n'avaient pas encore accouché. Cela se devine à travers la lecture de la presse. Un exemple s'impose. De timides articles illustrés attiraient chaque jour davantage l'attention des lecteurs sur les avortements demandés par les familles qui étaient certaines d'avoir absorbé de la thalidomide. Certains gouvernements ont proposé aux femmes enceintes ayant absorbé de la thalidomide d'avorter. Ce fut le cas en Suède, comme en témoigna le professeur Jan Winberg de Göteborg. Il reçut vingt demandes d'autorisations d'avortements et ne répondit favorablement qu'à deux femmes. Dès 1961, le futur ministre de la Santé de Grande-Bretagne, Kenneth Robinson, évoqua aussi aux Communes la possibilité d'une loi sur l'avortement notamment en cas de naissance d'un enfant difforme. Le projet fut rejeté.

Katia D. Kaupp dans le magazine *Le Nouvel Observateur* du 22 avril 1965 (n° 23), dans son article intitulé « *L'univers de l'avortement* », rappelait qu'en Grande-Bretagne, le projet d'autoriser les avortements revenait à Janet Chance : « *Mais ce noble idéal ne trouva son vrai cheval de bataille qu'en 1962, après la découverte des effets effroyables de la thalidomide. En quelques*

« En quelques mois, deux cent cinquante petits monstres naquirent en Angleterre et trois mille mères se rappelèrent alors avec épouvante qu'elles avaient pris de ce médicament... »

mois, deux cent cinquante petits monstres naquirent en Angleterre et trois mille mères se rappelèrent alors avec épouvante qu'elles avaient pris de ce médicament, il y a eu des centaines de 'crimes', puis un gallup répéta aux Anglais que 70 % de leurs médecins se prononçaient POUR l'avortement dans le cas de la thalidomide et dans celui aussi de toute autre drogue susceptible de produire des effets identiques. À l'occasion de ce débat les journalistes anglais parlèrent de 'New Morality'.

Katia D. Kaupp ajouta « *Le chiffre seul est effroyable. Il y a chaque année en France 800 000 femmes qui n'accouchent pas du bébé qu'elles attendent parce qu'elles interrompent leur grossesse : 1 200 000 avancent même certains médecins. Une moyenne d'un million d'avortements par an, c'est vraiment beaucoup, c'est trop. C'est autant que de naissances ! À Paris, les avortés sont même plus nombreux que les nouveau-nés : 150 000 contre 95 000* ». La fin de son article fut tout aussi éloquente : « *En France, entre 1947 et 1950, 132 avortements légaux ont été pratiqués pour 279 000 naissances. C'est très peu. Et jamais les avortements ne sont pratiqués pour éviter la naissance d'enfants anormaux* ».

LES PREMIERS PAS DES JEUNES ENFANTS DE LA THALIDOMIDE

L'attachement de tous sans exception aux jeunes victimes de la thalidomide continua sans discontinuer jusqu'à la fin des années 1960. Mais les véritables promoteurs de cette

1. www.europarl.europa.eu – Voir le téléfilm *No limits* diffusé le 15 janvier 2017 sur la chaîne canadienne *Documentary Channel*.
2. L'information a été donnée par le Contergan Infoportal (CIP).
3. Pour retrouver l'histoire des origines de l'affaire de la thalidomide, lire Jérôme Janicki, « *Quand des événements tragiques provoquent une émotion générale forte ou en marge du procès du Softenon (thalidomide) à Liège, les manifestations liégeoises de novembre 1962* ». *Les Dossiers de l'Obstétrique*, février 2015, 445, pp. 38 – 42.

campagne furent les patrons de presse qui diffusèrent d'une manière abondante des photos de nouveau-nés mal formés ou des témoignages de parents. Il ne s'agissait cependant que d'informations générales qui ne s'arrêtaient pas en détail sur les conséquences des "dégâts physiques visibles" d'autant que les enfants ont su très tôt utiliser les ressources qu'ils avaient en eux. Les journalistes n'ont pas assez teinté leurs articles de telles interprétations car la priorité donnée aux informations "de surface" a empêché la publication d'articles de fonds. Reprenons la chronique quotidienne de la vie des jeunes thalidomiens.

L'IMAGE PARENTS/NOUVEAU-NÉS DE LA THALIDOMIDE

Les familles ne se sont pas recroquevillées sur elles-mêmes et présentent l'originalité d'avoir su s'unir ou accentuer les échanges d'informations. Sans exception, dès la naissance de leurs enfants, les mamans se sont posé de nombreuses questions : « *Comment vais-je en prendre soin* » ou « *qui peut nous dire comment nous pourrions l'aider lorsqu'il grandira* ».

Les premières années, les enfants comme les parents développent des astuces incroyables pour pallier les réponses vagues et convenues des médecins de famille ; ceux-ci n'avaient pas vraiment de réponse à apporter aux questions "embarrassantes" des familles.

En définitive, ces problèmes reflètent l'impuissance de la science. En 1962, 1963 et 1964, elle n'avait aucune méthode pour remédier aux problèmes des petits enfants de la thalidomide.

Les deux exemples qui suivent vont mettre en évidence ce phénomène.

À Londres, Philippa Bradborne, qui est née sans bras, ramassait ses jouets avec ses orteils. La médication efficace que nous connaissons pour améliorer la vie de la petite était inexistante (ou presque). Les rares prothèses pour petits enfants étaient inadaptées et lourdes. Il ne restait que le fameux « système débrouille ».

Géraldine Mc Donnell, née sans jambes, aimait à jouer sur l'herbe et lorsqu'elle se penchait trop, elle tombait sur le côté et avait des difficultés pour se redresser. Les familles ne pouvaient s'accommoder de cette situation qui s'alourdissait au fil du temps.

L'année 1963 fut scandée par le désir des familles de se retrouver pour échanger sur les approches du handicap. En août 1963, une douzaine d'enfants britanniques de la thalidomide participèrent à une *garden-party* à St John's Wood. La vidéo est accessible sur le site Internet de la société *British Pathé*. Elle avait été organisée par l'épouse du maire de Londres, Lady Frederick Hoare, qui fonda l'œuvre pour les victimes de la thalidomide. Initiée en août 1962, elle avait collecté 90 000 livres de l'époque, soit 252 000 dollars, pour alimenter le fonds d'aide. Cette fête fut importante car elle permit pour

la première fois aux enfants de la thalidomide de rencontrer d'autres enfants de leur âge sans handicap. Quelques enfants restèrent près de leur maman et eurent quelques difficultés à se mêler aux autres enfants et contrecarrèrent les projets car ils riaient principalement avec les adultes ou seuls.

Par la suite, pour venir en aide au fonds de soutien aux victimes créé par Lady Hoare, d'autres manifestations furent organisées. Ainsi, lors de la commémoration le 15 juillet 1966 du Grand Incendie de Londres de 1666, les étudiants de l'*Imperial College* de Londres organisèrent une procession et firent une grande vente de balles à Queenshithe au profit du fonds.

Un autre grand projet mérite d'être mentionné. À la fin des années 1960, un club pour les enfants appelé le *Thalidomide Club* fut créé à Londres pour que les enfants se rencontrent chaque samedi entre 10 heures et 11 heures dans le Church Hall of St Pauls. Des bénévoles étaient présents pour transporter les enfants du bus au club et pour animer les ateliers de peinture ou de tennis de table.

Aux États-Unis, à Aurora dans le Colorado, le 23 décembre 1968, les résidents de la commune organisèrent une fête qui permit de collecter suffisamment d'argent en vue de couvrir les frais des opérations que devait subir une petite fille de la thalidomide âgée de 6 ans. Il s'agissait de Barbie Hanavan, qui fut soignée au *Ranchos Los Amigos Hospital* de Downey en Californie. Grâce aux généreux donateurs, elle subit en 1969, sept opérations qui lui sauvèrent la vie.

UN PEU D'INGÉNOSITÉ

La générosité et le désintéressement engagés donnèrent beaucoup d'espoir et de confiance, mais cela ne fut pas suffisant. Toutes les mamans ont eu à souffrir du regard des autres mères lorsqu'elles promenaient leurs enfants en poussettes ; la réflexion était sans cesse la même à savoir « *Avez-vous pris cette pilule ?* ». D'après les sources disponibles, nous savons que certains parents mirent en place des astuces. Ann Mills par exemple, une victime qui a fêté ses 50 ans en 2011 est née sans pouces et avec de petits bras. Elle déclarait qu'à sa naissance, comme sa maman se doutait que son écriture serait entravée, elle choisit un prénom court à sa fille à savoir Ann. Ce geste est révélateur de la bienveillance des parents à l'égard de leurs progénitures.

« ... à sa naissance, comme sa maman se doutait que son écriture serait entravée, elle choisit un prénom court à sa fille à savoir Ann. »

Les aides d'urgence et les engagements divers ont permis de surseoir aux manques de réponse des autorités dans certains États. Ailleurs, les mises en application d'interventions officielles ont été reprises par les médias. Ainsi, le journal *The Palm Beach Post* du 11 octobre 1963 annonçait qu'un décret

royal prévoyait que les enfants de la thalidomide belges seraient traités et éduqués au frais de l'État belge. N'est-ce pas une preuve suffisante de l'intérêt de la presse mondiale pour les enfants de la thalidomide et pour les États qui ont débloqué les situations sans tarder ?

DES ENFANTS PARFOIS REJETÉS

Il convient aussi de faire une place aux enfants rejetés par leurs parents. En vivant au plus près du drame, on s'aperçoit que la thalidomide avait causé des situations nouvelles dans les couples : soit ils étaient en crise, soit la mère entraînait en dépression. Dans ces cas, les petits étaient envoyés dans des centres d'accueil comme au *Chailey Heritage Hospital School*, au sud de Londres. En y regardant de plus près, les crises ne semblent cependant pas avoir été si nombreuses que cela. Pour preuve, en août 1963, ils étaient seulement 19 enfants de la thalidomide dans le centre londonien. Une chose est certaine, les mères ont toutes aimé leurs enfants.

Les efforts des associations ont été immédiatement soutenus et suivis tant par les autorités politiques que médicales dans tous les pays. Les dispositions édictées en Grande-Bretagne ont été trop nombreuses pour toutes les citer, mais certaines ont davantage marqué de leur empreinte la physionomie de la solidarité. C'est le cas du lancement, en novembre 1963, du projet en vue de créer un centre pour les enfants de la thalidomide dans une zone rurale à Gloucester. Le coût total du projet, qui devait accueillir 125 enfants, s'élevait à 300 000 livres.

UNE PERSPECTIVE NOUVELLE : AIDER LES ENFANTS GRÂCE AUX PROTHÈSES

Pour aider les enfants, on laissa très tôt la liberté de création de prothèses plus maniables aux chercheurs. Ils s'engagèrent à fournir de meilleurs équipements et ils tinrent leurs promesses. Voici quelques exemples.

En Grande-Bretagne. Au départ, au *Roehampton Artificial Limb Center*, les techniciens réalisaient des bras en plastique qui n'étaient pas pratiques. Les enfants ressemblaient à des poupées. Pour preuve, lors de la *garden-party* de Londres de 1963, une petite fille, Lorraine Evans, vint avec des prothèses et après une heure, sa mère les lui enleva et la petite sembla beaucoup plus heureuse. De fait, le *Nuffield Orthopedic Foundation Hospital* d'Oxford développa de nouvelles prothèses plus pratiques. L'un de ses éminents professeurs, Josef Trueta, observa qu'en Allemagne, les prothèses étaient posées aux enfants dès l'âge où ils faisaient leurs premiers pas. Il souhaita donc adopter cette méthode en Grande-Bretagne.

En Suède, ce fut le docteur Bengt Barr du *Karolinska Institute* qui s'occupa des enfants de la thalidomide. Il partagea sa riche expérience avec d'autres chercheurs lors de la conférence du 27 août 1963 qu'il donna à l'université Orson Spencer en Utah.

En Allemagne. L'université d'Heidelberg développa des prothèses plus évoluées avec un système utilisant du gaz comprimé. Le désir d'avoir de tels équipements existait certes dans les

« Les médecins de Los Angeles dégageurent une partie du péroné de l'enfant pour lui greffer au coude et lui rendre un avant-bras. »

esprits des parents, mais les difficultés matérielles ne permirent pas de répondre immédiatement à l'afflux de demandes. La priorité restait de pallier la pénurie de renseignements par la formation, en août 1962 par le père d'un petit enfant difforme, Karl Schulte-Hillen, d'une association pour promouvoir les échanges d'opinions sur les problèmes médicaux, psychologiques et éducationnels qui allaient se poser. Finalement, une première mesure ferme fut prise au début de l'été 1962. Le docteur Oskar Hepp, directeur d'un centre orthopédique de Munster, projeta d'équiper 290 enfants de prothèses.

Dans d'autres endroits comme aux États-Unis, les petits subirent des opérations. Ainsi, le 31 août 1962, un bébé de dix semaines fut opéré des membres pour lui rendre un aspect normal. Les médecins de Los Angeles dégageurent une partie du péroné de l'enfant pour lui greffer au coude et lui rendre un avant-bras. À l'automne 1962, le comité Kennedy pour l'emploi des personnes handicapées, travaillant main dans la main avec le Conseil national des inventeurs de Washington, créa une dynamique parmi les inventeurs en offrant une somme d'argent importante pour qu'ils inventent un fauteuil motorisé pour gravir les marches qui soit plus maniable que les précédents.

En septembre 1963, en Australie, des spécialistes des amputations prirent en charge une vingtaine d'enfants au *Royal Alexandra Children's Hospital* de Camperdown. Au premier chef des spécialistes se trouvait Miss Pamela Sheppard qui fit le tour des cliniques de Grande-Bretagne, d'Allemagne et des États-Unis pour comprendre comment se déroulait la prise en charge et venir en aide aux enfants australiens de la thalidomide. Elle étudia toutes les méthodes employées et constata qu'elles ne variaient pas grandement avec les méthodes mises en œuvre en Australie. Son principal problème fut de développer une méthode pour rendre les enfants aussi autonomes que possible et d'aider les familles à apprendre à leurs enfants à faire toutes les choses essentielles sans aucune aide. Il existait trois cliniques pour aider les enfants de la thalidomide en Australie : une à Sydney, une à Melbourne et la dernière à Brisbane.

Comme il était important de maintenir un esprit d'union entre les jeunes victimes de la thalidomide et la population, des personnalités ont célébré les bonnes actions comme en novembre 1963 lorsque la princesse Margareth visita un centre de réadaptation pour enfants de la thalidomide. •

Suite de l'article dans le N° 467
des *Dossiers de l'Obstétrique* (Mars 2017)

AGENDA EN BREF

10 MARS 2017

PARIS (3^e)

17^e Journée Nationale de l'Association Française pour la Contraception (AFC)
www.contractions.org
afc@contractions.org

23-24-25 MARS 2017

MARSEILLE (13)

22^{es} Journées de Médecine Fœtale
Thème: "Diagnostic en prise en charge pré et postnatale des pathologies fœtales"
www.jpcomb.com

23 AU 26 MARS 2017

LILLE GRAND PALAIS (59)

10^{es} Assises françaises de Sexologie et de Santé sexuelle
Thème: "La sexologie ça sert à quoi"
www.assises-sexologie.com/

25 MARS 2017

MARNE LA VALLÉE (77)

Assemblée générale et Colloque ANSFL 2017
Thème: "Autonomie"
<http://ansfl.org/agenda>

28-29 AVRIL 2017

MARRAKECH (MAROC)

11^{es} Journées Franco-Marocaines de gynécologie obstétrique et fertilité
<http://www.lesjfm.net>

17-18-19 MAI 2017

STRASBOURG (67)

45^{es} Assises Nationales des Sages-Femmes
www.cerc-congres.com

18. 19. 20 MAI 2017

MONACO

Hôtel Fairmont
Gyn Monaco
www.gyn-monaco.com/

6 JUIN 2017

PARIS (75)

Journées à thème du Collège National des Sages-Femmes
www.cerc-congres.com

14-15 & 29-30 JUIN 2017

PARIS 13^e

Hôp. Pitié Salpêtrière
1^{er} Congrès Maladies chroniques - Innovations et Qualité de Vie
14-15 juin : Maladies Cardio-vasculaires
29-30 juin : Diabète
<http://www.eska.fr>

SÉLECTION 2017

Master Santé Publique et Environnement PÉRINATALITÉ MANAGEMENT ET PÉDAGOGIE (P.M.P)

Pré-inscription en ligne sur le site de l'Université de Bourgogne

<http://sefca-umdpcs.u-bourgogne.fr/>

Onglet « S'inscrire – Pré-inscription à un diplôme »

DOSSIER DE CANDIDATURE

- Projet de formation, Curriculum vitae et lettre de motivation
- **Date de clôture** du dépôt du dossier de candidature: **30 AVRIL 2017**

CONTACTS

Karine GUESLARD, Responsable Pédagogique
☎ 03 80 39 34 98 | ✉ karine.gueslard@u-bourgogne.fr

SECRÉTARIAT

MARIE Isabelle | ☎ 03 80 39 34 66
✉ isabelle.marie@u-bourgogne.fr | ✉ master.pmp@u-bourgogne.fr

17^e JOURNÉE NATIONALE DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR LA CONTRACEPTION



10 MARS 2017

ESPACE SAINT-MARTIN
199 bis, rue Saint-Martin
75003 Paris

PROGRAMME

◆ 9h00-9h10
OUVERTURE DE LA JOURNÉE
Dr E. Aubény, Présidente de l'AFC

◆ 9h10-10h00
Évolution des composants œstrogéniques dans les contraceptifs
Dr C. Jamin,
Gynécologue endocrinologue, Paris

◆ 10h00-10h30
Quoi de neuf à l'horizon en contraception ?
Dr R. Sitruk Ware,
Endocrinologue de la reproduction,
Directrice exécutive de recherche et développement au centre du Population Council pour la recherche biomédicale, New York

◆ 10h30-11h00 **Pause-Café**

◆ 11h00-11h30
Plaidoyer pour la contraception masculine
Dr D. Serfati, Président de la Société Francophone de Contraception, Président d'Honneur de la Société Européenne de Contraception, Gynécologue, Paris

◆ 11h30-12h00
Le vécu des garçons et des hommes au regard de la contraception

M^{me} C. Giordanella,
Sexologue et formatrice en santé sexuelle
M^{me} S. Lebreuilly,
Sociosexologue et éducatrice en santé sexuelle

◆ 12h00-12h45
Réparer les femmes ayant subi des violences sexuelles
Dr D. Mukwege - Congo (sous réserve)

◆ 13h00-14h15 **Déjeuner libre**

◆ 14h15-14h30
Nouvelles de l'AFC

◆ 14h45-15h15
Le DES à travers les générations
Pr M. Tournaire, Gynécologue obstétricien, Paris

◆ 15h15-15h45 **Pause-Café**

◆ 15h45-16h30
Devons-nous accepter l'avortement comme méthode de contraception ?
M^{me} A. Furedi,
Directrice du British Pregnancy Advisory service, auteur du livre "The moral case of abortion"

◆ 16h30-17h00
Bilan du dispositif Essure
Professeur P. Lopes,
Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU de Nantes

RENSEIGNEMENTS

AFC - 5 place Jussieu - 75005 Paris

☎ 06 95 12 94 18

🌐 www.contractions.org

✉ afc@contractions.org

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

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



FORMATIONS ANSFL 2017

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

www.ansfl.org TARIFS, DATES, ADHÉSION

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

L'échographie et les examens complémentaires dans le suivi de la grossesse normale
Intervenantes/Evelyne Rigaut (SF-Échographiste) - Lorraine Guénédal (Biologiste)

- 21-22 sept 2017 à Paris

La sexologie dans l'accompagnement de nos patientes et de leurs conjoints
Intervenante/Nicole Andrieu (SF)

Dates: www.ansfl.org

La consultation de contraception et de gynécologie de prévention
Intervenante/Annie Sirven (SF)

- Lieu: St Germain Mont D'Or (près de Lyon)
- Session I: 6-7-8 sept 2017
- Session II (Pré-requis: suivi de la session I) 14-15-16 mars 2017

Eutonie: rééducation en post-natal
Intervenante/Martine Gies (SF)

- Lieu: St Germain Mont D'Or (près de Lyon)
- Session I: Découverte 12-13 juin 2017
- Session II: Les pathologies urinaires (Pré requis: suivi de la session I) 1-2 juin 2017 - 19-20 oct. 2017
- Session III: Retrouver la mobilité et le dynamisme (Pré requis: suivi de la session II) 28-29 septembre 2017
- Session IV: Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre 23-24 déc. 2017

L'installation en libéral
Intervenante/Laurence Platel (SF).

- 17 juin 2017 à Nantes

Toutes nos formations peuvent être prises en charge par le FIF-PL

Initiation à la pensée critique les sages-femmes
Intervenante: Amélie Battaglia - Formatrice

- 10-11 juin 2017 à St Germain Mont D'Or (près de Lyon)

Accompagnement vers la naissance et la parentalité
Intervenante/Odile Tagawa (SF)

- Session I: Prénatal • Session II: Postnatal

FORMATIONS PROPOSÉES SEULEMENT EN "GROUPE CONSTITUÉ"

La pratique libérale: cadre réglementaire et cotations
Intervenante/Laurence Platel (SF).

Accompagnement vers la naissance et la parentalité
Intervenante/Odile Tagawa (SF)

- Session I: Prénatal • Session II: Postnatal

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

Pratiquer dès le lendemain du séminaire



Institut Naissance & Formations



Calendrier 2017

Connaissance & Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh
Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

PROGRAMME EN 3 ÉTAPES

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

Niveau 1

- Nanterre (92) - Espace Chevreul
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 15 au 18 mai et du 19 au 22 juin
- Vergèze (30) - La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques
- du 14 au 17 mars et du 11 au 14 avril
- St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 13 au 16 mars et du 10 au 13 avril
- du 15 au 18 mai et du 12 au 15 juin

Niveau 2

- Nanterre (92) - Espace Chevreul
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 20 au 23 mars et du 24 au 27 avril
- Vergèze (30) - La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques
- du 9 au 12 mai et du 6 au 9 juin

Travail Corporel autour de la CMP

- 1^{re} et 3^e étapes non présentiels
- 2^e étape présentielle de 4 jours
- Pré requis: Formation CMP
- Région parisienne (lieu à définir) prochaines dates à venir
Formatrice: Corinne Roques
Programmation en région possible. Nous contacter.

Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

- Durée: 3 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- Paris 18^e
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 27 au 29 mars 2017
- 25 au 27 septembre 2017

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



Formations en haptonomie

CIRDH FRANS VELDMAN

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

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

- **Accompagnement haptonomique pré et post-natal**
Il favorise la maturation de la relation triangulaire affective entre la mère, le père et l'enfant. Il permet de faire découvrir aux parents une manière d'être favorable au bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance. Il accompagne le développement psychomoteur et affectif de l'enfant jusqu'à la marche acquise.
Cette formation est accessible aux sages-femmes, obstétriciens, médecins généralistes, pédiatres et aux psychologues cliniciens travaillant en périnatalité.
L'hapto-obstétrique® est orientée sur la naissance haptonomique, accessible aux sages-femmes et aux obstétriciens.
- **D'autres formations sont orientées vers les divers secteurs de la santé**
(l'accès est déterminé en fonction de la profession exercée):
Haptopsychothérapie, haptosynésie, haptopédagogie, haptopuériculture®.

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

RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTIONS

Tél.: 01 42 01 68 20

Mail: cirdhfv@haptonomie.org

www.haptonomie.org





Medic Formation

Formation professionnelle continue médicale



OGPC habilité à dispenser des programmes de DPC



L'ACCOUCHEMENT ET SA PRÉPARATION

- Accompagner la grossesse et l'accouchement par le toucher relationnel
- Accoucher en confiance avec la méthode Bonapace
- Préparation à la naissance et à la parentalité
- Qi Gong outil pratique pour la sage-femme
- Réfection des déchirures périnéales et épisiotomies **INTRA**
- Eutonie du prénatal au postnatal immédiat
- Yoga en périnatalité



HYPNOSE PÉRINATALE

- Communication hypnotique en milieu médical
- Hypnose périnatale – Technicien 1
- Hypnose périnatale – Technicien 2
- Hypnose périnatale – Praticien
- Hypnose de groupe et préparation à la naissance
- Hypnose : outils d'accompagnement du couple **NOUVEAU** et de la parentalité
- Hypnose médicale et périnatalité **INTRA**
- Hypnose médicale et analgésie-anesthésie **INTRA**



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
- Prévention des troubles du sommeil chez le tout-petit
- Rééducation périnéale
- Rééducation périnéale approfondissement

PRISE EN CHARGE POSSIBLE → ANDPC → FIF-PL → Crédit d'impôts

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

Medic Formation à vos côtés

47
FORMATEURS

69
THÈMES DE FORMATION EN 2017

7
ANS À VOS CÔTÉS



FORMATIONS EN INTRA

Nos formations peuvent être organisées au sein de votre établissement et adaptées à vos besoins.

NOUS CONTACTER POUR UN DEVIS

À nouveau disponible
2^e tirage - Prix public 55 €
au lieu de 85 €
à compter du 10/02/2017

la contraception

David Serfaty

45 auteurs prestigieux
ont rédigé l'ouvrage
de référence • 656 pages
Format 13x21 cm

CHAPITRE 1 : RÉGULATION DES NAISSANCES EN FRANCE *D. Serfaty*
CHAPITRE 2 : HISTOIRE DE LA CONTRACEPTION *J.-J. Amy, R. Dreyfus*
CHAPITRE 3 : HORMONOLOGIE

3.1 Estrogènes *N. Bourcigaux, S. Christin-Maitre*
3.2 Progestatifs *N. Bourcigaux, S. Christin-Maitre*
3.3 Gonadotrophines *R. Gabriel, S. Christin-Maitre*
3.4 Prolactine *G. Robin, D. Dewailly*

CHAPITRE 4 : PHYSIOLOGIE DU CYCLE MENSTRUEL, FÉCONDATION
ET IMPLANTATION DE L'ŒUF *R. Gabriel, S. Christin-Maitre*

CHAPITRE 5 : EXAMEN CLINIQUE D'UNE FEMME CONSULTANT
POUR CONTRACEPTION *D. Serfaty*

CHAPITRE 6 : CONTRACEPTION HORMONALE

6.1 Contraception hormonale estroprogestative
6.1.1 Pilules estroprogestatives *D. Serfaty, R. Gabriel*
6.1.2 Anneau vaginal contraceptif estroprogestatif à
l'étonogestrel *D. Serfaty*

6.1.3 Dispositif contraceptif transdermique hebdoma-
daire à la norelgestromine (Evra) *D. Serfaty*

6.2 Contraception progestative

6.2.1 Contraception progestative orale et injectable
D. Serfaty

6.2.2 Implant contraceptif à l'étonogestrel *A. Fèvre,
L. Guédra, D. Serfaty, O. Graesslin*

6.3 Modifications des lipides plasmatiques et contrac-
tion hormonale *L. Foubert*

6.4 Métabolisme glucidique et contraception hormonale
D. Vexiau, J.-F. Gautier, P. Vexiau†

6.5 Hémostase, thrombose veineuse et contraception hor-
monale *J. Conard*

6.6 Tabac et contraceptions *C. Jamin*

6.7 Risque vasculaire de la contraception hormonale
orale *P. Bouchard*

6.8 Contraception et cancers *M. Espié*

6.9 Foie, intestins et contraception *F. Scheffler*

6.10 Interférences médicamenteuses et contraception hormonale
C. Rousset-Jablonski

CHAPITRE 7 : DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS
D. Serfaty

CHAPITRE 8 : CONTRACEPTION VAGINALE

8.1 Diaphragmes et capes cervicales *D. Serfaty*

8.2 Préservatif féminin *C. Rousset-Jablonski*

8.3 Spermicides *D. Serfaty*

8.4 Éponges vaginales contraceptives *D. Serfaty*

CHAPITRE 9 : MÉTHODES DE CONTRACEPTION BASÉES SUR LA
CONNAISSANCE DE LA FÉCONDITÉ *OMS*

CHAPITRE 10 : CONTRACEPTION MASCULINE

10.1 Physiologie de l'appareil génital masculin *J. Belaisch*

10.2 Préservatif masculin *C. Rousset-Jablonski, D. Serfaty*

10.3 Contraception hormonale masculine *V. Bernard, S. Christin-Maitre*

CHAPITRE 11 : CONTRACEPTION D'URGENCE *D. Serfaty*

CHAPITRE 12 : INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

12.1 Aspects épidémiologiques et cliniques *J.-M. Bohbot*

12.2 Contraception et infections sexuellement transmissibles *D. Serfaty*

12.3 Infections génitales hautes et contraception : prévention, diagnostic et traite-
ment *P. Judlin*

CHAPITRE 13 : CONTRACEPTION DES CAS PARTICULIERS

13.1 Contraception des adolescentes *D. Serfaty*

13.2 Contraception des femmes au-delà de 35-40 ans *D. Serfaty*

13.3 La contraception dans le post-partum *G. Robin, F. Graizeau-Robin*

13.4 La contraception dans le post-abortum *P. Faucher*

13.5 Contraception des femmes diabétiques *S. Christin-
Maitre*

13.6 Contraception des femmes dyslipidémiques
L. Foubert

13.7 Contraception chez les cardiaques *Ph. Abastado*

13.8 Contraception de la femme obèse *S. Christin-Maitre*

13.9 Insuffisance rénale et contraception

C. Pélissier-Langbort

13.10 Contraception des femmes atteintes de connecti-
vites *A. Gompel*

13.11 Pathologies bénignes de l'utérus et contraception
A.-L. Rolland, G. Robin

13.12 Endométriose et contraception *D. Serfaty*

13.13 Grossesses molaïres, tumeurs trophoblastiques ges-
tationnelles et contraception *J. Attia, F. Golfier,
D. Raudrant*

13.14 Contraception et syndrome des ovaires polymicro-
kystiques *S. Cateau-Jonard, D. Dewailly*

13.15 Mastopathies bénignes et contraception

A.-S. Hamy-Petit, D. Serfaty

13.16 Acné, chloasma, mélanome et contraception

D. Lehuher-Ceyrac

13.17 Contraception de la femme hyper androgénique
S. Christin-Maitre

13.18 Contraception et handicap mental *P. Bénos*

13.19 Contraception et drépanocytose *J.J. Amy*

13.20 Contraception et angioedèmes à bradykinines *A. Gompel*

13.21 Contraception des sportives *C. Maître*

13.22 Os et contraception hormonale *C. d'Arcangues*

13.23 Espacement idéal des naissances et contraception *J.-J. Amy*

13.24 Effets bénéfiques non contraceptifs de la contraception *I. Lété,
S. Guerra, J. M. Marín, C. Cuesta*

CHAPITRE 14 : CONTRACEPTION ET SEXUALITÉ *S. Mimoun*

CHAPITRE 15 : CONTRACEPTION ET FERTILITÉ ULTÉRIEURE

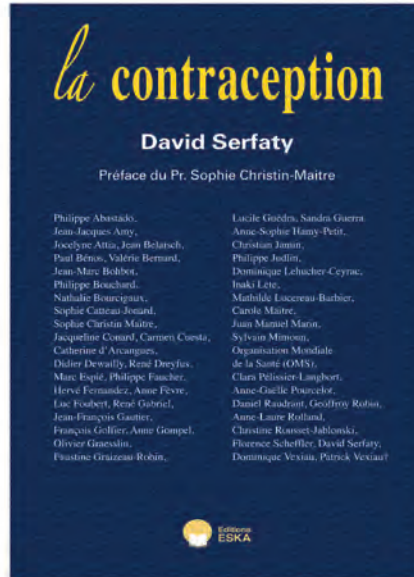
L. Guédra, A. Fèvre, M. Lucereau-Barbier, O. Graesslin

CHAPITRE 16 : CONTRACEPTION DÉFINITIVE FÉMININE ET MASCU-
LINE *H. Fernandez, A.G.- Pourcelot*

CHAPITRE 17 : CHOIX ET SURVEILLANCE D'UNE CONTRACEPTION

D. Serfaty

CHAPITRE 18 : CONTRACEPTION DU FUTUR *D. Serfaty*



L'OUVRAGE DE RÉFÉRENCE INDISPENSABLE À LA PRATIQUE QUOTIDIENNE DE LA SAGE-FEMME

Bon de commande : Je désire commander exemplaire(s) de l'ouvrage : « LA CONTRACEPTION » de D. Serfaty,
ISBN 978-2-7472-2310-2 au tarif de 55 € + 1 € de frais de port par volume, soit €

Je joins mon règlement à l'ordre des EDITIONS ESKA par :

Chèque à l'ordre des Editions ESKA

Virement bancaire aux Editions ESKA - BNP Paris Champs Elysées 30004 / 00804 / compte : 00010139858 / 36

Carte bancaire VISA Mastercard

N°

Date d'expiration / .. / .. / ..

Signature :

Nom Prénom

Adresse.....

Ville Code postal email

Veillez retourner votre bon de commande accompagné de votre règlement à : Editions ESKA

12, rue du Quatre-Septembre - 75002 PARIS - Tél : 01 42 86 55 75 - Fax : 01 42 60 45 35 - Email : adv@eska.fr - www.eska.fr

Contraception orale

Pour elles,
**la gamme
Pfizer**

de 2^{ème} génération⁽¹⁾
au lévonorgestrel



+ de
25 ans
d'expérience

Recommandées en 1^{ère} intention⁽²⁾

en tant que pilules estroprogestatives de 2nde génération
lorsqu'une contraception orale estroprogestative a été choisie



minidril[®]

Lévonorgestrel 0,150mg
Ethinylestradiol 0,030mg

Contraception hormonale orale

Monophasique*

*Résumé des caractéristiques du produit Minidril

Minidosée*

1 boîte de 1 plaquette : 1,47 € TTC
1 boîte de 3 plaquettes : 3,79 € TTC



Adepal[®]

Lévonorgestrel/Ethinylestradiol :
0,150mg/0,030mg-0,200mg/0,040mg

Contraception hormonale orale

Biphasique*

*Résumé des caractéristiques du produit Adepal

Minidosée*

1 boîte de 1 plaquette : 1,47 € TTC
1 boîte de 3 plaquettes : 3,79 € TTC



Trinordiol[®]

Lévonorgestrel/ Ethinylestradiol :
0,050mg/0,030mg-0,075mg/
0,040mg-0,125mg/0,030mg

Contraception hormonale orale

Triphasique*

*Résumé des caractéristiques du produit Trinordiol

Minidosée*

1 boîte de 1 plaquette : 1,47 € TTC
1 boîte de 3 plaquettes : 3,79 € TTC

L'UTILISATION DE TOUT CONTRACEPTIF HORMONAL COMBINÉ (CHC) AUGMENTE LE RISQUE THROMBOEMBOLIQUE VEINEUX PAR RAPPORT À UNE NON-UTILISATION (cf. 4.1, 4.3 et 4.4 du RCP)

Un document d'aide à la prescription a été élaboré pour vous accompagner lors de vos consultations relatives aux CHC, disponible sur demande auprès du laboratoire Pfizer (www.pfizer.fr, rubrique Médicaments Pfizer) ou sur le site www.ansm.sante.fr (12/02/2014).

Prix alignés au TFR - Remboursement Sécurité Sociale 65%**

(1) <http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Quelle-est-la-situation-actuelle-des-pilules-estroprogestatives-en-France>

(2) <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Contraceptifs-oraux-combines-et-risque-de-thrombose-veineuse-prescription-des-pilules-de-2e-generation-contenant-du-levonorgestrel-en-premiere-intention-Point-d-information>

** Tarif Forfaitaire de Responsabilité

Pour accéder aux mentions légales du médicament, suivez ce lien : <http://base-donnee-publique-medicaments.gouv.fr/>





GRANDIR NATURE

Votre partenaire de confiance pour accompagner les mamans allaitantes

Numéro dédié aux professionnels : 03 88 50 07 99



Grandir Nature est devenu en 10 ans la référence pour la location de tire-lait et le soutien aux mamans allaitantes.

Nos 10 modèles¹ hospitaliers et compacts sont à un tarif unique de 12,07² € par semaine et sont livrés dans toute la France sous 48 h.



Valérie, notre consultante en lactation et son équipe de conseillères sont à votre service pour toute question concernant l'allaitement ou l'utilisation du matériel :

Consultante-lactation@grandir-nature.com



NUMÉRO DÉDIÉ AUX MAMANS
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

N° Vert 0 800 622 833

DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H15 À 19H00



GRANDIR NATURE
aider les mamans



leblogallaitement.com

www.grandir-nature.com

¹ Tous nos tire-lait électriques sont des dispositifs médicaux de classe IIa qui portent au titre de cette réglementation le marquage CE.

² 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