

LES **DO**

LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE



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

474 NOVEMBRE 2017

44^e année ISSN 0767-8293



DOSSIER
**Le Grand Prix evian
2017 des Écoles de
Sages-Femmes**

REPORTAGE

**Journée d'information sur le Frottis vaginal à
l'École de Sages-femmes d'Amiens**

PUBLICATION

**Mise en place d'une consultation hypnose médicale
à la Maternité des Hôpitaux Drôme Nord**

FICHE TECHNIQUE

Maltraitance chez l'enfant : repérage et conduite à tenir

ÉTUDE

**Enquête nationale périnatale 2016 : Les naissances
et les établissements - Situation et évolution depuis 2010**



Les tire-laits personnels Medela :

Les alliés des Mamans pour prolonger la durée de l'allaitement

Avec la gamme de tire-laits à l'achat Medela, concilier allaitement et reprise d'activités devient un jeu d'enfant ! Que ce soit pour stimuler la production de lait, reprendre une activité professionnelle ou impliquer le Papa dans l'allaitement maternel, ces produits répondent à tous les besoins des Mamans.



Harmony™

Tire-lait manuel



Swing™

Tire-laits électriques



Swing Maxi™



Freestyle®

Ces tire-laits intègrent la **technologie 2-Phase Expression®**, qui imite le rythme naturel de succion du bébé, pour permettre aux mères d'exprimer davantage de lait en moins de temps.



Grâce au **double pompage**, les Mamans peuvent exprimer jusqu'à 18 % de lait en plus, par rapport à l'utilisation d'un tire-lait simple¹.



Medela France

Mai 2017

1. Prime DK, Garbin CP, Hartmann PE and Kent JC. A comparison of simultaneous and sequential breast expression in women. Présentation effectuée lors de la 15e conférence internationale de l'International Society for Research in Human Milk and Lactation. Lima, Pérou ; Oct. 8-11, 2010 (soumis pour publication)

Ces produits sont des dispositifs médicaux de classe IIa, CE0123 Lire attentivement la notice et demandez conseil à un professionnel de santé.
Régime de remboursement : Achat d'un tire-lait personnel simple pompage 1155064 ou double pompage 1183534.

Medela France
14 rue de la Butte Cordière
91150 Etampes
info@medela.fr
www.medela.fr

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF

Benoît LE GOEDEC, Sage-femme

SAGE-FEMME

Christine BUZENET, Sage-femme

CONCEPTION GRAPHIQUE

AGPA Éditions

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

MARKETING - CONGRÈS ET PUBLICITÉ

Serge KEBABTCHIEFF et Adeline MARÉCHAL
serge.kebabtchieff@eska.fr et congres@eska.fr -
Tél. 01 42 86 55 65

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Laura BERGAMASCHI - École de Sages-femmes de Rouen
Roxanne BOURGEOIS - École de Sages-Femmes de Paris Saint-Antoine
Manon CATTET - École de Sages-femmes de Nice
Adélaïde COSMO - École de Sages-femmes de Montpellier
Corinne PRUNIAUX, Sage-femme hypnopraticienne
Hôpitaux Drôme-Nord, Site de Romans-sur-Isère (26)
Flora MICHEL - École de Sages-femmes de NANCY
Lucyle MOSER - École de Sages-Femmes de Strasbourg
Ignatius VAN NEERVEN, Philosophe, Théologien,
Université de Tilburg, La Haye (Pays-Bas) et Paris
Marie-Paule STÉPHAN, Conception, réalisation,
suivi du numéro

FONDATEUR DE LA REVUE

JEAN OSSART

ÉDITION

agpaedit@eska.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS

adv@eska.fr

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF

PUBLICITÉ - CONGRÈS - COMMUNICATION

Adeline MARÉCHAL - Tél. 01 42 86 55 69
congres@eska.fr
Serge KEBABTCHIEFF - Tél. 01 42 86 55 66
serge.kebabtchieff@eska.fr

Éditions ESKA

12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris
Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35
<http://www.eska.fr>

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

Vente au numéro 8,50 euros

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

Revue adhérente au S.N.P.M., membre de la F.N.P.S.
Commission paritaire n° 0217 T 81395
Signataire de la Convention U.D.A. S.N.P.M.
Dépôt légal : Novembre 2017

SOMMAIRE

474 - NOVEMBRE 2017

02 **ÉDITO**
Hommage à
Françoise Héritier
BENOÎT LE GOEDEC

04 **REPORTAGE**
Journée d'information sur
le Frottis vaginal à l'École de
Sages-femmes d'Amiens
BENOÎT LE GOEDEC

08 **PUBLICATIONS**
Mise en place d'une consultation
hypnose médicale à la Maternité
des Hôpitaux Drôme Nord
CORINNE PRUNIAUX



33 **FICHE TECHNIQUE**
Maltraitance chez l'enfant :
repérage et conduite à tenir
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

35 **ÉTUDE**
Enquête nationale
périnatale 2016
Les naissances et les
établissements
Situation et évolution
depuis 2010

40 **ACTUALITÉ**

41 **COMMUNIQUÉS**

43 **KIOSQUE**

44 **HISTOIRE**
Shifra et Poua ou des
sages-femmes dans la Bible
IGNATIUS VAN NEERVEN

45 **AGENDA**



45 **FORMATIONS**

14 **DOSSIER LE GRAND PRIX EVIAN 2017
DES ÉCOLES DE SAGES-FEMMES**



15 **La baignoire de dilatation en
salle de naissances
pour qui ? Comment ?**
LUCYLE MOSER,
ÉCOLE DE STRASBOURG

prématurée des membranes
à terme
FLORA MICHEL, ÉCOLE DE NANCY

18 **Les perceptions du périnée
par le dessin dans le
post-partum, chez les femmes
ayant eu une épisiotomie**
ROXANNE BOURGEOIS,
ÉCOLE DE SAINT-ANTOINE

26 **Étude sur la promotion du
don du lait auprès de 342
femmes allaitantes**
LAURA BERGAMASCHI,
ÉCOLE DE ROUEN

20 **Vaccin anti-HPV et étudiants
sages-femmes**
MANON CATTET, ÉCOLE DE NICE

28 **Prise de poids excessive et
qualité de vie chez
des femmes primipares
d'indice de masse corporelle
normal avant la grossesse**
ADÉLAÏDE COSMO,
ÉCOLE DE MONTPELLIER

24 **La prise en charge des
patientes primipares
présentant une rupture**

LES ANNONCEURS

C2 Medela
C3 Forum Sein 2018
C4 Grandir Nature

13 Nebilia
45 Association Nationale
Natation & Maternité

46 NFERAIDO
46 Institut Naissance
& Formation

46 ANSFL
47 Médicoformation

Photo de couverture ©evian

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

ABONNEMENTS DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

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

Hommage à Françoise Héritier

Françoise Héritier, grande anthropologue, intellectuelle, est morte dans la nuit du 14 au 15 novembre. Françoise Héritier a succombé à une rupture de l'aorte, à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris alors qu'elle était atteinte d'une maladie rare depuis 1983.

Elle était pourtant encore présente quelques jours avant sur la scène publique.

Françoise Héritier était brillante et était mondialement reconnue pour ses travaux et son parcours, au-delà d'un cursus universitaire classique. Preuve que tous les diplômés ne font pas les compétences.

Elle était femme de courage et d'engagement, notamment auprès des droits des femmes et du besoin de se débarrasser de la domination masculine.

Elle a, sur ces sujets et ceux de la parenté, régulièrement collaboré aux *Dossiers de l'Obstétrique*, toujours avec bienveillance et modestie, sans jouer de sa notoriété. Ses écrits et ses travaux ont ainsi toujours été pour nous sources de réflexions et d'éclairage.

Ses domaines de recherche ont été les rapports entre le masculin et le féminin, la différence des sexes et la domination masculine. Mais aussi les liquides corporels – lait, sang et sperme – la contraception ou même l'inceste.

Sa réflexion et ses recherches, ses prises de parole serviront encore longtemps la lutte féministe. Elle s'en défendait pourtant. « Ah non, pas moi... » disait-elle. Mais elle se définissait comme rebelle.

Françoise Héritier a dévoilé les fondements anthropologiques de l'inégalité entre les sexes et déconstruit ainsi les arguments biologiques de la domination masculine. C'est l'universalité de cette domination masculine qui l'a intéressée. Elle a démontré que les différences physiques entre les femmes et les hommes n'étaient pas des données biologiques naturelles mais des différences construites et imposées par l'homme depuis l'ère de Néandertal, notamment liées au fait que ce dernier a voulu s'approprier le ventre des femmes¹.

« En fait, disait-elle, il n'y a qu'une seule différence de « nature » entre hommes et femmes : la capacité d'enfantement. C'est bien ce « pouvoir exorbitant », cette faculté de porter les deux sexes qui va entraîner la mise sous tutelle des femmes. Une domination symbolique, culturelle, politique, économique. Tout sauf d'origine biologique ».

Elle a contribué à faire le lien entre anthropologie de la parenté et anthropologie du genre, en travaillant sur l'anthropologie symbolique des substances. Et elle a écrit une nouvelle page de l'anthropologie.

« Il n'y a qu'une seule différence de « nature » entre hommes et femmes : la capacité d'enfantement. »

Elle se destinait à l'histoire quand elle devient l'élève de l'anthropologue Claude Lévi-Strauss. Elle postule à un poste qui lui est refusé en tant que femme. N'ayant pas d'autre candidat, elle finit par l'obtenir et part étudier la parentalité en Afrique. Directrice d'étude de l'EHESS, elle lui a succédé au Collège de France à la tête de la chaire d'anthropologie. En 1983 elle donne sa leçon inaugurale au Collège de France.

Elle est la première anthropologue femme à entrer dans cette institution. En 1989, François Mitterrand la nomme présidente du Conseil national du Sida. Il voulait un regard de sciences humaines et ses travaux sur les liquides corporels la désignaient... Plus tard, elle fera partie du Comité consultatif national d'éthique.

Françoise Héritier était toujours présente et elle affirmait très récemment, au journal *Le Monde*, à propos de l'affaire Weinstein : « Que la honte change de camp est essentiel. Et que les femmes, au lieu de se terrer en victimes solitaires et désemparées, utilisent le #MeToo d'Internet pour se signaler et prendre la parole me semble prometteur. C'est ce qui nous a manqué depuis des millénaires : comprendre que nous n'étions pas toutes seules ! Les conséquences de ce mouvement peuvent être énormes. À condition de soulever non pas un coin mais l'intégralité du voile, de tirer tous les fils pour repenser la question du rapport entre les sexes, s'attaquer à ce statut de domination masculine et anéantir l'idée d'un désir masculin irrépressible. C'est un gigantesque chantier ».

Ainsi que sur France 5 dans *La Grande librairie*, le 9 novembre dernier : « Je crois qu'il est important que la parole des femmes soit portée sur la place publique comme une chose normale, une chose qui va de soi.

On peut travailler sur les salaires, sur le savoir-vivre. Mais ce qui est inculqué à l'enfant, dès sa petite enfance, sur les rapports de sexe, va le poursuivre toute sa vie. Changer ces représentations est une œuvre collective qui ne peut passer que par l'action. La seule manière d'y arriver c'est de faire prendre conscience. Et de ce point de vue, le mouvement actuel permet de faire prendre conscience d'un des aspects. » •

1. Lire *Masculin-Féminin I*, Odile Jacob, 1996, et *Masculin-Féminin II*, Odile Jacob, 2002.

05/06

FEV. 2018

PALAIS DES CONGRES
ISSY LES MOULINEAUX

16^e Journées du Collège National des Sages-Femmes de France



CNSF
Collège National
des Sages-Femmes
de France

PROGRAMME *

Lundi 5 février

- 9 : 00 Ouverture des journées**
**VIOLENCES OBSTÉTRICALES :
SUR LE CHEMIN DE LA BIENTRAITANCE**
Modérateurs : S. GUILLAUME - Intervenant CIANE
- De quoi parle t-on ? M. DECHALOTTE
 - Qu'observe t-on dans les pratiques médicales - P. MILLET
 - Améliorer l'accueil du nouveau-né : bénéfices des stimulations multimodales - L. VAIVRE-DOURET
- 10 : 30 Pause et visite des stands**
- 11 : 00** *Modérateur : S. PAYSANT*
- Questionnaire sur le vécu de l'accouchement - M-J. GUITTIER
 - Présentation de l'étude EOLE - C. BARASINSKI
- 12 : 30 Déjeuner libre**
- 14 : 00** *Modérateur : A. WEBER*
- Présentation des prix du CNSF et de la fondation Mustela
 - Enquête Périnatal 2016 : les principaux indicateurs - B. BLONDEL
 - Rapport sur la mortalité maternelle - C. DENEUX-THARAUX
 - Où en est la recherche en maïeutique en France ? S. GOYET
- 15 : 30 Pause et visite des stands**
- 16 : 00** *Modérateur : Anne BATTUT*
- Actualité sur la rééducation pelvi - périnéale : les nouvelles recommandations internationales de l'ICS : de l'anténatal au postnatal - F. HAAB - A. BOURCIER
 - Périnée - sport et rééducation périnéale - C. MAITRE
- 17 : 30 Fin de la journée**

Mardi 6 février

- 9 : 00 ACCOUCHEMENT NORMAL OU PHYSIOLOGIQUE,
RECOMMANDATIONS HAS - 1^{ère} Partie**
Modérateurs : S. GUILLAUME - J. LAVILLONIERES - B. HEDON
- Définitions : accouchement normal, accouchement physiologique - K. PETITPREZ
 - Prise en charge des phases de latence et de dilatation - C. LE RAY
 - Prise en charge des phases de descente, d'expulsion et du post-partum - V. LEJEUNE
 - Surveillance de la mère et du fœtus pendant le travail M. NADJAFIZADEH
- 10 : 30 Pause et visite des stands**
- 11 : 00** 2^{ème} Partie
- Prise en charge médicamenteuse de la douleur - A-S. DUCLOY
 - Prise en charge non médicamenteuse de la douleur - C. SCHANTZ
 - Bien - être maternel au cours du travail - F. PIZZAGALLI
 - L'information des patientes - C. BERNARD - F. ARTZNER
- 12 : 30 Déjeuner libre**
- 14 : 00 PROJET TRAJECTOIRES PRECARITE SANTE
MATERNELLE ET PERINATALITE**
Modérateur : V. TESSIER
- Précarité maternelle et suivi prénatal sous optimal - E. AZRIA
 - Soins de la grossesse : une véritable (en)quête des femmes R. RICO-BERROCAL
 - Soins différenciés aux africaines : le cas de l'HTA pendant la grossesse - P. SAUVEGRAIN
- 15 : 30 Pause et visite des stands**
- 16 : 00** *Modérateur : F. TEURNIER*
- RPC sur la prise en charge de l'Herpes au cours de la grossesse M-V. SENAT
 - L'actualité sur l'infection congénitale à CMV - Y. SELLIER - M. LERUEZ
- 17 : 00 Clôture des journées**

* Sous réserve de modification

Lundi 5 février de 12h30 à 14h00
SYMPOSIUM A VENIR

Mardi 6 février de 12h30 à 14h00
SYMPOSIUM A VENIR

Des ateliers en sessions parallèles vous seront proposés
Plus de détails sur www.cerc-congres.com

Renseignements et inscriptions : Cerc-Congrès
17 rue Souham - 19000 TULLE | Tél. 05 55 26 18 87 | Mail : inscription@cerc-congres.com
N° De formation du CNSF : 1194062794

Journée d'information sur le Frottis vaginal à l'École de sages-femmes d'Amiens

L'École de sages-femmes d'Amiens et la Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale ont organisé une journée spécifique sur le frottis vaginal pour les sages-femmes dont nous vous avons transmis dans le dossier du mois dernier les interventions scientifiques. Madame Poulain, directrice, et Monsieur le Professeur Gondry nous en racontent la genèse.



MADAME POULAIN

L'idée est ancienne. N'ayant pas de sage-femme en consultations prénatales au CHU d'Amiens, le chef de service m'avait interpellée à ce sujet lors d'un échange. J'ai introduit une sage-femme de l'école qui a ouvert les consultations aux sages-femmes.

Moi-même, en tant que directrice, j'assure une consultation par semaine, ainsi que les enseignantes. L'école a douze vacations au CHU et fait ainsi partie de l'équipe soignante à part entière en consultations prénatales et en consultations gynécologiques.

Quand les compétences se sont élargies, j'ai été interpellée par la technique et les retours de résultats. Or il manquait des notions pour l'interprétation.

Et les sages-femmes ont l'habitude de voir les cols de l'utérus. Cet aspect était mal enseigné avant l'ouverture des nouvelles compétences.

Nous avons donc élaboré une formation avec beaucoup d'iconographies du col ainsi que l'interprétation de l'image et des résultats des examens et que faire avec cette interprétation car les sages-femmes sont une courroie de transmission entre la patiente et le gynécologue en cas de dépistage d'anomalies.

Le chef de service, en amont, fait cours aux étudiants sages-femmes. Il est aussi directeur technique de l'école



NOUS ALLONS CONTINUER CAR LES SPÉCIALISTES SONT CONTENTS D'ÊTRE INTERVENUS ET LES PARTICIPANTS TRÈS SATISFAITS. NOUS AVONS EU PLUS D'UNE CENTAINE DE SAGES-FEMMES.

Photo: SFCPCV



M^{me} POULAIN,
Directrice de l'École
de sages-femmes
d'Amiens

Photo: SFCPCV

et président de la Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale. Nous avons entre nous des liens étroits. Il était très intéressé par cette formation.

Il recevait en effet beaucoup de demandes de sages-femmes pour s'inscrire aux journées de formation de sa société savante. Mais ce congrès ne lui semblait pas bien adapté car conçu pour les médecins, il était très dirigé vers la pathologie. Nous avons donc mis sur pied cette journée dédiée aux sages-femmes.

Travaillant beaucoup dans notre unité de simulation, l'école s'est par ailleurs beaucoup engagée dans la formation continue.

Pour ce thème, la simulation n'est pas possible, à part pour montrer des images. Nous avons donc travaillé aussi en petits groupes afin d'avoir la plus grande réactivité possible.

D.O. Cette formation est à vocation nationale ? Comment avez-vous fait pour contacter les sages-femmes ?

C'était un peu difficile cette année car nous avons embayé sur l'organisation dès que nous avons eu l'idée pour ne pas différer le projet. Mais cela ne nous a pas donné beaucoup de temps.

Nous avons prévu tard cette journée. Et les sages-femmes ne sont pas encore toutes dans la logique du DPC, entre deux directions, quand elles sont hospitalières, le plus souvent donc certaines inscrites n'ont pas pu venir.

Nous avons essayé de contacter toutes les sages-femmes car en effet la vocation est nationale.

L'année prochaine nous travaillerons avec la formation continue de l'université, pour pouvoir créer des ateliers de formation.

Cette année nous avons, pour un sujet comme celui-là, demandé au CERC, organisateur de congrès pour les sages-femmes, de communiquer le mailing des sages-femmes ; il a refusé.

Notre mailing est donc passé par les réseaux. Mais ensuite, il faut que tout le monde joue le jeu de la diffusion.

Nous allons continuer car les spécialistes sont contents d'être intervenus et les participants très

satisfaits. Nous avons eu plus d'une centaine de sages-femmes.

Et les sages-femmes ont vraiment quelque chose à faire. Suivant les endroits géographiques, il n'y a que 38 à 80 % des femmes qui ont un frottis de dépistage. Elles font le suivi gynécologique de prévention mais côtoient aussi les femmes à d'autres moments. Elles peuvent être vecteur de « récupération » et d'information. La santé des femmes est un véritable intérêt pour elles.

D.O. La collaboration semble avoir été simple avec les gynécologues

Très simple car ici nous avons le même souci : que tous les acteurs et spécialistes du sujet soient bien formés. Le souci de la Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale est que les femmes aient des frottis en temps et heure et que tous les professionnels qui en ont la compétence le fassent et sachent l'interpréter. Au-delà de querelles de chapelle.

La politique des dépistages est le frottis. Tout le monde a bien compris cet intérêt et cette dynamique pour le bien des femmes et de leur santé. Tout le monde va dans le même sens, chacun avec son travail.

Monsieur Gondry a une réelle et grande expertise et est très à l'écoute de ce qu'est une sage-femme et le rôle qu'elle a. Il a un regard très amical et non condescendant. Nous travaillons sur la même chaîne et dans le même lieu.

Ma difficulté n'a jamais été dans cette collaboration mais dans la place que j'ai dû faire pour la présence de l'école au conseil de la Faculté.

D.O. Les étudiants ont-ils pris part à cette journée ?

Oui, tous les étudiants de cinquième année étaient au congrès. Une promotion complète. Nous sommes



Photo: SFCPCV

Madame Keller, ancienne présidente de l'Ordre National des Sages-femmes.

toujours facilitateur des demandes des étudiants. Mais cela avait déjà commencé d'une autre façon : nous œuvrons pour que, à l'instar de la mammographie, les femmes aient une convocation régulière pour leur frottis par la CNAM.

Nous faisons une publicité énorme pour un numéro vert où les femmes peuvent trouver un endroit pour faire un frottis gratuit lors d'une semaine annuelle.

La semaine où le frottis est fait gratuitement, les étudiants tiennent le standard de ce numéro. Et moi-même et les sages-femmes enseignantes tenons des après-midi de consultations au CHU d'Amiens ou ailleurs et nous faisons des frottis à toutes les femmes qui se présentent.

La prévention est donc très enseignée car les étudiants sont partie prenante et peuvent faire le lien entre leur apprentissage et la pratique de terrain. La prévention s'apprend dès l'entrée à l'école.

MONSIEUR GONDRY

La Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale est une société très vivante qui se réunit tous les ans. Elle a été sollicitée par des sages-femmes pour y participer. Mais, tout étant très orientées vers la prise en charge de la pathologie, nos journées d'études et de congrès n'étaient pas très adaptées.

Pourtant nous ne pouvions pas ne pas entendre cette demande d'information et de formation : dépistage pour qui, pourquoi, à quelle fréquence ? Comment et vers qui orienter en fonction des résultats ? Quelles thérapeutiques et quelles conséquences sur la grossesse future ?...

Donc, en partenariat avec l'école de sages-femmes, nous avons monté cette journée de formation.

L'idée était claire. La faisabilité s'est heurtée à la difficulté de trouver un mailing de sages-femmes. Le Conseil de l'Ordre n'a toujours pas transmis de mail mais a de toutes les façons refusé de nous transmettre un mailing ou d'être tout du moins relais. D'autres voulaient bien moyennant finance.

Nous sommes donc passés par les journaux et les réseaux.

La mise en route a donc été un peu difficile. Nous n'avions pas non plus de possibilité d'avoir une vision claire de la fonction des sages-femmes sur le territoire français. Il n'existe pas de dynamique nationale très construite.

Nous passions par le DPC et nous avons été surpris de la méconnaissance énorme des sages-femmes de cette obligation de DPC. Enfin, il fallait émettre un chèque d'avance qui leur a été rendu, mais cela faisait peur aux sages-femmes de s'engager ainsi...

Nous n'avons donc eu que quarante-cinq sages-femmes inscrites pour le DPC, bien au-dessous de notre hypothèse de prévision.

La journée a compté plus d'une centaine de participants, plus les étudiants. Il y avait beaucoup de sages-femmes de la région.

Je conçois qu'Amiens au mois d'octobre est moins attrayant que certains autres endroits mais...



Pr Jean Gondry,
Directeur technique
de l'École de sages-
femmes d'Amiens
et Président de la
Société Française
de Colposcopie et de
Pathologie Cervico-
Vaginale

La journée fut très enrichissante pour tout le monde, orateurs et participants. Il y a un retour très positif sur la qualité de la formation et des échanges.

L'objectif d'en sortir avec une compétence sur le frottis a été atteint en termes de message. Mais pas encore en termes de population cible...

Nos sociétés savantes se sont dit que ce n'était pas possible que les sages-femmes ne soient pas formées car ce sont les sages-femmes qui feront les dépistages.

C'est donc une activité à développer. Notre journée va se renouveler, en reconduisant notre projet, en le déclinant peut-être sous une autre forme, ou en d'autres lieux.

L'information scientifique est ainsi faite et vit par les liens entre les différents professionnels compétents, avec un référent. •



Charte de qualité en Colposcopie et Pathologie Cervico-Vaginale



Afin de mieux orienter les patientes vers des spécialistes pouvant mettre à leur disposition l'ensemble des techniques connues et dont l'expertise est reconnue, une charte de qualité a été créée. C'est une démarche volontaire que d'y adhérer. Il y a, pour pouvoir la signer, une exigence de formation et de pratique et une commission qui valide la demande.

Les patientes ainsi que les professionnelles faisant du dépistage peuvent se rendre sur le site de la SFCPCV et trouver dans leur ville ou au plus proche un professionnel adhérent à cette charte.

RÉSUMÉ

Depuis plus de dix ans sous l'impulsion et l'exemple de nos collègues colposcopistes du Royaume-Uni, de nombreux pays européens comme l'Italie, la Grèce et l'Espagne ont mis en place une procédure de contrôle de qualité en pathologie cervicale. En effet, la colposcopie est la pierre angulaire de la prise en charge des anomalies cytologiques et virologiques, mais elle a parfois été la cible de critiques sur sa spécificité, ainsi que sur la variabilité de ses conclusions, d'un opérateur à un autre. Par ailleurs les conséquences de prises en charge inadaptées sur les cols de femmes souvent jeunes peuvent compromettre leur avenir obstétrical. Il semble toutefois que ces paramètres peuvent s'améliorer si les colposcopistes sont correctement formés, par un enseignement de base complet à la fois théorique et pratique complété par une formation continue spécifique et une activité personnelle minimale.

Sous l'impulsion du CNGOF¹ et de la SFCPCV², avec le concours de la SFG³ et de la FNCGM⁴, une démarche de qualité s'est progressivement mise en place pour aboutir à la constitution de la « Charte de Qualité en colposcopie et pathologie cervico-vaginale » dont le principe a été acté par les récentes recommandations de l'INCa.

Il a été proposé d'envisager une procédure volontaire d'engagement des praticiens dans une Charte de Qualité nationale afin de favoriser une harmonisation de la

prise en charge en pathologie cervicale. Celle-ci, mise en place depuis janvier 2010, a pour but d'homogénéiser la garantie d'une formation initiale, d'une formation continue annuelle, et des critères minimaux d'activité personnelle tant diagnostique que thérapeutique pour les médecins en charge de la prévention du cancer du col.

Deux volets d'exercice sont proposés aux candidats :

- volet diagnostique, pour la seule prise en charge diagnostique de la pathologie cervicale ;
- volet thérapeutique, pour la prise en charge des traitements conservateurs du col (résection ou destruction). Il ne sera ouvert qu'aux seuls titulaires du volet diagnostique.

La liste des médecins adhérents à la charte de qualité en colposcopie sera publiée sur le site de la Société Française de Colposcopie et Pathologie Cervico-Vaginale (SFCPCV), afin que l'ensemble des acteurs faisant l'effort de cette adhésion soit valorisé publiquement.

CONCLUSION

L'amélioration des performances de la colposcopie et de la prévention du cancer du col passe probablement par deux types de mesures :

- Individuelles, basées sur le volontariat des colposcopistes pour améliorer leur pratique par une meilleure formation ;
- Collectives, basées sur l'augmentation du nombre de colposcopistes, la valorisation de l'examen et l'organisation du dépistage du cancer du col, avec des procédures de contrôle de qualité. Cette procédure d'assurance qualité, permettra à chacun de mieux connaître (et ainsi faire reconnaître) ses efforts d'amélioration et de maintien de ses connaissances et conserver des procédures adaptées de prise en charge diagnostiques et thérapeutiques pour une meilleure prévention du cancer du col utérin.

 **SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE COLPOSCOPIE
ET DE PATHOLOGIE CERVICO-VAGINALE**
<http://www.societe-colposcopie.com>

1. Collège National des Gynécologues & Obstétriciens Français (CNGOF).
2. Société Française de Colposcopie et Pathologie Cervico-Vaginale (SFCPCV).
3. Société Française de Gynécologie (SFG).
4. Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM).

Mise en place d'une consultation hypnose médicale à la maternité des Hôpitaux Drôme Nord

→ Sage femme depuis presque trente ans, je travaille depuis quinze ans en salles de naissance aux Hôpitaux Drôme Nord (HDN) à Romans-sur-Isère, maternité de type 2a, permettant aux patientes une prise en charge médicale de qualité et un accompagnement bienveillant empathique et personnalisé.



Crédit photo: Hôpitaux Drôme Nord

En 2011, j'ai été formée comme plusieurs de mes collègues, à l'hypnose Ericksonienne par le Dr Bellet dans le cadre d'un projet d'établissement.

En effet, depuis 2008, environ 250 personnes aux HDN ont été formées à l'hypnose dans la prise en charge de la douleur, que ce soient des sages-femmes, médecins (anesthésistes, endocrinologues, chirurgiens, neurologues, urgentistes...), infirmières ou psychologues.

Au vu des résultats obtenus auprès des patients, l'engouement s'est propagé

aussi auprès des soignants non formés qui soutiennent et facilitent la réalisation des séances.

La poursuite du développement de l'hypnose a nécessité un travail de structuration et de formalisation.

Le CLUD a donc créé un groupe « développement hypnose » composé d'agents particulièrement motivés et engagés dans cette pratique.

Après un état des lieux au sein de chaque unité de soin (et dans mon cas particulier, à la maternité) le groupe a travaillé sur l'information des patients, la formalisation des demandes de consultation ou de séance, leur programmation, la traçabilité, l'évaluation qualitative et quantitative et sur la poursuite de la formation.

Un échange de pratiques a également été organisé avec des soignants formés, exerçant à l'hôpital ou venant d'horizons différents, afin de créer une dynamique et d'enrichir nos pratiques. Devant le succès rencontré, nous renouvelons cette expérience en fin d'année.

Cette nouvelle pratique a vite été pour moi passionnante et très enrichissante.

J'ai ainsi pu constater le pouvoir des suggestions et comment l'état de transe permettait à mes patientes d'être actives dans leurs processus de relaxation, d'analgésie et de changement.

Dès lors, un nouveau champ d'action m'est apparu.

J'ai naturellement voulu approfondir ma formation par un DESU d'Hypnose Médicale que j'ai effectué à l'université Marseille Aix en Provence avec le Dr Flavie Derinck et par de nombreuses formations complémentaires.

En tant que membre du CLUD, j'ai pu, soutenue par mes cadres et la direction, mettre en place une consultation hypnose médicale à la maternité. Ces consultations s'effectuent en lien avec les soignants prenant en charge la patiente (gynécologues, médecins généralistes ou spécialistes, sages-femmes hospitalières ou libérales, psychologues) pour permettre un accompagnement pluridisciplinaire et complémentaire.

Elles s'adressent à des patientes souffrant de phobies, d'anxiété, de douleurs chroniques, de troubles instinctuels (troubles

QUELQUES CHIFFRES 2016

15 sages-femmes formées sur 28, 3 en cours de formation

188 séances de préparation à la naissance en hypnose

45 séances d'hypnose en salle d'accouchement

305 en consultations d'hypnose médicale

de la sexualité : dyspareunie, vaginismes... ; troubles de l'alimentation ; troubles du sommeil), d'aide à la gestion des peurs liées à l'accouchement, aux troubles de la fertilité, de syndrome de stress post-traumatique, de mauvais vécus des accouchements antérieurs, d'accompagnement lors de fausses couches à répétition ou de mort fœtale in utero...

Mes consultations me permettent de rencontrer de nombreuses femmes avec pour chacune la découverte de leur parcours, leur histoire, leurs pathologies et leurs ressources bien sûr.

C'est ainsi que j'ai pu me rendre compte que beaucoup avaient subi ou subissent encore des violences.

Je me suis naturellement orientée également dans l'accompagnement de ces femmes, en travaillant avec elles sur la réassurance, le renforcement du moi, la résilience, la réparation et la cicatrisation, pour transformer leur vulnérabilité en force.

L'hypnose permet de modifier le cadre de référence habituel et les croyances limitantes des patientes, laissant plus de place à un fonctionnement inconscient, involontaire et automatique, permettant de mobiliser les ressources basées sur des apprentissages acquis.

Il s'agit d'apprendre à faire involontairement ce qu'on n'arrive pas à faire volontairement.

L'hypnose est un mode de communication basé sur une écoute et une observation attentive, empathique et bienveillante, grâce à une alliance thérapeutique forte.

C'est une démarche d'accompagnement qui fait appel à notre humanité, à notre créativité.

Désormais bien implantée, l'hypnose continue son développement aux HDN.

De nombreux gynécologues pratiquent de petites interventions sous hypnose (pose d'essure, retrait de stérilet, prélèvements gynécologiques...) et ont mainte-

nant une alternative à proposer à leurs patientes.

Dans un souci de bienveillance et d'amélioration de la qualité des soins, les sages-femmes, toujours attentives à proposer un accompagnement personnalisé et bienveillant, enthousiasmées par ce nouveau mode de communication, ont intégré l'hypnose dans leur pratique en salle de naissance et à la maternité. Une préparation à l'accouchement par hypnose est également proposée.

Afin d'être plus en adéquation avec les attentes des patientes, l'hypnose apparaît comme un atout essentiel pour développer une pratique plus physiologique et un accompagnement différent et plus riche.

C'est un des projets d'avenir des HDN, particulièrement soucieux de l'accompagnement de ses patientes et en particulier des femmes en situation de vulnérabilité.



CAS CLINIQUE

→ Je l'appellerai Anne, et c'est en accord avec elle que le dossier est présenté.

C'est une jeune femme de 35 ans qui consulte pour troubles compulsifs de l'alimentation ayant occasionné une prise de poids importante (+12 kg), suite à un accouchement vécu comme traumatique il y a 7 mois.

C'est une maman dynamique, très occupée entre ses trois filles de 6 ans, 4 ans et 7 mois et son travail de restauratrice très prenant.

Dès cette première rencontre, elle me raconte avec beaucoup d'émotion cet accouchement vécu comme très violent autant physiquement que moralement.

À un mois de son terme et à deux jours de Noël, subfébrile, elle présente des sensations de malaise, de nausée et de douleur abdominale, elle décide donc de se rendre à sa maternité.

Elle m'explique qu'elle est très dure et n'a pas l'habitude de s'écouter.

Elle dit ne pas avoir été entendue par la sage-femme de garde, qui s'est montrée désagréable et l'a renvoyée chez elle au bout d'une heure, avec comme diagnostic retenu, une gastro-entérite.

À son retour à la maison, son état se dégrade au fur et à mesure de la journée. Elle appelle la maternité et « retombe » sur la même personne, qui lui dit de rester

chez elle, qu'elle a seulement une gastro-entérite...

En fin de journée, son état empirant, sa mère et son mari appellent le SMUR qui l'accompagne aux urgences du centre hospitalier où elle est suivie.

Dès son arrivée, elle est transférée à la maternité, dit être enfin prise au sérieux, et que tout s'accélère.

Après un scanner en urgence, on lui explique qu'il va falloir pratiquer une césarienne en urgence et l'opérer d'une péritonite (péritonite primitive à strepto A).

Il y a de nombreux médecins autour d'elle, et elle passe au bloc opératoire totalement paniquée et très inquiète pour sa fille.

Elle se réveille en réanimation après 2 jours de coma (de sédation?) où on lui présente sa fille.

Elle dit ne pas avoir pu l'accueillir, elle est figée, perdue, décrit des hallucinations terribles les jours qui suivent et une amnésie pendant 5 jours.

Dix jours plus tard, à peine remise et installée en maternité, le retrait de lame est très douloureux et elle ne se sent pas entendue une fois de plus.

Elle fait une occlusion sur bride et doit être réopérée. Sa petite est renvoyée chez elle et elle vit cette nouvelle séparation comme un déchirement et une injustice, elle qui commençait tout juste à tisser un lien ténu.

Puis, quinze jours après, apparaît une douleur à l'épaule. Les médecins identifient une pleurésie qui nécessite une ponction et une nouvelle prolongation de son hospitalisation.

La sortie définitive s'effectue environ un mois après sa césarienne en urgence.

Même si elle est ravie de rentrer enfin chez elle et de retrouver ses deux grandes filles qui l'attendent avec impatience, elle est épuisée et ne connaît presque pas sa petite fille.

→ De son accouchement elle dit :

- *"J'ai fait abstraction de ce qu'il m'était arrivé.*
- *J'ai voulu tourner la page, reprendre le cours de ma vie le plus vite possible, je n'ai pas l'habitude de m'écouter, de me plaindre.*
- *Tout est en train de me rattraper.*
- *Mon mari n'aime pas en parler, ça a été très dur pour lui, il a du tout gérer, les filles, le bébé, la maison, le travail et la peur de me perdre.*
- *Je n'étais pas là pour accueillir ma fille, pour m'en occuper, il me manque 5 jours de ma vie."*

Il y a beaucoup de colère, de questions.

→ De son corps, elle dit :

- *"C'est comme si je voulais me venger de quelque chose, je ne le reconnais plus".*

LA 1^{RE} SÉANCE

Elle est consacrée à l'anamnèse et à créer l'alliance.

Chez cette patiente très en colère envers le milieu médical, il est très important qu'elle se sente en confiance et entendue.

Il faut donc être particulièrement à l'écoute, attentive et bienveillante et reconnaître sa souffrance.

Je lui explique le travail par hypnose.

→ J'identifie ses ressources

Elle a une famille très soudée et très soutenante autour d'elle, elle adore ses filles.

Elle a su renouer le lien avec sa petite dernière, qu'elle décrit comme un bébé calme, facile et joyeux.

Elle aime son travail, le sport (la zumba) et a surtout beaucoup de force en elle, de courage. Elle est très motivée par l'hypnose.

→ Je lui demande ses attentes

- Elle souhaite intégrer ce qu'il s'est passé et l'accepter;
- Digérer sa colère;
- Perdre du poids en retrouvant un rapport normal à l'alimentation;
- Et pouvoir aborder Noël et le premier anniversaire de sa fille sereinement.

Chez cette patiente dissociée, qui a vécu la terreur et l'impuissance, les relations au corps sont déconnectées.

La dissociation est un processus naturel et utile dans le cas de traumatisme, c'est une façon de se protéger.

Mais rester en état de dissociation entraîne le retrait de son corps et coupe de toutes ses sensations (la douleur mais aussi la faim).

C'est la raison pour laquelle la guérison d'un traumatisme doit impliquer la conscience du corps qui vit, qui ressent.

Il va donc falloir aider cette patiente à se réassocier de façon bienveillante en traitant le traumatisme, pour qu'elle puisse à nouveau ressentir son corps vivant avec toutes ses sensations et ses perceptions (et pouvoir ainsi perdre du poids).

L'accompagnement en consultation hypnose de cette patiente s'est déroulé sur 7 mois. Les séances (il y en a eu 9) ont parfois été très éprouvantes.

Pour sa première séance d'hypnose, chez cette patiente très stressée et inquiète de ne pas y arriver, je propose la séance « Ne rien faire » de Gaston Brosseau.

Déjà dissociée (en transe négative), elle entre en transe profonde rapidement.

Puis, se met à trembler et sangloter, comme prise d'une attaque de panique.

Chez les patients traumatisés, il faut pou-

voir les aider à gérer la soudaine activation défensive autoprotectrice qui est une hyperactivation du sympathique.

Elle se met en fait à décharger l'énergie résiduelle de survie activée dans son système nerveux et inachevé.

Il faut, en tant que soignant, contenir, traiter et intégrer ce flux d'énergie en toute sécurité sans que la patiente soit submergée.

Je me mets donc en résonance respiratoire et corporelle pour endiguer et contenir cette énergie.

Je la rassure en l'encourageant à laisser faire et à permettre à cette énergie de s'évacuer.

Puis, progressivement, la patiente s'apaise et revient dans l'ici et maintenant.

Elle m'explique alors, que dès qu'elle a "déconnecté", elle a retrouvé la même sensation, la même angoisse de mort que quand elle est entrée au bloc opératoire et qu'on l'a endormie.

À la fin de la séance, elle est encore un peu remuée et très étonnée par ce qu'il s'est passé, mais se sent en même temps soulagée, allégée d'un poids.

Elle reste très motivée et souhaite poursuivre le traitement par hypnose.

Il va donc falloir aider cette patiente à se réassocier de façon bienveillante en traitant le traumatisme, pour qu'elle puisse à nouveau ressentir son corps vivant avec toutes ses sensations et ses perceptions.

LA 2^E SÉANCE

Quand je la revois 3 semaines plus tard, elle me dit que notre première rencontre a réactivé beaucoup d'angoisses, de colère. Qu'il existe encore parfois une gêne, ou une douleur profonde qui comprime le poumon.

Elle me dit: "Mon corps se souvient".

En hypnose, je l'invite à explorer ses sensations en se connectant à son corps.

- "Où ressent-elle l'angoisse, la colère dans son corps?"

- "C'est comme un ballon tout noir, lourd et brûlant qui prend toute la place", dit-elle en montrant son thorax.

Je l'invite à utiliser la respiration comme outil de changement et je lui demande les modifications qui se mettent en place.

Le ballon devient progressivement une pastèque rouge légère et fraîche, souple et lisse, qui flotte et s'envole comme un ballon de baudruche.

À la fin de la séance, elle est soulagée et se sent beaucoup mieux.

LA 3^E SÉANCE

Dès son arrivée, elle me dit:

- "Je suis en train de guérir, en bonne phase. Je sens que je vais mieux. J'ai repris le sport et j'ai commencé à maigrir."

Néanmoins, elle se sent stressée car sa maman a été hospitalisée en urgence et cela ravive des angoisses.

Elle ressent une boule d'angoisse dans la gorge.

Je lui propose une séance d'hypno-relaxation (*body scan* coloré de détente).

En transe, elle trouve sa couleur de bien-être, le bleu du ciel, entrer en elle à chaque inspiration et apporter calme et détente dans son corps et dans son esprit, et faire fondre cette boule d'angoisse.

À la fin de la séance, elle est bien détendue.

LA 4^E SÉANCE

Bien qu'elle se sente mieux, elle est un peu submergée par ses filles et son travail et ressent un manque d'énergie.

Je lui propose de travailler sur « récupérer la force de vie ».

Pour la séance d'hypnose, elle trouve un endroit paisible de la nature, ses pieds bien ancrés dans le sol.

Puis je lui propose de sentir ses pieds qui s'enfoncent comme des racines solides, pour puiser l'énergie de la terre mère qui porte et qui nourrit. Et de sentir cette force entrer en elle comme une vibration, des picotements, une douce chaleur... ou autre chose.

De sentir l'enracinement qui donne sa force à l'arbre, et lui permet de fléchir sous le vent du changement sans être déraciné.

Elle me dit qu'elle voit un aigle qui tourne au-dessus d'elle en cercles noirs, puis qui déploie ses ailes et que ça tourne tout autour d'elle.

Puis une sensation de frais arrive, comme un vent nouveau qui souffle et balaie tout sur son passage.

À la fin de la séance, elle se sent apaisée et resourcée.

LA 5^E SÉANCE

Quand elle arrive, elle me dit qu'elle est en train de digérer tout doucement ce qui lui est arrivé. Que c'est en train de cicatriser.

Je propose donc une séance sur « cicatriser les blessures » (Teresa Robles).

Dès que la séance d'hypnose commence, elle voit émerger un ciel très noir rempli de nuages menaçants. Elle dit que c'est très angoissant.

Je lui demande si elle ne voit pas un petit rayon de lumière ?

Elle ne le voit pas au départ, puis il émerge derrière un nuage et lui permet de distinguer les montagnes, puis les paysages et devient un soleil magnifique avec de beaux paysages et un nuage rose en forme de cœur.

Je lui propose de laisser entrer cette lumière en elle, cette lumière bénéfique qui entre et circule en elle comme un médicament miraculeux. Soigne ce qu'il y a à soigner, répare ce qu'il y a à réparer, cicatrise les blessures et digère les émotions restées bloquées.

Puis, d'être attentive à la façon dont son corps est vivant maintenant, en sentant les sensations présentes.

Progressivement, le bien-être s'installe.

Elle me dit, que pour la prochaine séance, nous serons à un mois de la date anniversaire de sa césarienne. Qu'il lui manque 2 jours de sa vie, deux pièces du puzzle.

Nous décidons qu'elle est prête à travailler sur cet événement la prochaine fois.

LA 6^E SÉANCE

Elle va beaucoup mieux, continue à maigrir mais sent que tout remonte à la surface.

Dans un mois tout juste, c'est là que tout a commencé, me dit-elle.

- *"Mais je sens que je sors la tête de l'eau".*

Je lui demande si elle se sent prête à revisiter sans revivre son accouchement.

Elle est très motivée et inquiète en même temps.

Je sens qu'elle est maintenant prête à prendre du recul et à observer ces images difficiles sans être submergée par elles.

→ **Je lui explique le déroulement de la séance**

- Elle va choisir son lieu de bien-être un endroit calme et confortable où elle se sent en sécurité et visionner le film de son accouchement.

- Elle me le racontera au fur et à mesure. Elle a dans sa main la télécommande et peut arrêter le film à tout moment.

→ **La séance commence**, elle choisit d'être chez elle, sur son canapé avec ses filles à ses côtés.

Elle commence le film quand elle doit partir à l'hôpital.

Dès que je vois des larmes, le stress ou des signes d'agitation sur son visage ou son corps, je lui propose de changer, d'arranger ce qu'il y a à changer pour que ça devienne plus acceptable pour elle.

Elle arrête le film rapidement pour modifier son départ et avoir le temps de dire au

revoir à ses filles (ce qu'elle n'avait pas fait la première fois)

Elle est soulagée et poursuit.

Et ainsi, en lui demandant au fur et à mesure des arrêts sur image, ce qui serait mieux pour elle, elle reconstruit progressivement toute son histoire.

Le méchant sage-femme devient un médecin bienveillant.

Le passage au bloc opératoire se passe maintenant dans le calme et l'accouchement par césarienne sous rachianesthésie.

Elle est bien sûr accompagnée par son mari qui est à ses côtés et pose une main rassurante sur son épaule.

Ainsi, elle peut entendre et voir sortir son enfant.

À ce moment-là, il y a beaucoup d'émotion.

Puis, le médecin lui amène sa petite fille en salle de réveil où elle la met en peau à peau.

Et l'émotion la submerge à nouveau. Je lui demande de me décrire ce moment avec beaucoup de détails.

- Comment est-elle ? Que lui dit-elle ?

Elle me raconte toutes ses sensations et ses perceptions.

Puis, elle retourne dans sa chambre où son mari et ses filles l'attendent, elle peut ainsi leur présenter leur petite sœur.

Puis, elle me dit que le film est terminé.

Je lui demande le titre de ce film, elle me répond : "Renaissance".

Je trouve ce titre très beau.

Je lui propose de ranger ce film avec les autres CD dans le placard des souvenirs.

→ **Bilan de la patiente à la fin de la séance**

- *"C'était une séance très fatigante, mais c'est beaucoup mieux comme ça. Même si je n'ai pas envie de tout oublier..."*

LA 7^E SÉANCE

Elle a pris rendez-vous un an pile après que tout ait commencé.

Elle doit partir le soir même pour une semaine au ski avec son mari, ses enfants, ses parents et la famille de sa sœur.

- *"Il fallait être loin d'ici, m'explique-t-elle, pour mettre de la distance, car les souvenirs sont difficiles pour tous."*

Sa sœur, très stressée, vit très mal cette date anniversaire.

Elle, de son côté, se sent beaucoup mieux et ne ressent pas d'angoisse pour les jours à venir, juste une douleur comme une crampe à l'estomac, comme *"quand ça a commencé"* il y a un an (souvenir corporel).

Je lui propose de travailler sur cette douleur.

Je lui propose de laisser entrer la lumière en elle, cette lumière qu'elle connaît, qu'elle a déjà utilisée, qui soigne ce qu'il y a à soigner, répare ce qu'il y a à réparer et cicatrise les blessures.

Elle observe cette zone dans son ventre : Tout est noir, glacial et très lourd à l'intérieur.

Je lui propose de laisser entrer la lumière en elle, cette lumière qu'elle connaît, qu'elle a déjà utilisée, qui soigne ce qu'il y a à soigner, répare ce qu'il y a à réparer et cicatrise les blessures.

Très vite elle ressent la douce chaleur de la lumière entrer en elle, comme une onde douce et paisible qui circule, et progressivement, une sensation de bien-être et de calme revient dans son ventre.

À la fin de la séance elle me dit :

- *"Je pensais que ça serait difficile à dire, mais je sais maintenant que je suis guérie."*

LA 8^E SÉANCE

Elle revient me voir juste après les vacances.

Elle a fêté Noël et le premier anniversaire de sa petite fille avec toute sa famille et tout s'est très bien passé.

Elle continue de maigrir. Elle se sent maintenant forte et apaisée.

Pour sa séance d'hypnose, je lui propose, « de cheminer sur ce nouveau chemin qui a du cœur » (Teresa Robles)

Elle est à la campagne mais ne voit pas de chemin, le ciel est rose avec des nuages blancs et gris mais il y a de la brume.

Je lui demande ce qui pourrait l'aider...

Elle me répond : « le vent »... et il se met à souffler et dissipe la brume peu à peu et elle voit les paysages apparaître. Elle voit le chemin qui serpente sur une colline verdoyante, une rivière qui s'écoule paisible et le soleil maintenant flamboyant. Ce chemin est lumineux.

Elle se sent très bien à la fin de la séance mais souhaite me voir encore une fois pour boucler la boucle.

Fin janvier, ça fera un an que tout est terminé.

LA 9^E SÉANCE

Elle me dit :

- *"Il y a un an, je sortais définitivement de l'hôpital. Cette page est tournée."*

Elle se sent zen, sereine, libérée d'un poids, guérie.

Nous appelons cette séance: consolidation. Cette patiente a vécu la terreur, la dissociation et l'immobilisation.

Il a donc fallu, après une phase de stabilisation et de réassurance, l'aider à gérer l'énergie résiduelle de survie activée dans son système nerveux et inachevé.

Grâce à une alliance thérapeutique très forte, à une écoute attentive et bienveillante, et en utilisant la résonance corporelle et respiratoire, j'ai pu l'aider à évacuer cette énergie.

L'hypnose a permis de réveiller les ressources réparatrices de cette patiente, ce qui a facilité le processus de réélaboration cognitive et émotionnelle de l'événement.

En faisant émerger sa résilience innée, elle a pu revisiter l'événement traumatique, en mettant l'accent sur les ressources acquises grâce aux souffrances endurées, et ainsi ne plus se vivre comme une victime impuissante et passive.

Elle a appris à écouter sa sagesse intérieure et a pu, ainsi, se mettre en lien avec ses forces d'autogénération.

Elle a découvert la force de l'imagination et comment les techniques hypno-imaginatives pouvaient l'aider à réguler ses affects.

Même si pour cette patiente la trace laissée par cette blessure est une grande cicatrice chéloïde qui traverse tout l'abdomen, elle a appris que cette plaie est maintenant cicatrisée. Et qu'elle prouvait qu'elle avait eu la force et le courage de surmonter cet événement. Que le pire était passé et que le meilleur doit arriver.

Elle a accepté que ce qui était arrivé ne pouvait être changé, désormais renforcée par la conscience de pouvoir affronter les difficultés et les surmonter.

Elle a pu fêter Noël et le premier anniversaire de sa petite fille sereinement.

En travaillant la réassociation, elle a renoué les liens au corps. Ce qui lui a permis de retrouver une alimentation équilibrée et de reprendre le sport.

À la fin de son suivi, elle avait perdu 15 kg.

À sa dernière consultation, elle me disait:

- *"Je suis guérie, les blessures sont cicatrisées.*

- *C'est un poids qui s'est enlevé, il n'y a plus de colère.*

- *La cicatrice fait partie de mon histoire, c'est toujours présent mais c'est apaisé."*

L'hypnose a permis de réveiller les ressources réparatrices de cette patiente, ce qui a facilité le processus de réélaboration cognitive et émotionnelle de l'événement.

CONCLUSION

Depuis que je pratique l'hypnose, mon travail a changé.

Que ce soit en consultation ou en urgence en salles de naissance, l'accueil, l'accompagnement et le suivi des femmes sont maintenant différents.

J'essaie désormais d'observer et de reconnaître chaque patiente, d'aider chacune à trouver et à mobiliser ses ressources, d'entrer en résonance, d'être en harmonie, en créant une alliance thérapeutique puissante et rassurante.

Chaque rencontre est unique, certaines me transforment, me rendent plus riche, me font grandir.

Et si parfois certaines sont plus difficiles, l'hypnose m'apaise, m'apprend à m'adapter, à développer mon écoute, mon observation mon imagination, à faire confiance à mon intuition.

Ce nouveau chemin m'éveille, m'ouvre de nouveaux horizons, même s'il est parfois semé d'embûches, de doutes. Mais ce chemin est lumineux.

Merci à toutes mes patientes de m'accorder leur confiance et bien vouloir faire un petit bout de chemin avec moi. •

BIBLIOGRAPHIE

- *La force de la vulnérabilité: utiliser la résilience pour surmonter l'adversité*, Consuelo C Casula, édition satas, 2015.
- *Psychothérapie des traumatismes complexes: une approche intégrative basée sur la théorie du Moi et des techniques hypno-imaginatives*, Oliver Piedfort-Marin, Luise Reddemann, Édition Satas 2016.
- *Guérir par-delà les mots: Comment le corps dissipe le traumatisme et restaure le bien-être*, Peter A Levine, InterEditions, 2014.
- *Réveiller le Tigre, guérir le traumatisme*, Peter A Levine, Socrate Éditions Promarex 2004.
- *Concerto pour quatre hémisphères*, Teresa Robles, collection le germe, édition Satas, 2009.
- *Apprenons par l'hypnose à cheminer dans sa vie*, Teresa Robles, collection Le Germe, Éditions Satas, 1997.
- *L'hypnose; une réinitialisation de nos cinq sens*, Gaston Brosseau, InterEditions, Paris, 2012.
- *L'hypnose pour réhumaniser le soin*, Patrick Bellet, Éditions Odile Jacob, 2015.
- *Qu'est-ce que l'hypnose*, François Roustang, Les Éditions de minuit, 1994.
- *Hypnose et thérapie brèves*, n° 42, n° 44, hors série n° 11.

Nébilia®

L'équilibre nutritionnel de Bébé au quotidien

Moi, je veux un lait
sans huile de palme



Convient aussi en relais ou complément de l'allaitement maternel

Sans huile de palme

Enrichi en bifidus

Enrichi en oméga 3 / 6

Commandez tous nos produits
en quelques clics sur

www.nebilia.fr



Dossier

Le Grand Prix evian 2017

des Écoles de Sages-Femmes

RÉSUMÉ DES MÉMOIRES (Extraits)

Le 26^e Grand Prix evian des Écoles de Sages-femmes a eu lieu les 22 et 23 septembre derniers. Nous vous présentons comme chaque année les résumés des mémoires primés dans les deux catégories : le Prix Scientifique et le Prix Spécial du Jury.

SOMMAIRE DU DOSSIER

15

1^{ER} PRIX SCIENTIFIQUE

18

1^{ER} PRIX SPÉCIAL DU JURY

20

PRIX SCIENTIFIQUE
(EX AEQUO)

26

PRIX SPÉCIAL DU JURY
(EX AEQUO)



LES LAURÉATES 2017

Prix Scientifique

Manon Cattet, Flora Michel, Lucyle Moser.

Prix Spécial du Jury

Laura Bergamaschi, Roxanne Bourgeois, Adélaïde Cosmo.

LES MEMBRES DU JURY 2017

Isabelle Derrendinger (Présidente du jury), Martine Chauvière, Emmanuelle Cardoso, Céline Puil, Dr Marie-Sophie Chavet, Dr Loïc Sentilhes, Laurent Gaucher, Sophie Guillaume et Pierre Belle.

LA BAIGNOIRE DE DILATATION EN SALLE DE NAISSANCES POUR QUI? COMMENT?

ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DES SAGES-FEMMES EXERÇANT EN SALLE DE NAISSANCES DANS LES MATERNITÉS DE DEUX DÉPARTEMENTS FRANÇAIS

Lucyle MOSER - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG

RÉSUMÉ

INTRODUCTION → Au cours des deux dernières décennies, plusieurs études ont montré que l'immersion aquatique dans une baignoire de dilatation pouvait s'avérer bénéfique sur le déroulement du travail obstétrical, à condition qu'elle soit utilisée à bon escient. En France, contrairement à d'autres

pays tels que les États-Unis, le Canada ou l'Australie, il n'existe aucune recommandation régissant l'utilisation de la baignoire de dilatation.

Notre objectif principal était de vérifier si les critères d'inclusion et d'exclusion sur lesquels les sages-femmes se basent pour autoriser l'utilisation de la baignoire étaient adaptés aux données de la littérature.

1^{ER} PRIX
SCIENTIFIQUE

Lucyle MOSER - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG (SUITE)

Notre objectif secondaire était d'étudier comment les sages-femmes utilisent ces baignoires afin de faciliter le déroulement du travail obstétrical.

MÉTHODOLOGIE → Nous avons réalisé une enquête transversale observationnelle descriptive par le biais d'un questionnaire distribué aux sages-femmes exerçant dans les maternités de deux départements français. Au préalable, nous avons effectué une revue de la littérature afin d'être en mesure de comparer nos résultats aux recommandations en vigueur.

RÉSULTATS → En ce qui concerne les données générales et fœtales du dossier obstétrical sur lesquels nous avons interrogé les sages-femmes quant à leur conduite à tenir vis-à-vis de l'autorisation ou non de l'utilisation de la baignoire de dilatation, il existe un consensus pour sept des onze critères étudiés (grossesse à terme, primipare, multipare, grossesse singleton, présentation céphalique et estimation de poids fœtal supérieure au 90^e percentile). Concernant les données maternelles du dossier obstétrical, il existe un consensus de conduite à tenir pour quatre des douze items étudiés (antécédent d'extraction instrumentale, diabète gestationnel, signes cliniques en faveur d'une infection, portage de streptocoque B membranes intactes). Enfin, en ce qui concerne les données du travail obstétrical, nous observons un consensus dans la conduite à tenir proposée pour neuf des quinze items étudiés (faux travail, dystocie de démarrage ou de dilatation, phase de latence, souhait d'une analgésie péridurale, rupture des membranes inférieure à douze heures, écoulement de liquide amniotique clair ou méconial, métrorragies).

Concernant la façon d'utiliser la baignoire, nous remarquons qu'en moyenne une sage-femme sur trois a une attitude différente de ses collègues vis-à-vis d'une majorité des paramètres étudiés (période d'immersion optimale, durée minimale d'immersion, température aquatique et sa surveillance, surveillance materno-fœtale pendant l'immersion et accompagnement de la parturiente).

DISCUSSION → Lorsque nous comparons les résultats de notre enquête aux données actuelles de la littérature, nous nous apercevons que certaines pratiques professionnelles ne sont pas en adéquation avec ces dernières. Afin d'informer les sages-femmes sur les recommandations d'utilisation de la baignoire de dilatation, notre travail de revue de la littérature nous a permis d'élaborer une brochure contenant ces informations.

CONCLUSION → Il n'existe pas de fort consensus autour des critères d'inclusion et d'exclusion utilisés par les sages-femmes dans leur décision d'autoriser ou non l'utilisation de la baignoire de dilatation au cours du travail. De même qu'il existe une forte hétérogénéité dans la façon dont celle-ci est utilisée. Il serait intéressant de reproduire l'enquête à plus grande échelle afin de vérifier s'il serait nécessaire de diffuser ces informations à plus grande échelle.

MÉTHODOLOGIE

→ TYPE D'ÉTUDE, POPULATION ET CHOIX DE L'OUTIL

Type d'étude

Afin de répondre à la problématique, nous avons décidé de réaliser une enquête transversale observationnelle descriptive. Celle-ci a permis de recueillir les pratiques professionnelles de la population concernée. Cette enquête a été précédée d'un travail de revue de la littérature afin de pouvoir comparer les pratiques des professionnels interrogés avec des standards officiels.

Revue de la littérature

Nous avons réalisé nos recherches sur les sites internet de la *Cochrane*, sur *pubmed*, sur *EMpremium* ainsi que via le moteur de recherche *Google Scholar*. Sur ces différentes plates-formes, nous avons utilisé les mots-clés « *baignoire de dilatation* », « *immersion aquatique* », « *hydrothérapie pendant le travail* » ainsi que leurs équivalents anglais « *dilatation bath* », « *hydrotherapy during labour* », « *bathing during labour* ». Nous avons uniquement consulté des articles en français et en anglais. Lorsque les articles étudiés citaient d'autres articles qui concernaient notre sujet, nous les avons également consultés.

Afin de pouvoir comparer les résultats de notre enquête à des standards, nous avons recherché les recommandations en vigueur sur l'immersion aquatique pendant le travail sur les sites internet des associations et collègues des sages-femmes et d'obstétriciens du Royaume-Uni, des États-Unis, du Canada et d'Australie. Au total, nous avons identifié quatorze documents rédigés entre 2006 et 2016.

→ DÉFINITION DE LA POPULATION

Avant de définir la population de sages-femmes étudiée par l'enquête, nous avons d'abord établi une limite géographique. Nous avons donc décidé de réaliser notre enquête dans deux départements français.

Parmi ces maternités, nous avons identifié celles qui disposaient d'au moins une baignoire de dilatation destinée à être utilisée au cours du travail obstétrical par les parturientes. Nous avons obtenu cette information en contactant les sages-femmes coordinatrices des différentes maternités par mail ou lors d'un entretien téléphonique. Onze des seize maternités en activité dans les deux départements disposaient d'un tel équipement et ont été présélectionnées afin de participer à l'enquête. La population étudiée est donc constituée par les sages-femmes exerçant régulièrement en salle de naissances dans ces maternités et compte, au total, 300 sages-femmes.

→ CHOIX DE L'OUTIL

Afin de répondre à la problématique, nous avons élaboré un questionnaire à l'attention des sages-femmes constituant notre population d'étude. Le questionnaire semblait être l'outil le plus adapté car il permettait d'interroger une grande population sur une courte période. Il permettait également d'obtenir des réponses anonymes.

Lucyle MOSER - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG (SUITE)

→ PLAN D'ÉCHANTILLONNAGE

Afin de constituer l'échantillon de la population étudiée, nous avons inclus les sages-femmes ayant volontairement complété notre questionnaire. Les sages-femmes exerçant dans une maternité n'ayant pas donné son accord pour la distribution des questionnaires ont été exclues de l'échantillon.

Dans un premier temps, au début du mois de juillet 2016, nous avons contacté par mail les sages-femmes coordinatrices en salle de naissances des maternités présélectionnées. Ce mail exposait le cadre de l'enquête, la question de recherche validée par le jury du comité scientifique ainsi que la méthodologie envisagée. Il avait pour but d'obtenir l'accord des sages-femmes coordinatrices afin de pouvoir distribuer les questionnaires aux sages-femmes des différentes maternités.

En l'absence de réponses au mail au bout de trois semaines, un mail de relance était envoyé.

Suite à ce mail, huit maternités sur les onze ont donné leur accord pour la distribution des questionnaires. Trois cliniques privées n'ayant pas répondu favorablement, nous avons stoppé les investigations pour ces maternités.

Dans un deuxième temps, les sages-femmes coordinatrices des maternités incluses dans l'enquête ont été recontactées par mail afin d'organiser la distribution des questionnaires et d'obtenir davantage de renseignements sur les caractéristiques des baignoires de dilatation qui y sont installées. Nous avons interrogé les sages-femmes coordinatrices sur les points suivants :

- Le nombre de sages-femmes exerçant en salle de naissances, afin de préparer le nombre de questionnaires à déposer et de calculer les taux de réponse ;
- Le nombre de baignoires de dilatation dans la maternité ;
- L'année (les années) de mise en service de cette (ces) baignoire(s) ;
- Le niveau d'immersion permis par la (les) baignoire(s) ;
- L'existence d'un protocole d'utilisation de la baignoire dans la maternité.

Avant de déposer les questionnaires, nous avons rencontré les sages-femmes coordinatrices des salles de naissances de ces maternités. Ce rendez-vous avait pour objectif de discuter de l'organisation de la distribution des questionnaires, de la durée de distribution ainsi que de son suivi. C'est également lors de ces entrevues que nous avons consulté les éventuels protocoles en vigueur dans les maternités. À la fin de ce rendez-vous, les questionnaires version papier étaient remis aux sages-femmes coordinatrices afin qu'elles les mettent à disposition des sages-femmes concernées.

Le déroulement de la distribution était le même pour toutes les maternités. Les questionnaires étaient distribués pour une durée de deux mois à compter de la date de dépôt dans la maternité. Les premiers questionnaires ont été déposés le 22 août 2016 et les derniers questionnaires ont été récupérés le 6 décembre 2016.

Deux semaines après le début de la distribution, nous avons recontacté les sages-femmes coordinatrices par mail afin de nous renseigner sur le déroulement de la distribution et les éventuelles difficultés rencontrées. Au bout d'un mois, nous

avons récupéré les questionnaires complétés dans chaque maternité et nous avons calculé le taux de réponse provisoire :

- Si le taux de réponses était supérieur à 30 %, les sages-femmes coordinatrices en étaient informées et étaient encouragées à relancer la distribution ;
- Si le taux de réponse était inférieur à 30 %, les sages-femmes coordinatrices étaient recontactées afin d'identifier les difficultés actuelles de distribution. Une version électronique du questionnaire, réalisée grâce à la plate-forme Google Forms, leur était fournie afin de la diffuser aux sages-femmes dans le but d'obtenir davantage de réponses. Les sages-femmes coordinatrices étaient également encouragées à relancer la distribution des questionnaires version papier au sein de la maternité.

Au bout de deux mois, nous avons stoppé la distribution des questionnaires et nous avons ainsi calculé le taux de réponses final.

→ LE QUESTIONNAIRE

Construction du questionnaire

Notre questionnaire était constitué de trois parties :

■ **Première partie** → Renseignements généraux et expérience personnelle

Cette partie avait pour but d'obtenir des renseignements permettant d'analyser les résultats des questionnaires selon différents sous-groupes de l'échantillon.

■ **Deuxième partie** → L'utilisation de la baignoire

Cette partie avait pour but de répondre à l'objectif secondaire de notre enquête, à savoir étudier comment les sages-femmes utilisent les baignoires afin de faciliter le déroulement du travail obstétrical. Elle était divisée en cinq sous-parties :

- Fréquence d'utilisation
- Période d'immersion
- Réglage de la température
- Surveillance maternelle et fœtale
- Accompagnement de la parturiente

■ **Troisième partie** → Les indications et contre-indications à l'immersion dans une baignoire de dilatation

Cette partie avait pour but de répondre à la problématique principale de notre travail : les critères d'inclusion sur lesquels les sages-femmes se basent pour autoriser l'utilisation de la baignoire de dilatation au cours du travail obstétrical sont-ils adaptés aux données de la littérature ? Au travers de la revue de la littérature, nous avons identifié différentes situations qui indiquaient ou contre-indiquaient l'utilisation de la baignoire de dilatation au cours du travail. Certaines de ces situations étaient sujettes à controverse. Nous pouvions donc comparer les critères d'inclusion ou d'exclusion qu'utilisaient les sages-femmes de l'échantillon à ceux présents dans les différentes recommandations de la revue de la littérature.

Cette partie se présentait sous la forme d'un tableau. Pour chaque ligne du tableau les sages-femmes devaient cocher une des trois cases selon si l'item autorisait ou contre-indiquait l'utilisation de la baignoire de dilatation, ou si l'item permettait

Lucyle MOSER - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE STRASBOURG (SUITE)

d'envisager son utilisation uniquement si certaines conditions sont respectées (par exemple le respect des protocoles locaux, un enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal, un traitement médicamenteux, la disponibilité d'une partie de l'équipe obstétricale, des équipements adaptés...). Les items du tableau étaient séparés en trois catégories :

- **Données générales et fœtales :** terme, parité, nombre de fœtus, présentation, estimation de poids fœtal.
- **Données maternelles :** antécédents obstétricaux, pathologie obstétricale, indice de masse corporelle, sérologies maternelles, portage vaginal de streptocoque B ou d'un autre germe.
- **Données concernant le travail obstétrical :** avancée du travail obstétrical, médications et analgésie au cours du travail, durée de rupture des membranes, aspect du liquide amniotique (après rupture des membranes), métrorragies.

Au début du questionnaire, un paragraphe d'introduction expliquait brièvement aux sages-femmes le contexte de l'enquête et leur présentait la problématique du mémoire. À la fin, quelques lignes étaient prévues afin que les sages-femmes puissent y inscrire leurs commentaires. Nous avons également renseigné une adresse mail à la fin du questionnaire afin que les sages-femmes intéressées puissent nous contacter si elles souhaitaient davantage de renseignements.

Test du questionnaire

À la fin du mois de juin 2016, nous avons testé le questionnaire auprès de cinq sages-femmes exerçant en salle de naissances. Ce test a permis d'évaluer la compréhension globale du questionnaire, de modifier la tournure des questions ambiguës et de préciser le temps nécessaire afin de compléter un questionnaire. Ces cinq questionnaires nous ont également permis d'établir le tableau d'analyse des questionnaires.

→ **ANALYSE DES RÉSULTATS**

Nous avons élaboré un tableau d'analyse des questionnaires avec le logiciel tableur de la suite LibreOffice. Afin d'informatiser les données des questionnaires remplis, nous avons numéroté les questionnaires dans l'ordre de récupération. Ce numéro était précisé dans le tableau d'analyse afin de permettre une vérification des données saisies en cas de doute sur l'exactitude de celles-ci.

Lors de l'analyse des résultats, nous avons considéré qu'il existait un consensus dans la conduite à tenir des sages-femmes si plus de 80 % d'entre elles avaient répondu en faveur de la même conduite à tenir.

Nous avons analysé les données grâce au logiciel R. Afin de comparer les proportions, nous avons utilisé les tests statistiques du *Khi2* ou le test exact de *Fisher* lorsque les effectifs étaient restreints. •

LES PERCEPTIONS DU PÉRINÉE PAR LE DESSIN DANS LE POST-PARTUM, CHEZ LES FEMMES AYANT EU UNE ÉPISIOTOMIE

Roxanne BOURGEOIS - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE PARIS SAINT-ANTOINE

1^{ER} PRIX
SPÉCIAL DU
JURY

RÉSUMÉ

INTRODUCTION → En France, seules 14 % des femmes estiment avoir une vision précise de leur périnée. De plus, les perceptions qu'ont les soignants du périnée peuvent être très différentes de celles des femmes. L'épisiotomie est un acte courant en maternité, il touche environ 30 % des accouchements voie basse. Cette intervention a un impact sur la qualité de vie dans le post-partum des femmes et sur leur vision d'elle-même. L'objectif de cette recherche consiste à évaluer par le dessin les perceptions qu'ont les femmes de leur périnée suite à une épisiotomie.

MATÉRIEL ET MÉTHODE → Étude qualitative observationnelle, monocentrique, auprès de quinze primipares en suites de couches, basée sur l'analyse descriptive de deux dessins par femme. Les femmes incluses avaient eu une épisiotomie lors d'un accouchement par voie basse et non instrumental.

RÉSULTATS → Seule une femme a dessiné tous les éléments du périnée. La majorité des femmes ont dessiné les grandes lèvres et le vestibule. La moitié a dessiné le prépuce du clitoris

et les petites lèvres. Un tiers a dessiné l'anus et peu le méat urinaire. Enfin, une n'a dessiné aucun élément du périnée. Les deux tiers des femmes évoquent l'épisiotomie. Parmi elles, une seule l'a correctement positionné. Les changements retrouvés sur le périnée dans le post-partum sont la béance, l'œdème, le relâchement, les modifications des sensations, le prolapsus et l'absence de changement.

DISCUSSION ET CONCLUSION → Les femmes ont une connaissance incomplète du périnée et de l'épisiotomie. Ces méconnaissances sont multifactorielles et, pour l'épisiotomie, concernent le geste et l'intérêt de celui-ci. Il existe également une confusion entre déchirure et épisiotomie. Enfin, les changements de perception du périnée dans le post-partum ne sont pas uniquement en lien avec l'épisiotomie mais avec l'accouchement dans sa globalité. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité semblent avoir une incidence positive sur les connaissances des femmes dans ce domaine. Les sages-femmes pourraient également informer les patientes aux différentes étapes de la grossesse et durant le suivi gynécologique. Enfin, un enseignement plus adapté durant la scolarité pourrait améliorer les connaissances de la population.

ROXANNE BOURGEOIS - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE PARIS SAINT-ANTOINE (SUITE)

MÉTHODOLOGIE

→ OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

L'objectif de cette recherche est d'évaluer par le dessin les perceptions qu'ont les femmes de leur périnée suite à une épisiotomie.

Les hypothèses de recherche sont les suivantes :

- Les femmes ont une connaissance incomplète du périnée ;
- Les femmes ont une connaissance incomplète de l'épisiotomie ;
- L'épisiotomie modifie les perceptions qu'ont les femmes du périnée.

→ TYPE D'ENQUÊTE

L'enquête réalisée est une étude qualitative observationnelle, monocentrique, qui se base sur l'analyse de deux dessins par femme, chez des patientes en suites de couches, dans une maternité de type III.

→ DURÉE DE L'ÉTUDE

L'étude a débuté le 19 septembre et s'est terminée le 20 décembre 2016.

→ POPULATION

Critères d'inclusion

Patientes majeures • Parlant français • Quelles que soient la profession, la situation maritale et l'origine géographique • Primipares • Grossesse simple • Quel que soit le déroulement de la grossesse (pathologie gravidique, aide médicale à la procréation...) et du travail (anesthésie péridurale, déclenchement, stagnation, anomalie du rythme cardiaque fœtal...) • Quels que soient le terme de l'accouchement et la présentation fœtale • Accouchement par voie basse non instrumentale • Episiotomie médo-latérale droite • Quel que soit le praticien réalisant l'accouchement • Durant le séjour en suites de couches.

Critères d'exclusion

Patiente avec un antécédent de vulvoplastie ou de mutilation sexuelle • Antécédent de pathologie psychiatrique ou psychologique • Avec une déchirure vaginale associée • Intervention dans le post-partum type délivrance artificielle, révision utérine, embolisation, ligature artérielle, hystérectomie...

Ces critères ont été mis en place pour que la population d'étude soit la plus homogène possible. Il était nécessaire que les femmes aient une histoire semblable concernant leur périnée. Le choix de patientes primipares permet d'avoir un dessin de base comparable, du fait qu'il n'y ait jamais eu d'accouchement par voie naturelle ou par césarienne et donc de modification antérieure du périnée. Le choix de l'épisiotomie seule, sans déchirure vaginale associée, permet d'avoir des femmes avec des lésions périnéales similaires, toujours dans l'optique d'une population la plus homogène possible.

L'exclusion des patientes avec un antécédent de vulvoplastie ou de mutilation sexuelle a été faite car le périnée a été modifié dans son apparence. Les patientes ayant subi une

intervention durant l'accouchement ou le post-partum (aide instrumentale, délivrance artificielle, reprise chirurgicale...) et ayant eu une grossesse multiple ne sont pas incluses, car une intervention supplémentaire au niveau du périnée peut induire une perception différente.

La taille de l'échantillon est de 15 patientes.

→ LIEU

Le choix du lieu d'enquête s'est fait suite à un sondage auprès des coordinateurs de santé des maternités de la région pour connaître leur taux annuel d'épisiotomies.

À la suite des réponses obtenues, le choix s'est porté sur un établissement public de santé qui comprend une maternité de type III. En 2015, le service a réalisé 3 808 accouchements, avec un taux d'épisiotomie à 22 %, soit 691 sur 3 103 accouchements voie basse, dont 2 408 non instrumentaux.

Le nombre important d'accouchements, la facilité d'accès indispensable à une étude présentielle, ainsi que l'accueil favorable de l'équipe, ont fait de cet établissement le lieu idéal pour cette étude. Suite à l'enquête, les statistiques de 2016 ont révélé un nombre d'accouchements annuel à 4048, avec 2 627 accouchements par voie basse non instrumentale.

Concernant l'épisiotomie, le nombre pour les accouchements voie basse non instrumentaux était de 247 soit 9 % contre 17,5 % pour les accouchements voie basse totaux (567 sur 3 244 accouchements par voie basse).

→ DÉROULEMENT DE LA SÉANCE DE DESSIN

Un appel régulier est effectué dans le service afin de prendre connaissance de la présence ou non de femmes entrant dans les critères d'inclusion, suite à quoi les patientes sont sélectionnées.

L'outil de cette enquête est l'analyse de dessin. L'évaluation consiste à demander aux femmes de dessiner leur périnée, durant leur séjour en suites de couches, comme elles le voyaient avant l'accouchement, puis comme elles le perçoivent le jour de la rencontre.

Cette enquête se déroule en deux temps. La première partie consiste à faire un recueil de données dans le dossier médical, afin de déterminer le profil de la patiente. Les données recueillies seront développées dans la partie Résultats.

Ensuite, une rencontre avec la patiente est immédiatement organisée dans sa chambre. Si des visiteurs sont présents, il leur est demandé de sortir. L'entretien commence par une explication de l'étude, sans préciser que ce sont les femmes avec épisiotomie qui sont incluses. Le consentement de participation à l'étude est établi de façon orale et retranscrit sur la fiche de recueil de données.

Une fois le consentement recueilli, la définition du périnée qui suit est énoncée à toutes les participantes, afin qu'elles puissent avoir une idée précise de ce qui est demandé : « *Le périnée est la région visible qui est délimitée par le pubis en avant, le coccyx en arrière et située entre les cuisses. Le coccyx est l'os terminal de la colonne vertébrale. Le pubis est l'os à l'avant du bassin* ». Les questions éventuelles sont notées, ainsi que les réponses données.

La première feuille blanche format A4 est distribuée, ainsi qu'une palette de 18 feutres pour le choix des couleurs. La

ROXANNE BOURGEOIS - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE PARIS SAINT-ANTOINE (SUITE)

femme a pour consigne de dessiner son périnée comme elle le percevait avant l'accouchement. La patiente a alors un temps illimité pour réaliser son dessin. Les questions ou remarques énoncées par la femme sont retranscrites, ainsi que les réponses qu'elle a obtenues. Elles ne peuvent pas avoir accès à des moyens de communication tels qu'internet, ou encore aller regarder la zone dans un miroir à ce moment-là. Une fois le dessin terminé, une description de celui-ci est demandée.

Une seconde feuille blanche format A4 est présentée à la femme, avec pour consigne de dessiner son périnée comme perçu le jour de l'entretien. Les remarques et questions éventuelles, ainsi que les réponses données, sont retranscrites. De nouveau, une description du dessin est demandée lorsqu'elle estime avoir terminé.

À la fin de l'entretien, il est proposé aux patientes de voir un schéma de périnée. Le schéma présenté est la planche anatomique du *Netter*.

→ OUTIL DE L'ENQUÊTE

L'analyse des dessins a été faite à l'aide de tableaux qui regroupaient les différents éléments du périnée en pré et postnatal. Pour chaque élément, les critères suivants étaient évalués : présent, absent, bien placé, mal placé, proportionnel (moins, exact et plus) et couleur. Pour le tableau du post-partum, une ligne

« épisiotomie » a été ajoutée. Un troisième tableau rassemblait les critères de l'épisiotomie suivants : positionnement, aspect, longueur et couleur. Les résultats des tableaux de chaque dessin ont été mis en commun. Ces résultats ont été mis en lien avec les descriptions individuelles de chaque dessin.

Pour analyser le lien entre le profil de la population et la connaissance du périnée, le nombre d'éléments présents par dessin a été croisé à certains critères du recueil de données. Deux groupes ont été formés, le premier avec les femmes qui seront considérées comme ayant une connaissance faible de leur périnée, avec un nombre d'éléments attendus compris entre zéro et trois.

Le second inclut les femmes avec un nombre d'éléments du périnée présents compris entre quatre et six. Le choix de cette catégorisation est fondé sur le fait que les femmes qui ne dessinaient que quatre ou cinq éléments de leur périnée ne représentaient pas le méat urinaire et/ou l'anus, qui sont des éléments non en lien avec l'accouchement et l'épisiotomie.

Un troisième groupe a été formé avec les patientes ayant dessiné leur épisiotomie. Les éléments du recueil de données retenues comme étant les plus pertinents sont l'âge, le suivi gynécologique, le suivi de la grossesse, les antécédents obstétricaux, la participation à des séances de PNP et le jour du post-partum. •

VACCIN ANTI-HPV ET ÉTUDIANTS SAGES-FEMMES

ENQUÊTE NATIONALE À PROPOS DE L'INFLUENCE DE LEUR STATUT VACCINAL ANTI-HPV CONCERNANT LEUR POSITIONNEMENT ET LEURS CONNAISSANCES DE CETTE VACCINATION

PRIX SCIENTIFIQUE EX AEUO

MANON CATTET - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE NICE

RÉSUMÉ

INTRODUCTION → Les infections à papillomavirus humains (HPV) sont les infections sexuellement transmissibles les plus répandues. 200 typages d'HPV touchent 70 % de la population générale. 10 % des infections évolueront en cancers oro-pharyngés et/ou ano-génitaux. Le cancer du col de l'utérus est le 4^e cancer féminin mondial et le 12^e meurtrier en France. Sa prévention repose sur le frottis cervico-utérin et la vaccination disponible en France depuis 2007 pour les filles et mars 2017 pour les hommes. La couverture vaccinale anti-HPV de la population cible française est une des plus faibles d'Europe : améliorer le dépistage du cancer cervical et augmenter la couverture vaccinale sont des objectifs du Plan cancer 2014-2019. Les sages-femmes sont prescripteurs des vaccins anti-HPV ; il n'existe pas, à notre connaissance de publication relative à leur positionnement sur cette vaccination controversée.

OBJECTIF → Déterminer l'influence du statut vaccinal anti-HPV des étudiants sages-femmes (ESF) sur leur positionnement

comme futur professionnel et sur leurs connaissances vis-à-vis de cette vaccination.

MATÉRIEL ET MÉTHODE → Une enquête nationale transversale observationnelle par questionnaire anonyme adressé par courriel et deux relances aux 4 000 ESF des 35 écoles françaises, a été conduite du 27 avril au 1^{er} juin 2016. Le questionnaire les interrogeait principalement sur leurs caractéristiques socio-démographiques, statut vaccinal anti-HPV, positionnement sur la vaccination anti-HPV vis-à-vis de leur famille et patientes, et des questions de connaissance d'ordre épidémiologique sur l'HPV évaluées par un score. Les analyses univariées ont été réalisées avec le logiciel OpenEpi[®] et les tests de *Chi2* ou *Fisher* pour les données qualitatives, et *t* de *Student* ou *Mann-Whitney* et *ANOVA* pour les données quantitatives, calculées au risque d'erreur alpha = 5 %.

RÉSULTATS → La population d'étude est de 1 210 femmes (taux de participation 30,2 %, 33/35 écoles). Moins les catégories socio-professionnelles des parents étaient élevées, plus elles étaient vaccinées (n = 830, 68,6 % [66-71,2]). Celles

MANON CATTET - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE NICE (SUITE)

vaccinées recommandaient plus les vaccins anti-HPV à leur famille et aux patientes (respectivement OR = 26,71 [16,69-42,73]; $p < 0,001$; OR = 7,72 [4,77-12,49]; $p < 0,001$) et obtenaient en moyenne de meilleurs scores de connaissances (11,1/19 ($\pm 2,9$) vs 9,6/19 ($\pm 3,2$); $p < 0,001$). Celles non vaccinées étaient plus âgées ($p < 0,001$), doutaient de l'innocuité/efficacité des vaccins ($p < 0,001$) et recommandaient plus la vaccination aux patientes qu'aux familles (81,3 % vs 57,9 %; $p < 0,001$). Les taux d'incitation vaccinale envers les patientes et les familles augmentaient entre le début et la fin du cursus (respectivement OR = 3,02 [1,85-4,93]; $p < 0,001$; OR = 2,25 [1,2-3,231]; $p < 0,001$) pour 1 125/1 210 étudiantes (93 %). 85/1 210 (7 %) ne recommanderaient pas les vaccins.

DISCUSSION - CONCLUSION → Les nombreux résultats significatifs sont à considérer avec les biais d'un recueil déclaratif. C'est la seule étude réalisée en population totale qui cherche à corréler la perception du vaccin anti-HPV avec les connaissances. Les ESF sont favorables à la vaccination et influencées par leur statut vaccinal. Nos résultats corroborent ceux relatifs au concept émergent d'hésitation vaccinale, associant l'influence des connaissances des professionnels de santé, les attitudes et croyances envers les vaccins, et des facteurs culturels. Ils suivent ceux d'autres filières santé, et suggèrent une meilleure éducation des ESF en épidémiologie et sur la sécurité vaccinale pour relayer une information objective. Cela pourrait passer par leur participation à des actions de santé publique.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

→ DESCRIPTIF DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une enquête nationale transversale observationnelle questionnant les étudiants sages-femmes.

→ OBJECTIFS

Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de déterminer l'influence du statut vaccinal anti-HPV des étudiants sages-femmes sur leur opinion et positionnement en tant que futur professionnel vis-à-vis de cette vaccination et sur leurs connaissances.

Objectifs secondaires

- Déterminer la couverture vaccinale anti-HPV des ESF.
- Établir un comparatif entre les ESF vaccinées et non vaccinées sur leur opinion à propos de la prévention anti-HPV.
- Déterminer s'il existe une différence de positionnement des ESF concernant cette vaccination entre leur famille et leurs patients.
- Déterminer les facteurs d'influence de leur prescription de la vaccination anti-HPV.
- Établir un comparatif entre les ESF vaccinées et non vaccinées sur l'acquisition de leurs connaissances à propos de la prévention anti-HPV.

→ HYPOTHÈSES

- La couverture vaccinale du vaccin anti-HPV des ESF de France est la même que celle de la population générale.

- Les ESF vaccinées contre le papillomavirus ont une position plus favorable quant à la vaccination de leur famille et de leurs patientes que les non vaccinées.
- Le niveau de connaissance en matière de santé publique sur l'HPV est identique quel que soit le statut vaccinal.
- Les ESF sont favorables à la vaccination de leurs futurs patients quel que soit leur statut vaccinal par conscience professionnelle.
- L'environnement familial influence le positionnement des ESF en tant que futur prescripteur.

→ POPULATION

Description

L'étude s'adressait à tous les ESF (femmes vaccinées ou non vaccinées contre l'HPV et hommes) des quatre promotions des 35 écoles de France (métropole et DOM-TOM).

L'effectif total de la population cible n'a pas pu être calculé précisément, il est estimé à 4 000¹. Les nombres d'étudiants doublants, masculins ou ayant quitté le cursus sont inconnus.

Critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion de l'étude

Le diagramme de flux en figure 1 présente et résume les critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion des individus retenus pour l'étude.

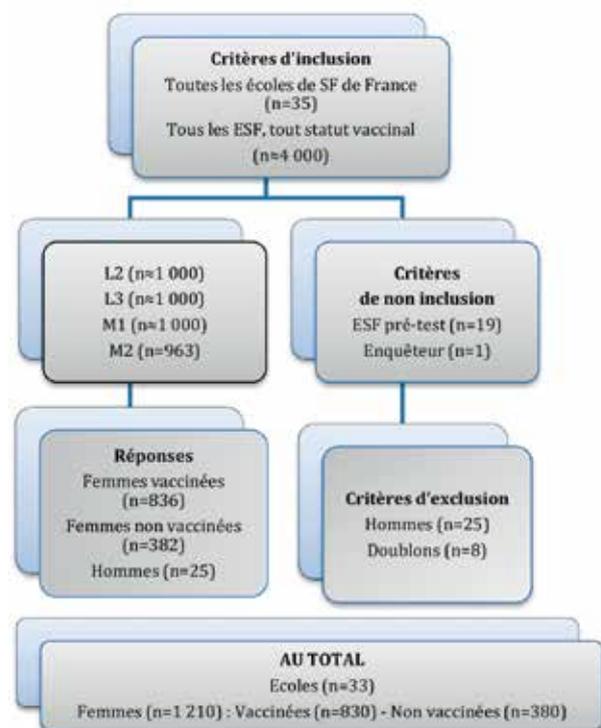


Figure 1 > Diagramme de flux résumant les caractéristiques de la population d'étude.

1. Estimation sur la base des données des *numerus clausus* nationaux 2013-2014, 2014-2015 et 2015-2016 lors de l'entrée en L2 dans la filière maïeutique ($n = 1 015$ pour chaque année), du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes pour les ESF de M2 préinscrits au Tableau national RPPS avant l'obtention du Diplôme d'Etat en juin 2016 ($n = 963$), et selon le recensement de l'Association Nationale des Étudiants Sages-Femmes (ANESF).

MANON CATTET - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE NICE (SUITE)

53 ESF ont été non inclus ou exclus : 19 sollicités lors des phases de pré-test du questionnaire, 1 enquêteur, 8 doublons perçus après lecture des questions ouvertes, 25 hommes. Le très faible effectif masculin rend leurs réponses inexploitable. Par ailleurs, après discussion, les hommes sont en France non vaccinés contre l'HPV ce qui induit un biais dans leur perception du vaccin à titre personnel. Bien qu'intéressantes, leurs réponses ne seront pas présentées dans ce travail.

Au total, la population d'étude est de 1 210 femmes.

Calcul du nombre de participants

Afin de déterminer le nombre de participants nécessaires pour que l'étude soit la plus représentative possible, un intervalle de confiance a été calculé².

En fonction de l'effectif total de la population cible et selon le mode d'envoi du questionnaire, nous avons estimé qu'un taux de participation entre 10 % et 20 % était envisageable pour cette étude.

Le nombre minimal de participants a été calculé à partir de deux taux connus de couverture vaccinale contre l'HPV en population générale (18 % et 30 % [5]) et d'un taux hypothétique extrême de 70 %, en fonction de différents effectifs (tableau I).

Taux de couverture vaccinale [Intervalle de confiance]	18% [IC 95 %]			30% [IC 95 %]			70% [IC 95 %]		
	Effectif théorique								
500	[14,6-21,4]			[26-34]			[66-74]		
1 000	[15,6-20,4]			[27,2-32,8]			[67,2-72,8]		
1 500	[16,1-19,9]			[27,7-32,3]			[67,7-72,3]		

Tableau I > : Estimation du nombre minimal de participants à partir du calcul des intervalles de confiance selon différents taux de couverture vaccinale contre l'HPV et effectifs.

Au regard du faible écart des intervalles de confiance calculés selon 500 individus (soit 12,5 % de participation), 1 000 (soit 25 % de participation) ou 1 500 (soit 37,5 % de participation), 1 000 semble être un effectif satisfaisant pour que les résultats soient généralisables avec un taux de couverture vaccinale chez les ESF compris entre 30 % et 70 %.

→ RECUEIL DES DONNÉES: LE QUESTIONNAIRE

Élaboration du questionnaire

L'élaboration a débuté fin janvier 2016. Un questionnaire anonyme en ligne a été réalisé grâce au logiciel « Google Form[®] »³. Le choix d'un envoi informatique a été privilégié face à la population ciblée et au nombre de réponses attendues,

afin de faciliter le traitement des données. Le choix s'est porté sur des questions fermées à réponses uniques et multiples avec autant d'items exacts que faux et la possibilité de répondre « *je ne sais pas* » afin de limiter les réponses dues au hasard.

Les questions ouvertes sont limitées. Leur présence paraissait indispensable pour illustrer au mieux l'opinion des étudiants et répondre à un des objectifs secondaires précités malgré le risque de non-réponse et/ou d'abandon du questionnaire.

Enfin, les questions à réponse unique sont présentées sous forme de menu déroulant pour le rendre plus ludique et donner un aspect rapide.

Justifications des questions posées

Les questions et leur ordre tentent de répondre aux objectifs établis et prennent en compte les facteurs d'influence retrouvés dans la littérature. Il comporte une partie « générale », une partie « opinions », une partie « connaissances » et une partie spécifique à chaque population (filles vaccinées, non vaccinées, hommes).

■ Concernant le volet « général »

- L'école de sages-femmes de provenance et la promotion permettent de déterminer le niveau du cursus et la représentativité géographique des participants ;
- Le sexe et le statut vaccinal identifient les populations ciblées, dirigent vers la suite du questionnaire et l'analyse des données ;
- La catégorie socioprofessionnelle des parents (selon le découpage de l'INSEE) et un membre de la famille exerçant dans le secteur de la santé nous semblaient intéressants dans la mesure où la littérature indique une influence de ces paramètres sur le statut vaccinal des individus et leur positionnement.

■ Concernant les opinions des ESF

- Ils sont questionnés sur leurs avis à propos de la vaccination en général et sur la prévention anti-HPV par des questions ouvertes et fermées, en lien avec les freins retrouvés dans la littérature ce qui pourrait s'apparenter à de l'« hésitation vaccinale ».
- Les items proposés distinguent les opinions relatives « aux familles » et « aux patientes ».

■ Concernant l'acquisition des connaissances des ESF

Les questions sont principalement orientées « santé publique » afin que le questionnaire reste abordable pour toutes les promotions tout en restant en lien avec le sujet, et ne soit pas considéré comme une évaluation habituelle des connaissances.

- Concernant le statut vaccinal des filles, il s'agit d'en recueillir les conditions, de les interroger sur leur ressenti actuel.

Initialement, il était demandé aux garçons leur point de vue sur cette vaccination en tant que prescripteur et non bénéficiaire direct, mais en tant qu'homme.

Tests du questionnaire

Un premier test du questionnaire a été réalisé mi-mars 2016. À l'origine seuls deux groupes avaient été identifiés : les ESF

2. <http://www.mediametrie.fr/calculettes-mediamedrie.php?id=intervalle>.

3. L'intégralité du questionnaire est disponible en Annexe (non reproduite ici). Il est présenté de manière linéaire de manière à visualiser l'ensemble des questions ; sa construction rendant impossible la perception qu'en ont eu les ESF. Les questions communes aux différentes populations sembleront ici répétitives.

MANON CATTET - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE NICE (SUITE)

vaccinées contre l'HPV et les ESF non vaccinés (comprenant les hommes). Un premier questionnaire avait été réalisé avec une partie commune pour les deux groupes intégrant des questions d'ordre général. Cette partie se finissait par une question sur la vaccination anti-HPV différenciant alors les questions suivantes selon les deux groupes.

Nous l'avons fait tester à 5 ESF de L2, L3, M1 et 4 ESF en M2 de l'école de *** (soit au total 19 étudiants) sur support papier pour qu'ils puissent faire des commentaires.

Début avril, après avoir pris en compte les remarques faites lors du premier test ⁴, la version en ligne a été proposée à ces 19 ESF afin de connaître leurs avis sur la nouvelle disposition du questionnaire et tester le recueil et l'analyse des données via le document Google Form[®] et le fichier Excel[®] associé. 13/19 ESF ont répondu. Le temps de réponse maximal est de 5-6 minutes, questions ouvertes comprises.

Le questionnaire a ainsi été construit en 12 volets en fonction de la promotion de l'étudiant et de son statut vaccinal anti-HPV (Figure 2).

Modalités de diffusion du questionnaire et durée de l'étude

Le questionnaire a été adressé par courriel aux ESF via les directeurs d'écoles avec les consignes d'accès au document en ligne en deux temps en raison du calendrier des vacances scolaires : le 27 avril 2016 aux écoles des zones A et B, le 2 mai 2016 aux écoles des zones C et outre-mer.

Deux relances ont été réalisées selon le nombre de réponses enregistrées afin d'obtenir le nombre minimal de participants calculé précédemment ⁵ : le 11 mai 2016 aux directeurs des écoles pour lesquelles les étudiants n'avaient pas répondu suite au premier courriel, le 19 mai 2016 à l'ensemble des ESF de France via l'ANESF pour limiter la sollicitation des directeurs et de manière à ce que chaque étudiant soit joint au moins une fois.

Clôture de l'accès au questionnaire le 1^{er} juin 2016.

4. **Forme** : compréhension des questions, ordre, distinction des trois populations (filles vaccinées, filles non vaccinées, garçons).

Fond : biais des questions, risque d'incitation aux réponses ; les réponses aux questions de connaissances sont proposées.

→ ANALYSE DES DONNÉES

Saisie des données

Les données obtenues apparaissent horodatées et sont colligées dans un fichier Excel[®] afin de standardiser les réponses et faciliter leurs traitements.

Ce fichier est constitué de six volets : questions générales, filles vaccinées, filles non vaccinées, hommes, connaissances, profession de santé dans l'entourage de l'ESF.

Les volets « général » et « connaissances » comprennent un tableau où les données sont classées par « variations du statut vaccinal » et un tableau « variations par promotion » afin de déterminer le plus précisément possible les facteurs d'influence des réponses.

Analyse des questions ouvertes et classifications par thèmes

Nous avons choisi de traiter les questions ouvertes en les classant par thèmes majeurs dans deux catégories principales : « conseil de la vaccination aux patientes » et « conseil aux familles ». Les principaux résultats seront présentés selon la recommandation du vaccin faite aux familles et aux patientes par les ESF en fonction des thèmes retrouvés.

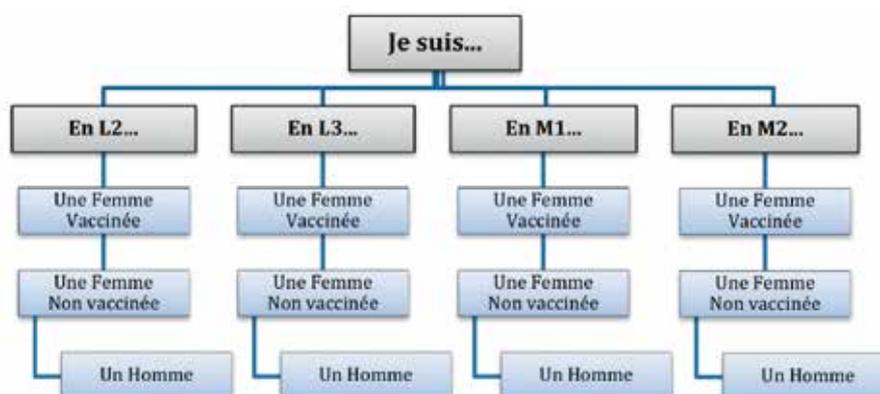
Tests statistiques

Les analyses de significativité ont été effectuées à l'aide des tests de *Chi 2* pour les données qualitatives, *t* de *Student* et *ANOVA* pour les données quantitatives, au risque d'erreur de 5 % à l'aide des logiciels BiostatGV[®] et OpenEpi[®]. Le test exact de *Fisher* et celui de *Mann-Whitney* ont été utilisés lorsque les conditions de réalisation des tests de *Chi 2* et *t* de *Student* n'étaient pas respectées. Les probabilités associées aux tests sont considérées comme statistiquement significatives lorsque $p \leq 0,05$ à l'intervalle de confiance de 95 %.

5. **Avant relance** : 896 réponses (22,4 % de participation), dont 596 ESF vaccinées (66,7 %), 280 ESF non vaccinées (31,3 %), 18 hommes (2 %), 26/35 (74,3 %) écoles de SF.

Après relance : 1 117 réponses (27,9 %), dont 755 ESF vaccinées (67,8 %), 340 ESF non vaccinées (30,4 %), 22 hommes (2 %), 28/35 (80 %) écoles de SF.

Figure 2 >
Architecture de construction du questionnaire



LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTES PRIMIPARES PRÉSENTANT UNE RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES À TERME

ÉTUDE AVANT-APRÈS COMPARANT LA MORBI-MORTALITÉ FŒTO-MATERNELLE, EN HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE VERSUS EN AMBULATOIRE, DE 2011 À 2016

PRIX
SCIENTIFIQUE
EX AEUO

FLORA MICHEL - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE NANCY

RÉSUMÉ

INTRODUCTION → La rupture prématurée des membranes (RPM) concerne 8 % des grossesses à terme. Les stratégies de prise en charge existantes étant divergentes et non consensuelles à ce jour, le questionnement quant à un déclenchement immédiat, différé, ou l'expectative dans l'attente d'une éventuelle entrée en travail spontané, reste d'actualité. Sur le lieu d'étude, un protocole intra-hospitalier a été récemment rédigé qui permet aux patientes présentant une RPM à terme, selon certaines conditions définies, de bénéficier d'une prise en charge en expectative à domicile, de 24 à 36 heures. Ce type de prise en charge permettrait hypothétiquement une plus grande satisfaction des patientes et des économies pour le système de santé.

OBJECTIF → Étudier la morbi-mortalité fœto-maternelle des patientes primipares présentant une RPM à terme, lors de la prise en charge ambulatoire, comparée à la prise en charge hospitalière.

MATÉRIEL ET MÉTHODE → Une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique, de type avant-après protocole, a été réalisée entre 2011 et 2016. L'étude portait sur 100 patientes dans chaque groupe. Un focus a été réalisé chez les patientes primipares. Le groupe « *avant* » était composé de 34 patientes hospitalisées et le groupe « *après* » de 62 patientes rentrées à domicile. Cette étude a été réalisée grâce à l'exploitation des dossiers médicaux. Ont été pris en compte dans le recueil de données : les critères démographiques et médicaux. Les différences étaient considérées comme significatives pour des valeurs $p < 0,05$.

RÉSULTATS → Les deux populations étaient comparables en termes d'âge, d'IMC et d'âge gestationnel ($p > 0,05$). Dans le groupe « *avant* », la proportion de déclenchement était de 26,50 % contre 46,80 dans le groupe « *après* » ($p = 0,052$), et la proportion d'accouchements voie basse de 67,65 % contre 56,45 ($p = 1,00$). Aucune différence significative n'a été retrouvée, concernant les délais entre la RPM, le déclenchement ou le travail spontané, et l'accouchement, ni concernant la morbidité fœto-maternelle ($p > 0,05$). Des contractions utérines douloureuses faisaient l'objet d'une manifestation plus importante de la part des patientes rentrées à domicile ($p = 0,02$).

ANALYSE ET DISCUSSION → Malgré le type d'étude, les deux populations avaient les mêmes caractéristiques et étaient comparables. Les modalités de prise en charge des patientes (en hospitalisation ou à domicile) n'avaient pas d'impact sur le devenir des femmes et des nouveau-nés. La présence plus

importante de contractions utérines douloureuses pouvait être liée à un biais d'information dû au manque d'exhaustivité des dossiers médicaux. Une tendance plus importante au déclenchement des patientes rentrées à domicile pouvait être due à des craintes des professionnels quant à l'apparition d'une infection fœto-maternelle.

CONCLUSION → L'étude n'a pas montré de différence d'un point de vue de la morbi-mortalité fœto-maternelle entre la prise en charge ambulatoire des patientes présentant une RPM à terme et la prise en charge hospitalière. Si ces résultats se confirmaient lors de prochaines études prospectives randomisées, il serait intéressant de proposer cette alternative à l'hospitalisation, lors de la période d'expectative, de manière plus généralisée et d'homogénéiser les pratiques françaises. Par ailleurs, il serait intéressant de recueillir l'avis des professionnels et des patientes afin d'objectiver leurs opinions et leurs craintes.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

→ TYPE D'ÉTUDE

Une étude épidémiologique, observationnelle, analytique, rétrospective, monocentrique, de type avant-après protocole, concernant la prise en charge des patientes présentant une RPM à terme, était sur le point d'être débutée. Celle-ci reposait sur une comparaison de la morbi-mortalité fœto-maternelle, lors de la prise en charge en hospitalisation conventionnelle versus en ambulatoire. Ainsi, dans le cadre de ce mémoire, une étude en sous-groupe, concernant les patientes primipares, a été proposée. En effet, ce focus sur la population permettait de réaliser une étude totalement indépendante et qui restera valide malgré une publication ultérieure de l'étude globale.

Ainsi, deux études se sont déroulées simultanément : l'étude en sous-groupe concernant les patientes primipares (ce mémoire), et une étude globale regroupant les résultats de l'étude en sous-groupe et les résultats d'une étude concernant les patientes multipares.

Les deux études se sont donc déroulées de manière autonome et indépendante l'une de l'autre.

Le groupe « *avant* » était composé de patientes primipares présentant une RPM après 37 SA et qui ont été hospitalisées, sur la période allant de novembre 2011 à novembre 2013 (période « *avant* »).

Le groupe « *après* » était composé de patientes primipares présentant une RPM après 37 SA et qui ont bénéficié d'une prise en charge ambulatoire, sur la période allant de novembre 2013 à novembre 2016 (période « *après* »).

FLORA MICHEL - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE NANCY (SUITE)

Population étudiée

Les patientes ayant présenté une RPM après 37 SA, ayant eu une grossesse singleton non compliquée avec un fœtus en présentation céphalique étaient la population cible de l'étude. De plus, ces patientes présentaient un bilan infectieux négatif (CRP < 10 mg/L et prélèvement vaginal ne retrouvant pas de *Streptococcus agalactiae*) et ne montraient aucun signe infectieux tel qu'un liquide amniotique de couleur modifiée. Ces patientes ne devaient pas avoir de contractions utérines au moment du diagnostic, devaient présenter un examen obstétrical sans particularité, habiter à moins d'une heure de trajet de la maternité et devaient adhérer à la prise en charge ambulatoire. Un examen cardiotocographique devait être réalisé pendant au moins deux heures en salle de naissance avant de laisser partir la patiente.

L'étude en sous-groupe s'est ainsi intéressée aux patientes primipares présentant ces critères.

Modalités de réalisation de l'étude

■ Critères de non-inclusion

Les patientes qui présentaient des antécédents d'infection materno-fœtale à *Streptococcus agalactiae* ne pouvaient faire partie de l'étude.

■ Échantillonnage

La taille de l'échantillon de l'étude globale était de 100 patientes du groupe « avant » et 100 patientes du groupe « après ».

La taille de l'échantillon de l'étude en sous-groupe concernant les primipares était de 34 patientes du groupe « avant » et 62 patientes du groupe « après ».

La sélection des dossiers a été réalisée à partir de la base de données du département d'informations médicales, grâce au codage « rupture prématurée des membranes après 37 semaines d'aménorrhée ». Une deuxième sélection a été effectuée en fonction des critères d'inclusion et de non-inclusion.

■ Critères de jugement

Le critère de jugement principal était l'infection néonatale précoce. Celle-ci a été définie par la présence d'au moins un des critères suivants : une hyperthermie à la naissance (température corporelle > 38 °C), un liquide gastrique non stérile et/ou la mise en place d'une antibiothérapie néonatale.

Les critères de jugement secondaires ont été définis par une hospitalisation du nouveau-né en unité de soins intensifs ou en réanimation néonatale, par la survenue d'une infection maternelle dans le post-partum (présence d'au moins un des critères suivants : fièvre isolée, endométrite, infection urinaire, antibiothérapie mise en place), et par le taux de césarienne, d'accouchement voie basse spontané, de maturation cervicale et de déclenchement du travail.

→ OUTIL DE RECUEIL DES DONNÉES

Le recueil de données a été réalisé de manière anonyme en utilisant un numéro d'inclusion.

Une grille de recueil de données a été élaborée à l'aide du

logiciel Excel® (Microsoft, France) conjointement pour l'étude globale et pour l'étude en sous-groupe et a servi de support. Ses principales variables étant les caractéristiques maternelles, l'évaluation clinique, les éléments intercurrents entraînant un changement de conduite à tenir, l'accouchement, la morbidité maternelle, les caractéristiques et la morbidité néonatale.

Les caractéristiques maternelles étaient représentées par l'âge maternel, la taille, le poids, l'indice de masse corporelle, la parité, l'âge gestationnel au diagnostic et la présence ou non de diabète gestationnel.

L'évaluation clinique reposait sur la méthode de diagnostic (clinique ou biologique) et le score de Bishop à l'entrée. Le diagnostic clinique étant défini par un unique examen clinique de la patiente (inspection et utilisation d'un spéculum stérile afin d'objectiver les pertes de liquide amniotique); le diagnostic biologique étant défini par l'utilisation supplémentaire d'un test de diagnostic.

Les éléments intercurrents entraînant un changement de conduite à tenir étaient la fièvre, les altérations du rythme cardiaque fœtal ou tout autre élément notable.

La catégorie accouchement reposait sur la mise en travail (spontanée ou induite), le type d'induction du travail si nécessaire (maturation cervicale ou déclenchement par oxytocine), le délai entre la RPM et le début du travail ou le déclenchement et entre la RPM et l'accouchement, le mode d'accouchement (voie basse spontanée ou instrumentale ou césarienne), et sur l'exécution de manœuvres endo-utérines.

La morbidité maternelle reposait sur la fièvre per-partum, des signes infectieux dans le post-partum et par la durée d'hospitalisation.

Les caractéristiques néonatales reposaient sur le pH au cordon, l'Apgar à cinq minutes et le poids de naissance.

La morbidité néonatale reposait sur les signes d'infection néonatale précoce, l'infection néonatale précoce (hyperthermie à la naissance > 38 °C, liquide gastrique non stérile et antibiothérapie néonatale mise en place), l'exécution d'une réanimation néonatale avec intubation, un transfert en unité de soins intensifs et la durée d'hospitalisation. Les potentiels décès néonataux ont également été recherchés.

Toutes ces informations ont été recensées dans les dossiers médicaux des patientes et des nouveau-nés, à la fois en format numérique à l'aide du logiciel DxCare® (Medasys, France) et en format papier.

→ PLAN D'ANALYSE STATISTIQUE

Tests statistiques

Des statistiques descriptives ont été réalisées en ce qui concerne les caractéristiques maternelles, obstétricales et fœtales.

Pour les variables quantitatives, des tests paramétriques de Student ont été réalisés. Dans le cas où les conditions d'application de ce test n'étaient pas retrouvées (notamment lorsque l'homoscédasticité des variances n'était pas vérifiée), des tests non paramétriques de Kruskal-Wallis ont été effectués. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et leur écart-type.

FLORA MICHEL - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE NANCY (SUITE)

Pour les variables qualitatives, des tests paramétriques du 2 ont été réalisés dès lors que les effectifs étaient supérieurs à cinq. Dans les cas où les effectifs étaient inférieurs à cinq, des tests non paramétriques de Fisher ont été réalisés. Ces variables ont été décrites par leur effectif et leur pourcentage.

Le logiciel EpiData® (EpiData Association, Danemark) a été utilisé afin de réaliser les analyses statistiques.

Seuil de significativité

L'analyse statistique a été réalisée avec un seuil de risque alpha fixé à 5 %.

Gestion des données manquantes

Le recueil de données a montré quatre données manquantes en ce qui concerne le pH au cordon à la naissance et une

donnée manquante concernant l'Apgar à cinq minutes. Ces données manquantes concernaient cinq dossiers médicaux distincts. L'exclusion des dossiers ne modifiait pas les tendances générales des résultats, ainsi, ils ont tout de même été inclus dans l'étude.

→ **ASPECTS ÉTHIQUE ET RÉGLEMENTAIRE**

Puisque des données de santé et des données identifiantes ont été recueillies, une demande préalable d'autorisation a été déposée auprès du département d'informations médicales.

L'étude a requis l'accès aux dossiers obstétricaux et néonataux. Les informations qui ont été recensées dans ces dossiers ont été tenues au secret professionnel et au maintien de l'anonymat. Le recueil de données a respecté l'anonymat des patientes grâce à un numéro d'inclusion. •

ÉTUDE SUR LA PROMOTION DU DON DU LAIT AUPRÈS DE 342 FEMMES ALLAITANTES EN RÉGION X

LAURA BERGAMASCHI - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE ROUEN

PRIX
SPÉCIAL
DU JURY
EX AEQUO

RÉSUMÉ

Le don du lait est méconnu, contrairement aux dons du sang ou d'organes. Les propriétés immunologiques du lait maternel le rendent indispensable pour les prématurés, notamment ceux de moins de 32 semaines ou de moins de 1 500 grammes. 70 000 litres de lait sont nécessaires par an pour tous les alimenter, or seulement 55 000 sont récoltés. Le don de lait maternel en France est insuffisant et ce, malgré des appels au don fréquents dans la presse locale.

C'est pourquoi le but principal de cette étude était d'identifier une stratégie de communication efficace afin d'améliorer la promotion de cette pratique.

Il s'agit d'une étude multicentrique et prospective à visée descriptive, réalisée dans six maternités de la région X. 342 femmes allaitantes ont ainsi répondu à notre questionnaire lors de leur séjour en suites de couches. Seules ont été exclues les femmes ne maîtrisant pas le français.

50,6 % des femmes de notre étude connaissent le don du lait. Elles sont majoritairement satisfaites par l'information reçue par la collectrice du lactarium en suites de couches lorsqu'il s'agissait d'une maternité avec passage de ce professionnel. 63,2 % des femmes de notre étude envisageraient de donner leur lait après information sur le don. Par ailleurs, 93,3 % d'entre elles considèrent que la sage-femme a un rôle à jouer dans la promotion du don du lait.

Comme l'a montré notre étude, une multiplication de l'information à divers moments, notamment durant la grossesse et

en suites de couches, permettrait de sensibiliser davantage les femmes. Une information orale diffusée par les professionnels de santé couplée à la brochure du lactarium et un affichage en maternité seraient efficaces.

Cependant, pour que les professionnels de périnatalité puissent les renseigner, il faut qu'eux aussi connaissent cette pratique et bénéficient d'une information. C'est pourquoi nous espérons avoir sensibilisé les personnels des maternités où nous avons réalisé notre étude et que cela les encouragera à promouvoir cette pratique. Par ailleurs, lors de la « Semaine du Don » organisée par les étudiants de notre université, nous avons pu présenter le don du lait sur une journée et distribuer une plaquette informative.

Les lactariums disposent de peu de moyens financiers pour promouvoir cette pratique. Aussi, des actions de santé publique pourraient également être menées sur le territoire français. Prolonger le congé maternité ou bien créer un congé d'allaitement pourrait favoriser l'allaitement maternel et ainsi la promotion du don du lait. Instaurer une journée nationale du don du lait humain, à l'instar du Brésil, permettrait de le faire connaître du grand public. De même, le label « Grande Cause Nationale » pourrait lui être attribué par le Premier Ministre, permettant ainsi d'obtenir des diffusions gratuites de messages sur les sociétés publiques de télévision et de radio durant toute une année.

Multiplier les moyens de communication sur le don du lait permettrait de sensibiliser davantage de femmes allaitantes et ainsi améliorer la collecte nationale.

LAURA BERGAMASCHI - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE ROUEN (SUITE)

MATÉRIEL ET MÉTHODE

→ QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSES

Le don de lait maternel en France est insuffisant et ce malgré des appels au don fréquents. En découle alors la question de recherche suivante : quelles sont les connaissances des femmes allaitantes sur le don du lait en région X ?

Notre hypothèse pour y répondre est que les connaissances des femmes allaitantes sur le don du lait sont restreintes, sans doute par manque de sensibilisation et de promotion de cette pratique.

→ OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Pour que le recueil de lait maternel soit constant chaque année, il est essentiel d'informer les femmes sur l'existence des dons de lait anonymes. L'objectif de cette enquête est, d'une part, d'évaluer les connaissances des femmes allaitantes sur le don du lait et si l'information reçue est jugée satisfaisante. D'autre part, il s'agirait de cerner leurs envies, leurs besoins et leurs attentes quant à une sensibilisation adéquate.

Le but principal est d'identifier une stratégie de communication efficace. Cela permettrait d'améliorer la promotion du don du lait en proposant des solutions en fonction des réponses des femmes.

→ POPULATION ÉTUDIÉE

La population concernée est constituée des femmes allaitantes en suites de couches. Les critères d'inclusion de l'étude ont donc été d'être une femme allaitant son nouveau-né, toutes parités confondues, quel que soit le terme, hospitalisée en suites de couches.

Ont en revanche été exclues les femmes ne parlant pas ou mal le français pour éviter les erreurs de compréhension des questions posées.

→ OUTILS EMPLOYÉS ET DÉMARCHÉ RÉALISÉE

Il s'agit d'une étude multicentrique et prospective à visée descriptive. La méthode du questionnaire s'est ainsi révélée la plus appropriée. En effet, pour établir un état des lieux en région X, nous avons réalisé une étude transversale sous forme de questionnaire, c'est-à-dire que nous avons étudié une population à un moment donné, pour évaluer les connaissances des femmes. L'étude était à la fois multicentrique, s'intéressant à plusieurs maternités de la région X, descriptive, établissant un état des lieux, et prospective.

Une maquette du questionnaire a été testée en juin 2016 auprès de dix femmes allaitantes en suites de couches, à la maternité D. Cela a permis d'évaluer la pertinence et la bonne compréhension des questions, ainsi que d'en estimer la durée de remplissage. Les femmes l'ont trouvé compréhensible et nous ont permis d'ajuster certaines formulations. Elles ont mis en moyenne 6 minutes et 54 secondes à le remplir.

Le questionnaire a ensuite été validé par les cadres des différentes maternités où se déroulerait l'étude.

Le questionnaire, anonyme, a été distribué aux femmes allaitantes lors de leur séjour en maternité, dès le premier jour, pour qu'elles puissent y répondre avant leur sortie. Il comportait 22 questions.

La première partie du questionnaire commence par identifier les femmes (âge, catégorie socioprofessionnelle, parité...). Ensuite, il évalue les connaissances de celles-ci sur le don du lait et leur envie de mieux connaître le sujet ou non.

Mais seraient-elles pour autant intéressées par le don du lait grâce à une meilleure sensibilisation ? Il a été inclus dans le questionnaire des informations sur le don de lait et les lactariums pour les femmes désirant en connaître un peu plus sur le sujet. Ceci permettra de savoir si elles seraient intéressées pour donner après une sensibilisation sur les bienfaits du lait maternel pour les enfants qui en bénéficient.

La dernière partie concerne la promotion du don de lait. Le but sera de connaître les attentes des femmes afin de mieux identifier la stratégie de communication sur le don de lait.

→ DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Nous avons recherché trois maternités avec passage de la collectrice du lactarium et trois où elle ne passait pas, afin de mettre en évidence une différence significative dans nos résultats. De même, nous avons choisi deux maternités de chaque niveau.

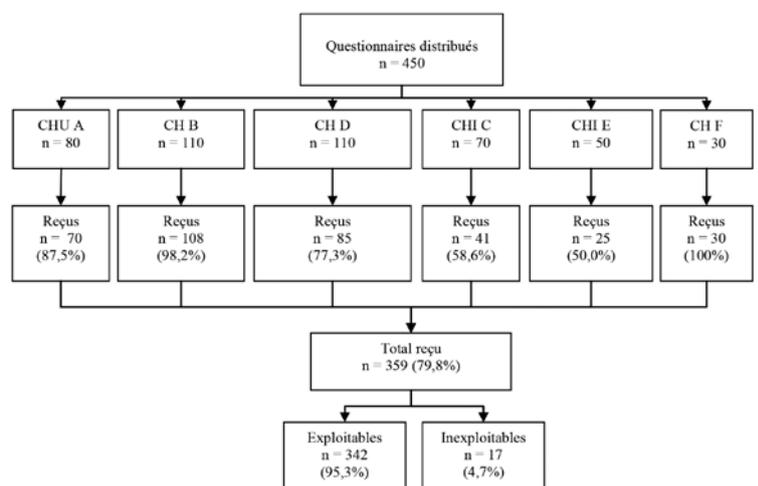
L'étude a ainsi été réalisée dans six maternités de la région X : CHU A (niveau III) • CH B (niveau III) • CHI C (niveau IIb) • CH D (niveau IIa) • CHI E (niveau I) • CH F (niveau I).

L'étude s'est déroulée durant trois mois pour chaque maternité :

- du 2 août au 30 octobre 2016 pour le CHU A ;
- du 16 août au 13 novembre pour le CH D ;
- du 26 août au 25 novembre pour le CHI C, le CHI E et le CH F ;
- du 5 septembre au 30 novembre pour le CH B.

Le personnel soignant a été informé de l'enquête par une lettre d'information sur la pochette contenant les questionnaires. Ceux-ci ont été distribués en suites de couches par le personnel ou par les étudiants.

450 questionnaires ont été déposés dans ces six maternités, proportionnellement au nombre d'accouchements réalisés et



LAURA BERGAMASCHI - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE ROUEN (SUITE)

au taux d'allaitement : 110 au CH B ainsi qu'au CH D • 80 au CHU A • 70 au CHI C • 50 au CHI E • 30 au CH F.

Le nombre total de questionnaires recueillis a été de 359 soit un taux de distribution et de réponses à 79,8 %. Parmi ceux-ci, 342 étaient exploitables et 17 inexploitables.

→ ANALYSE STATISTIQUE

Les données ont été saisies avec Microsoft Office Excel. L'analyse statistique des données a été réalisée grâce au logiciel Epi info 7 et au logiciel R.

Les liens entre variables qualitatives ont été recherchés par

des tests du Khi^2 de Pearson, des tests de Fisher exact ou des tests du Khi^2 simulés selon les effectifs. Plus précisément, le test de Fisher exact était employé lorsque le test du Khi^2 de Pearson n'était pas valide (au moins un effectif théorique attendu inférieur à 5) et le test du Khi^2 simulé était employé lorsque la matrice était trop grande et que le test de Fisher exact dépassait les capacités de mémoire d'un ordinateur.

Le seuil de significativité « p » retenu est 0,05 soit un risque d'erreur de 5 %.

Les résultats sont exprimés en pourcentage avec une décimale. •

PRISE DE POIDS EXCESSIVE ET QUALITÉ DE VIE CHEZ DES FEMMES PRIMIPARES D'INDICE DE MASSE CORPORELLE NORMAL AVANT LA GROSSESSE

ADÉLAÏDE COSMO - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE MONTPELLIER

PRIX
SPÉCIAL
DU JURY
EX AEQUO

RÉSUMÉ

Au cours d'une grossesse, de nombreux changements corporels et de santé s'opèrent et sont susceptibles d'altérer la qualité de vie des femmes enceintes. Or, celle-ci semble être un déterminant de morbi-mortalité durant cette période.

Il paraît alors important de tenter de mettre en lumière les éléments en lien avec la qualité de vie et d'en déterminer les principaux facteurs d'altération. Ceci, afin de les prendre en charge de façon spécifique. Nous avons choisi de nous intéresser aux facteurs *prise de poids gestationnelle et alimentation*.

Pour cela, nous avons cherché, principalement, à établir un lien entre prise de poids excessive et altération de la qualité de vie, pendant la grossesse. Nos objectifs secondaires étaient de rechercher l'existence de liens entre habitudes alimentaires et prise de poids et entre alimentation et qualité de vie.

Afin d'y parvenir, nous avons distribué aux femmes, au cours de leur 7^e mois de grossesse, en salle d'attente des consultations, des questionnaires composés de trois parties : critères de sélection, questionnaire standardisé de qualité de vie MOS SF-36, version française et questionnaire de fréquence alimentaire (« *mediterranean diet score* » et « *western diet score* »). 160 questionnaires ont été distribués, 136 récupérés, et 87 ont pu être analysés. Nous avons ensuite divisé la population incluse en deux groupes, selon les recommandations de l'Institut de Médecine : prise de poids excessive ($n = 34$) et prise de poids normale ($n = 53$). Ensuite, nous avons comparé et analysé les résultats de ces groupes, avec des tests statistiques et arbres décisionnels.

Nous avons pu déterminer que, dans cette étude, 40 % des femmes interrogées ont eu une prise de poids excessive, contre

60 % ayant une prise de poids normale. Les résultats suggèrent :

- L'existence d'un lien entre prise de poids et qualité de vie physique, avec un score significativement inférieur pour le groupe prise de poids excessive ($p < 0.01$) ;
- L'existence d'un lien entre prise de poids excessive et alimentation déséquilibrée de type « western », avec un score significativement différent entre les deux groupes ($p < 0.01$) ;
- La présomption d'un lien entre alimentation déséquilibrée de type « western » et qualité de vie physique et mentale.

Ainsi, cette étude a permis de mettre en évidence un lien entre prise de poids, qualité de vie physique et alimentation. Or, une altération de la qualité de vie a un impact sur la morbi-mortalité durant la grossesse. Notre recherche nous conduit donc à mener une réflexion sur l'intérêt d'une stratégie de prise en charge nutritionnelle et de prévention des déséquilibres alimentaires, pendant la grossesse, pour tenter de réduire cette morbi-mortalité maternelle.

Ceci pourrait se faire, par exemple, par la création en pluridisciplinarité d'un nouvel outil évolutif de prévention primaire d'analyse du comportement alimentaire, à réaliser tout au long de la grossesse.

MÉTHODOLOGIE

→ PROBLÉMATIQUES ET HYPOTHÈSES

Le phénomène de prise de poids au cours de la grossesse, est un phénomène communément admis et semble de façon évidente avoir un impact sur la qualité de vie perçue d'une femme enceinte. Cela étant, nous ne disposons pas à ce jour d'études permettant de corroborer ce fait.

ADÉLAÏDE COSMO - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE MONTPELLIER (SUITE)

Nous nous interrogeons donc sur l'existence de liens entre prise de poids gestationnelle, qualité de vie et alimentation. Démontrer ces liens permettrait une prise en charge plus globale, et ainsi une minimisation des risques encourus par ces femmes.

Les hypothèses de ce travail sont qu'il existe un lien entre prise de poids excessive et qualité de vie pour une femme primipare d'IMC normal en début de grossesse. Notre deuxième postulat est qu'il existe un lien entre prise de poids excessive et alimentation déséquilibrée, et entre alimentation déséquilibrée et qualité de vie moindre.

→ OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude est d'établir un lien entre prise de poids excessive et qualité de vie durant la grossesse.

L'objectif secondaire est d'établir un lien entre prise de poids pendant la grossesse et alimentation, ainsi qu'un lien entre alimentation et qualité de vie.

→ DESIGN DE L'ÉTUDE

Cette étude est une étude descriptive transversale uni-centrique. La méthode repose sur la distribution d'auto-questionnaires anonymes de qualité de vie et de fréquences alimentaires entre 31 et 34 SA et 6 jours.

Population étudiée

La population de l'étude est constituée des femmes, recrutées en salle d'attente des consultations d'obstétriques entre juin 2016 et décembre 2016.

Ces femmes ont été recrutées sur la base de deux questions simples : « Êtes-vous enceinte de votre premier enfant ? » « Quelle est la date prévue de votre terme ? ». Ce qui représente les deux principaux critères d'inclusion à l'étude. Le questionnaire est donné à la femme si elle est primipare et si son terme est entre 31 SA et 34 SA et 6 jours. Les femmes recrutées déposaient ensuite le questionnaire dans un carton prévu à cet effet, à la sortie du service de maternité.

Les **critères d'inclusion** de l'étude sont :

- 1 L'âge de la femme compris entre 18 et 42 ans,
- 2 L'IMC avant la grossesse doit être « normal », donc compris entre 19.8 et 26 kg/m²,
- 3 Le terme de la grossesse au moment du remplissage du questionnaire doit être entre 31 SA et 34 SA et 6 jours,
- 4 La femme est primipare,
- 5 La grossesse est unique et de déroulement normal.

Les **critères de non-inclusion** sont :

- 1 Refus de remplir le questionnaire,
- 2 Incapacité de répondre, ou à comprendre le questionnaire.

Le **critère d'exclusion** est la prise de poids inférieure aux recommandations de l'IOM.

Modalités

L'autoquestionnaire anonyme distribué a été réalisé en trois parties :

1. Généralités, critères d'inclusion, de non-inclusion et d'exclusion,
2. Le *Medical Outcomes Study Short Form-36* questionnaire (MOS SF-36) version française,
3. Un questionnaire de fréquence alimentaire, traduit de l'anglais.

■ Questionnaire MOS SF-36

Le MOS SF-36 se présente sous la forme d'un questionnaire auto-administré de 36 questions. Il s'agit d'une échelle de qualité de vie qui cherche à mesurer la santé physique, mentale et sociale à travers 8 dimensions. Pour chacune, on obtient un score variant de 0 à 100, **plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie perçue**. À partir de ces huit échelles, il est possible de calculer deux scores synthétiques : un score global de qualité de vie physique (PCS) et un score global de qualité de vie mentale (MCS).

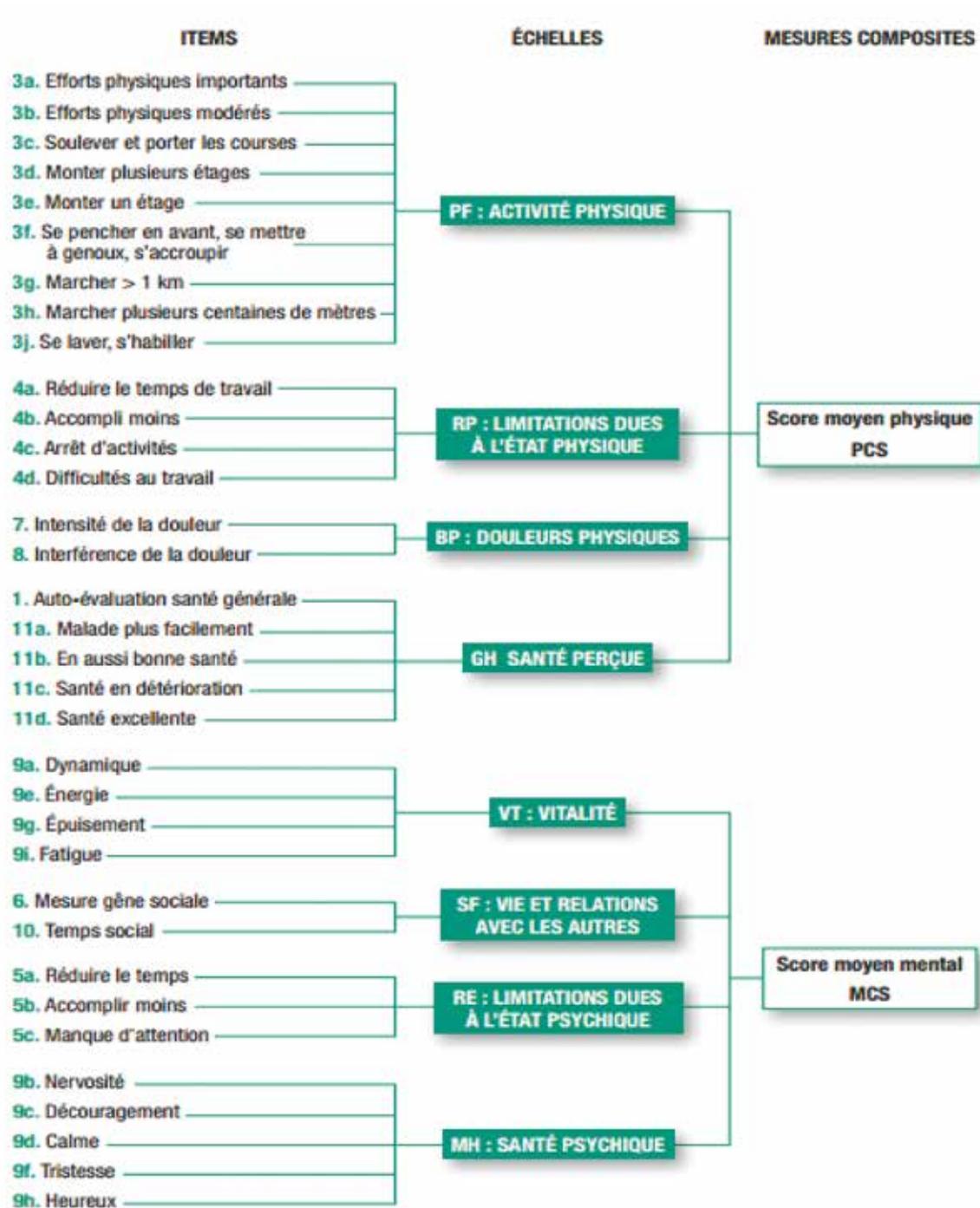
Tableau I > Concepts mesurés par les échelles constitutives du SF-36

Domaines	Symbole	Résumé du contenu
Activité physique	PF 10 questions	Mesure des limitations des activités physiques telles que marcher, monter des escaliers, se pencher en avant, soulever des objets et les efforts physiques importants et modérés.
Limitations dues à l'état physique	RP 4 questions	Mesure de la gêne, due à l'état physique, dans les activités quotidiennes : mesure des limitations de certaines activités ou la difficulté pour les réaliser.
Douleurs physiques	BP 2 questions	Mesure de l'intensité de la douleur et de la gêne occasionnée.
Santé perçue	GH 6 questions	Auto-évaluation de la santé en général, résistance à la maladie et évolution de la santé perçue comparée à un an avant.
Vitalité	VT 4 questions	Auto-évaluation de la vitalité, de l'énergie, de la fatigue.
Vie et relation avec les autres	SF 2 questions	Mesure les limitations des activités sociales dues aux problèmes de santé physique et psychique.
Santé psychique	MH 5 questions	Auto-évaluation de la santé psychique : anxiété, dépression, bien-être (bonheur?).
Limitations dues à l'état psychique	RE 3 questions	Mesure la gêne, due aux problèmes psychiques, dans les activités quotidiennes : temps passé au travail moins important, travail bâclé.

Durant la saisie des données, selon le *manual de l'utilisateur et le guide d'interprétation des scores du MOS SF-36*, si deux réponses adjacentes sont cochées pour une question, l'une des deux a été choisie au hasard. Si deux réponses non adjacentes ont été cochées, la donnée a été considérée comme

ADÉLAÏDE COSMO - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE MONTPELLIER (SUITE)

Figure 1 > Modèle conceptuel du SF-36



> manquante. Si 3 ou plus étaient cochées, la donnée a été considérée comme manquante.

■ Questionnaire de fréquence alimentaire

Le questionnaire de fréquence alimentaire, est également un questionnaire auto-administré. C'est un questionnaire validé, en anglais, que nous avons traduit. Ce questionnaire est issu d'une étude mesurant les risques cardio-vasculaires,

en fonction du régime alimentaire sur des patients à risque de maladies coronariennes. Pour 12 catégories d'aliments on cherche à mesurer les fréquences de consommations par semaine. Ce questionnaire permet de calculer deux scores : le *Mediterranean diet score* (MDS), qui est un score d'alimentation de type méditerranéenne. Plus le score est haut, plus il est fréquent de manger des aliments sains, correspondant à une alimentation équilibrée. Et le *Western diet score* (WDS), qui est

ADÉLAÏDE COSMO - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE MONTPELLIER (SUITE)

Figure 2 > Méthode de calcul des scores de qualité de vie du MOS SF-36

Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue (sur 100)	Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue (sur 100)
1, 2, 6, 8, 11b et 11d	1	100 points	9b, 9c, 9f, 9g et 9i	1	0 point
	2	75 points		2	20 points
	3	50 points		3	40 points
	4	25 points		4	60 points
	5	0 point		5	80 points
				6	100 points
3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3gh, 3i et 3j	1	0 point	10, 11a et 11c	1	0 point
	2	50 points		2	25 points
	3	100 points		3	50 points
		4		75 points	
				5	100 points
4a, 4b, 4c, 4d, 5a, 5b et 5c	1	0 point			
	2	100 points			
7, 9a, 9d, 9e et 9h	1	100 points			
	2	80 points			
	3	60 points			
	4	40 points			
	5	20 points			
	6	0 point			
Dimension	Calcul du score		Dimension	Calcul du score	
PF = Fonctionnement physique	Somme des notes obtenues aux items 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i et 3j divisée par 10		VT = Vitalité	Somme des notes obtenues aux items 9a, 9e, 9g et 9i divisée par 4	
RP = Limitation physique	Somme des notes obtenues aux items 4a, 4b, 4c et 4d divisée par 4		SF = Fonctionnement social	Somme des notes obtenues aux items 6 et 10 divisée par 2	
BP = Douleur physique	Somme des notes obtenues aux items 7 et 8 divisée par 2		RE = Limitation émotionnelle	Somme des notes obtenues aux items 5a, 5b et 5c divisée par 3	
GH = Santé générale	Somme des notes obtenues aux items 1, 2, 11a, 11b, 11c et 11d divisée par 6		MH = Santé mentale	Somme des notes obtenues aux items 9b, 9c, 9d, 9f et 9h divisée par 5	
Score physique	Somme des scores obtenus aux 4 dimensions ci-dessus divisée par 4		Score Mental	Somme des scores obtenus aux 4 dimensions ci-dessus divisée par 4	

Tableau II > Méthode de calcul des scores de fréquence alimentaire

Fréquence de consommation	Jamais ou rarement	1 fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	1 à 2 fois par jour	3 fois par jour ou plus
Score	0	1	2	3	4
Score pour la viande	4	3	2	1	0

ADÉLAÏDE COSMO - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE MONTPELLIER (SUITE)

un score d'alimentation de type « western ». Plus le score est élevé, plus il est fréquent de manger des aliments malsains, correspondant à une alimentation déséquilibrée.

Le MDS correspond, par personne, à la somme des scores (fréquence de consommation) pour les fruits, les légumes, les grains entiers, le poisson et la viande (inversé par rapport aux autres, selon le tableau II). Le WDS correspond à la somme des scores pour les grains raffinés, le sucre (desserts, bonbons, gâteaux), les boissons sucrées (non light) et la friture.

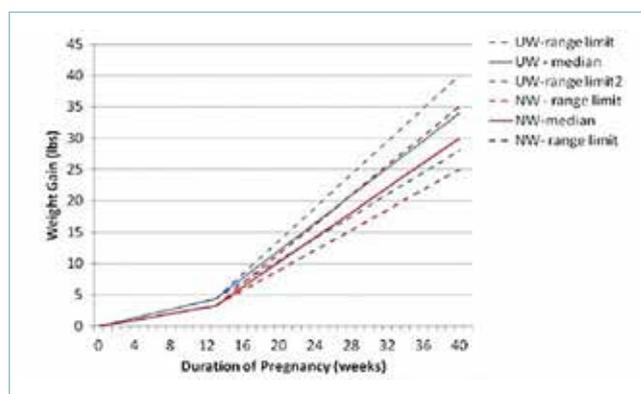
Critères d'analyse

160 questionnaires ont été distribués. 136 ont été récupérés. 87 femmes ont pu être incluses dans l'étude après tri selon les critères de sélection.

Les résultats ont ensuite été consignés dans un tableau Excel. Les calculs ont été réalisés à partir d'Excel et d'un outil réalisé par M. Sutton-Charani.

Afin d'analyser les réponses au questionnaire, deux groupes ont été déterminés selon une courbe issue d'un article de revue rédigé en mai 2009 suites à la révision par l'IOM de ses directives concernant la prise de poids pendant la grossesse. Cet article fournit une vue d'ensemble de ces nouvelles recommandations.

Figure 3 > Courbe de prise de poids recommandée durant la grossesse pour des femmes d'IMC bas (UW) et d'IMC normal (NW) selon les recommandations de l'institut de médecine, en fonction du nombre de SG



D'après cette courbe :

- Entre 31 SA (29 SG) et 31 SA et 6 jours, la prise de poids recommandée est de 6 à 10 kg ;
- Entre 32 SA et 32 SA et 6 jours, la prise de poids recommandée est de 7 à 10,5 kg ;
- Entre 33 SA et 33 SA et 6 jours, la prise de poids recommandée est de 7.5 à 11,5 kg ;
- Entre 34 SA et 34 SA et 6 jours, la prise de poids recommandée est de 8 à 12 kg.

Ensuite, nous avons réalisé une description globale de l'échantillon par comparaison de moyenne entre les deux groupes. Afin de déterminer si les résultats sont significatifs, pour les variables numériques un test de *Student* a été utilisé. Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé un test du *khi-deux*. Cependant quand l'effectif était inférieur à trente pour les variables numériques, et à cinq pour les variables qualitatives, le test de *Student* a été remplacé par un test de *Mann Withney*, et le test du *khi-deux* a été remplacé par le test exact de *Fisher*. La différence est considérée comme significative, entre les deux groupes, si $p \leq 0.05$, non significatifs si $p \geq 0.10$ et ayant une tendance à la significativité si $p \in [0.05 ; 0.10]$.

Nous avons divisé la qualité de vie physique globale (PCS) et la qualité de vie mentale globale (MDS) en trois catégories : haute, moyenne et basse, selon la répartition de la population dans l'échantillon afin de réaliser cinq régressions :

- 1 Qualité de vie physique en fonction de la prise de poids, de l'IMC initial et du terme de la grossesse.
- 2 Qualité de vie mentale en fonction de la prise de poids, de l'IMC initial et du terme de la grossesse.
- 3 Prise de poids en fonction du score d'alimentation méditerranéenne et « western ».
- 4 Qualité de vie physique en fonction des scores de fréquence alimentaire MDS et WDS.
- 5 Qualité de vie mentale en fonction des scores de fréquence alimentaires MDS et WDS. •

MALTRAITANCE CHEZ L'ENFANT : REPÉRAGE ET CONDUITE À TENIR

EXTRAITS DE LA FICHE MÉMO (Mise à jour juillet 2017)

QU'EST-CE QUI DOIT FAIRE PENSER À UNE MALTRAITANCE D'UN ENFANT ?

LA SITUATION

→ **Les situations associées à un risque de maltraitance sont en particulier :**

➤ CHEZ L'ENFANT

- la prématurité,
- des troubles du développement et/ou du comportement,
- le handicap ;

➤ CHEZ LES PARENTS

- tout événement qui peut rendre difficile l'attachement précoce avec le nouveau-né (séparation néonatale, dépression du post-partum, etc.),
- des antécédents personnels de violences subies dans l'enfance,
- des violences conjugales,
- des addictions,
- l'isolement social et surtout moral,
- des troubles psychopathologiques.

L'absence d'identification d'un ou plusieurs facteurs de risque ne doit pas faire éliminer le diagnostic de maltraitance.

L'ANAMNÈSE

→ **Une maltraitance est à évoquer :**

➤ **CHEZ LE NOURRISSON :** en cas de pleurs rapportés comme inconsolables par les parents qui se disent nerveusement épuisés ;

➤ À TOUT ÂGE DEVANT

- des faits de maltraitance d'un enfant, ou d'un adolescent, révélés par lui-même, par un parent ou par un tiers,
- une lésion pour laquelle :
 - il y a une incohérence entre la lésion observée et l'âge, le niveau de développement de l'enfant, le mécanisme invoqué,

- l'explication qui est donnée change selon le moment ou la personne interrogée,
- un retard de recours aux soins,
- des plaintes somatiques récurrentes sans étiologie claire (douleurs abdominales, céphalées),
- des antécédents d'accidents domestiques répétés,
- une ou plusieurs tentatives de suicide,
- des fugues et conduites à risque,
- une chute des résultats scolaires voire une déscolarisation,
- des faits de maltraitance dans la fratrie.

DES SIGNES PHYSIQUES

→ **ECCHYMOSES**

Sont évocatrices d'une maltraitance les :

- ecchymoses chez un enfant qui ne se déplace pas tout seul (à 4 pattes puis marche) ;
- ecchymoses sur des parties concaves du corps (oreilles, joues, cou, etc.) et sur des zones cutanées non habituellement exposées, comme les faces internes des bras et des cuisses ;
- ecchymoses multiples d'âge différent ;
- ecchymoses de grande taille ;
- ecchymoses reproduisant l'empreinte d'un objet ou d'une main.

Les contusions (ecchymoses et hématomes) sont suspectes en l'absence de traumatisme retrouvé, quelle que soit leur localisation.

→ **BRÛLURES**

Sont évocatrices d'une maltraitance les :

- brûlures à bord net, pouvant résulter d'une immersion (en gants, en chaussettes) ;

- brûlures par contact reproduisant la forme de l'agent en cause (appareil ménager, cigarette);
- brûlures qui atteignent les plis;
- brûlures siégeant sur des zones habituellement protégées par les vêtements (fesses, périnée);
- lésions d'abrasion (pouvant mimer des brûlures) des poignets et des chevilles (contention par liens).

→ MORSURES

Généralement, une trace de morsure apparaît comme une marque circulaire ou ovale de 2 à 5 cm, faite de deux arcs concaves opposés, avec ou sans ecchymose centrale associée.

→ FRACTURES

Certaines caractéristiques des fractures sont évocatrices de maltraitance :

- **CHEZ UN NOURRISSON :** toute fracture est suspecte en dehors d'un traumatisme à très forte énergie (accident de la voie publique, chute de grande hauteur);
- **À TOUT ÂGE :** les fractures multiples d'âge différent, et les fractures présentant des caractéristiques particulières à l'imagerie.

→ LÉSIONS VISCÉRALES

Nausées, vomissements, abdomen chirurgical, signes d'hémorragie interne (notamment pâleur) doivent alerter. Toute constatation d'examen clinique en faveur d'une lésion d'organe plein (foie et pancréas notamment) ou de viscère creux dont les circonstances de survenue ne sont pas claires, ou avec un mécanisme de survenue allégué incompatible avec la gravité de la lésion, doit faire évoquer une maltraitance.

L'association de lésions de types différents (morsures, griffures, brûlures, ecchymoses, etc.).

→ DES SIGNES DE NÉGLIGENCE LOURDES

La négligence peut porter sur : l'alimentation, le rythme du sommeil, l'hygiène, les soins médicaux, l'éducation, la sécurité au domicile ou en dehors.

Les négligences lourdes ont des conséquences graves sur le développement physique et psychologique de l'enfant (dénutrition, hypotrophie staturo-pondérale, nanisme psychosocial). La négligence peut être à l'origine de dommages physiques par surveillance inadéquate, voire entraîner le décès de l'enfant.

→ DES SIGNES DE MALTRAITANCE PSYCHOLOGIQUE

- **CHEZ LE NOURRISSON :** troubles des interactions précoces, troubles du comportement liés à un défaut de l'attachement;

- **À TOUT ÂGE :** discontinuité des interactions, humiliations répétées, insultes, exigences excessives, emprise, injonctions paradoxales.

→ DES SIGNES COMPORTEMENTAUX DE L'ENFANT

- toute modification du comportement habituel de l'enfant dans tous ses lieux de vie (à la maison, avec les pairs, à l'école, dans ses activités extrascolaires), pour laquelle il n'existe pas d'explication claire;
- un comportement d'enfant craintif, replié sur lui-même, présentant un évitement du regard;
- des troubles du sommeil, des cauchemars;
- des troubles du comportement alimentaire (anorexie, boulimie);
- un comportement d'opposition, une agressivité, ou au contraire une recherche de contact ou d'affection sans discernement, une gentillesse excessive avec les étrangers y compris avec les professionnels de santé;
- une labilité et une imprévisibilité du comportement et/ou de l'état émotionnel.

→ DES SIGNES COMPORTEMENTAUX DE L'ENTOURAGE

➤ VIS-À-VIS DE L'ENFANT

- parent ou adulte intrusif s'imposant à la consultation médicale, parlant à la place de l'enfant,
- ou, indifférence notoire de l'adulte vis-à-vis de l'enfant (absence de regard, de geste, de parole),
- parent ou adulte ayant une proximité corporelle exagérée ou inadaptée avec l'enfant,
- parents ou adultes qui refusent les vaccinations obligatoires ou appliquent des régimes alimentaires source de carences, malgré des avis médicaux répétés;

➤ VIS-À-VIS DES INTERVENANTS

- minimisation, banalisation ou contestation des symptômes ou des dires de l'enfant,
- dénigrement ou accusation de l'enfant,
- refus des investigations médicales ainsi que de tout suivi social sans raison valable,
- ou attitude d'hyper-recours aux soins,
- attitude agressive ou sur la défensive envers les professionnels de santé. •

EN SAVOIR PLUS

- *Maltraitance chez l'enfant : repérage et mesures de protection.* Rapport d'élaboration, HAS 2014.
- *Protection de l'enfance. La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation.* Ministère de la Santé et des Solidarités. Guide pratique, 2011.
- *Agir contre la maltraitance.* Guide juridique à l'usage des professionnels de l'enfance. Enfance et Partage, 2014.

Enquête nationale périnatale

SYNTHÈSE DU RAPPORT 2016

Les naissances et les établissements Situation et évolution depuis 2010

Rapport rédigé par l'INSERM et la DREES

> Enquête réalisée avec la participation des Services départementaux de Protection maternelle et infantile et des Réseaux de santé en périnatalité

Octobre 2017

> Le rapport complet est disponible sur : drees.solidarite-sante.gouv.fr/www.epopé-inserm.fr

Des enquêtes nationales périnatales sont réalisées à intervalle régulier. Elles permettent de suivre l'évolution des principaux indicateurs périnataux relatifs à la santé, aux pratiques médicales et aux facteurs de risque, et de fournir des informations sur des questions particulières, pour aider à la décision et à l'évaluation des actions de santé. Quatre enquêtes de ce type ont déjà été réalisées en 1995, 1998, 2003 et 2010.

Ces enquêtes portent sur la totalité des naissances (enfants nés vivants et mort-nés) survenues pendant l'équivalent d'une semaine dans l'ensemble des maternités françaises, lorsque la naissance a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée (SA) et/ou lorsque l'enfant pesait au moins 500 grammes.

Les informations sont recueillies à partir du dossier médical des maternités et d'un entretien avec les femmes en suites de couches après leur accouchement (volet « naissance »). Par ailleurs, des données sont recueillies sur les caractéristiques des maternités et l'organisation des soins dans les services (volet « établissement »).

Synthèse des résultats concernant les naissances

L'enquête réalisée en mars 2016 a permis un recueil sur 14 142 naissances auprès de 13 894 femmes, dont 13 384 naissances et 13 148 femmes en métropole et 758 naissances et 746 femmes dans les DROM.

Les données obtenues fournissent des estimations fiables des indicateurs et de leur évolution. La participation de quasiment toutes les maternités a permis d'obtenir un nombre de naissances très voisin de celui attendu selon les statistiques de l'INSEE, et les caractéristiques des mères, des accouchements et des nouveau-nés sont similaires à celles connues grâce aux statistiques sur les séjours hospitaliers issues du PMSI.

En métropole, les évolutions les plus marquantes depuis l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 sont les suivantes :

- Des caractéristiques importantes du contexte de la grossesse ont tendance à évoluer de manière défavorable. Le report des naissances à des **âges maternels** plus élevés, observé depuis plusieurs décennies, se poursuit, alors que l'on sait que les risques pour la mère et l'enfant augmentent de manière sensible avec l'âge des femmes. L'augmentation du surpoids et de **l'obésité** est également préoccupante : en 2016, 20 % des femmes sont en surpoids et près de 12 %

sont obèses, contre respectivement 17 % et 10 % en 2010. En ce qui concerne le souhait de la grossesse et sa **planification**, la situation est plus nuancée : d'une part, les méthodes contraceptives avant la grossesse ont tendance à se diversifier, comme attendu suite aux recommandations et, d'autre part, on assiste à une légère augmentation des grossesses sous contraception et des réactions nuancées à la découverte de la grossesse (souhait que la grossesse survienne plus tard). Toutefois, la plupart des grossesses sont prévues ou planifiées.

- Le **contexte social** dans lequel survient la grossesse a évolué de manière contrastée : l'augmentation du niveau d'études des femmes se poursuit et actuellement près de 55 % des femmes enceintes ont un niveau d'études supérieur au baccalauréat. En revanche, leur situation professionnelle et celle de leur partenaire s'est dégradée, et au total, 28 % des ménages ont reçu des aides publiques ou d'autres aides liées au chômage ou à un faible revenu pendant la grossesse (par exemple allocation d'aide au retour à l'emploi, RSA, ou prime d'activité).
- Le gynécologue-obstétricien demeure le professionnel le plus fréquemment consulté pour la surveillance prénatale ;

Ont participé à l'élaboration de ce rapport

> Pour la partie sur les naissances

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM): Équipe de recherche en Épidémiologie Obstétricale, Périnatale et Pédiatrique (EPOPé)
Bénédicte Coulm, Camille Bonnet, Béatrice Blondel

> Pour la partie sur les établissements

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES): Sous-direction de l'Observation de la santé et de l'Assurance maladie, Bureau État de santé de la population: Alexis Vanhaesebrouck, Annick Vilain, Jeanne Fresson, Sylvie Rey

> Sous la direction de:

Béatrice Blondel (Inserm),
Lucie Gonzalez et Philippe Raynaud (DREES)



Augmentation continue de la prématurité

[nés vivants avant 37 semaines d'aménorrhée]



En 2016, 11,7 % des enfants (uniques ou multiples) sont nés prématurément dans les DROM.

→ toutefois, pour un quart des femmes, une sage-femme en maternité publique ou en secteur libéral a été la responsable principale de la surveillance dans les six premiers mois de la grossesse. Le rôle des **sages-femmes** comme professionnelles de premier recours dans la prise en charge des grossesses sans complication semble donc mieux pris en compte. Le taux d'**hospitalisation** prénatale et le nombre de **consultations prénatales** sont restés stables. En revanche, l'augmentation du nombre d'**échographies** se poursuit; en 2016, 75 % des femmes

ont eu plus que les trois échographies recommandées pour une grossesse sans complication, et 36 % en ont eu deux fois plus que recommandé.

■ Le **lieu d'accouchement** évolue fortement: les accouchements ont lieu plus souvent en secteur public (CHU ou CH) (dont la part est passée de 64,1 % en 2010 à 69,2 % en 2016), dans des services spécialisés de type III (de 22,3 % à 26,4 %) et des services de grande taille (de 18,7 % à 29,0 % pour les services réalisant 3 000 accouchements et plus par an). Cette dernière évolution

s'explique par une augmentation du nombre des très grandes maternités (voir la partie du rapport sur les établissements). Les **sages-femmes** ont un rôle croissant: elles réalisent 87,4 % des accouchements par voie basse non instrumentale contre 81,8 % en 2010, avec une nette augmentation dans le secteur privé à but lucratif.

■ Le taux de **prématurité** n'a pas augmenté de manière significative parmi les naissances vivantes uniques, mais il a augmenté de manière régulière et significative entre 1995 (4,5 %) et 2016 (6,0 %); ce résultat pose question dans la mesure où d'autres pays réussissent à avoir des taux faibles et stables ou en baisse. Une augmentation de la fréquence des enfants de petit poids pour l'âge gestationnel est également observée entre 2010 et 2016. L'évolution d'autres indicateurs de l'état de santé de l'enfant, tels que l'augmentation des gestes de réanimation effectués juste après la naissance et des transferts vers un service de néonatalogie mériterait un examen plus approfondi: elle pourrait provenir de changements d'organisation dans les services et d'une évolution des pratiques médicales, mais pourrait peut-être aussi refléter une certaine dégradation de l'état de santé des nouveau-nés.

Plusieurs questions permettent de savoir si certaines mesures de santé publique ont été appliquées ou si certaines recommandations médicales ont été suivies par les professionnels et les patientes. Les résultats les plus marquants sont les suivants, pour la métropole:

■ Concernant les mesures de prévention qui reposent sur une interaction entre les femmes et les professionnels de santé, des progrès restent à faire. La prise d'acide folique pour prévenir les anomalies de fermeture du tube neural a augmenté mais reste limitée (23 %

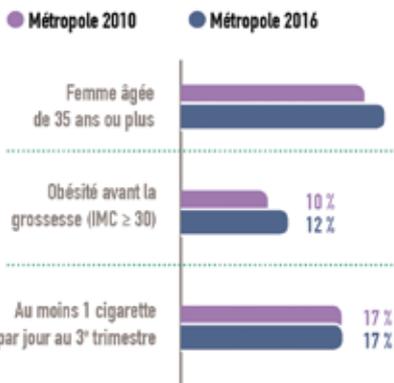
Suivi des femmes enceintes et prévention

[en France métropolitaine]

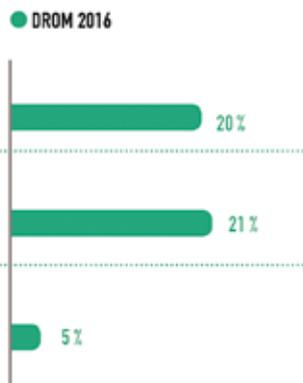


Les facteurs de risque pendant la grossesse

DES ÉVOLUTIONS DÉFAVORABLES EN FRANCE MÉTROPOLITAINE



LA SITUATION DANS LES DROM EN 2016



Les caractéristiques socio-économiques des femmes dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) sont plus défavorables qu'en France métropolitaine. En 2016, **5 %** des femmes enceintes en France métropolitaine déclarent ne pas vivre en couple, **25 %** dans les DROM.

Diminution de l'allaitement maternel à la maternité depuis 2010



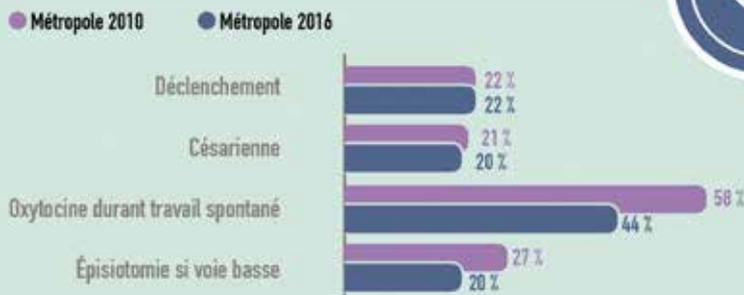
En France métropolitaine, l'allaitement exclusif a fortement diminué alors qu'une augmentation avait été observée en 1995 et 2010, après la mise en place d'une politique active en faveur de l'allaitement. En 2016, **83,3 %** des femmes allaitent dans les DROM.

en 2016), alors qu'elle représente une mesure de prévention très efficace. La consommation de **tabac** pendant la grossesse n'a pas baissé, et 17 % des femmes ont fumé au moins une cigarette par jour au troisième trimestre de la grossesse. Par ailleurs, la fréquence de l'**allaitement maternel exclusif** durant le séjour à la maternité a diminué de manière importante entre 2010 et 2016, de 60 % à 52 %; de plus, l'allaitement maternel à la maternité, qu'il soit exclusif ou mixte, a légèrement diminué, de 68 % en 2010 à 66 % en 2016.

■ Parmi les aides proposées pour informer et soutenir les femmes, la préparation à la naissance et à la parentalité est plus souvent suivie par les primipares, et celles-ci sont plus nombreuses à suivre ces séances en 2016 (78 %) qu'en 2010 (74 %). **L'entretien prénatal précoce** (EPP) est plus répandu en 2016 qu'en 2010, mais ne concerne encore que 28,5 % des femmes, avec des disparités géographiques très fortes, montrant un investissement inégal des régions ou des réseaux de santé en périnatalité dans l'organisation de ces entretiens. Par ailleurs, les soignants n'abordent pas systématiquement la question de l'alcool et du tabac pendant la grossesse, et plus de la moitié des fumeuses disent n'avoir reçu aucun conseil durant leur grossesse pour diminuer leur consommation.

■ Pendant la grossesse, le bilan de l'application des recommandations destinées aux professionnels est contrasté. Du fait des modifications des modalités de dépistage de la trisomie 21, on observe une stabilité des biopsies de trophoblaste et une **diminution des amniocentèses** (de 8,7 à 3,6 % entre 2010 et 2016), en particulier depuis qu'il n'est plus recommandé d'en proposer une d'emblée chez les femmes de 38 ans et plus. Le pourcentage de femmes qui n'ont pas eu de **frottis cervico-utérin** pendant la grossesse ou dans les trois années précédentes (deux années précédentes selon les recommandations en cours en 2010) demeure relativement élevé et n'a pas diminué (19,7 %), suggérant que la prise en charge de la grossesse n'a pas toujours permis de réaliser un dépistage chez les femmes qui n'en avaient pas eu auparavant. Le pourcentage de femmes ayant un **dépistage du diabète** a diminué de 86,0 % à 73,2 %, suite aux nouvelles

Moins d'interventions lors de l'accouchement



En 2016, dans les DROM, la fréquence de ces interventions est similaire.

Une prise en charge de la douleur en phase avec les attentes des femmes

En France métropolitaine, avant leur accouchement, **64 %** des femmes souhaitaient absolument une analgésie péridurale et **21 %** des femmes l'envisageaient. **82 %** des femmes qui ont accouché par voie basse ont bénéficié d'une analgésie péridurale. Parmi elles, **54 %** ont pu utiliser une PCEA* pour gérer elles-mêmes la douleur.

*analgésie péridurale auto-contrôlée par la patiente

→ modalités de dépistage en faveur d'un test ciblé sur les femmes présentant des facteurs de risque; il demeure toutefois élevé par rapport à ce que l'on pourrait attendre, faisant penser qu'il est encore fréquemment réalisé chez des femmes ne correspondant pas à la population cible des recommandations. Par ailleurs, la fréquence du diabète gestationnel, à la fois insulino-dépendant et sous régime, a augmenté; ceci peut être expliqué en partie par des changements dans les modalités du dépistage et par l'augmentation de la prévalence des facteurs de risque. En matière de **vaccination**, le constat est négatif: pour la coqueluche, peu de femmes connaissent leur statut vaccinal ou ont un statut conforme aux recommandations, et seulement 7 % des femmes enceintes ont été vaccinées contre la grippe saisonnière, alors qu'elles appartiennent à un groupe à risque élevé de complications et qu'elles étaient toutes enceintes pendant la période vaccinale.

■ Au moment de l'accouchement ou juste avant, les recommandations semblent avoir un impact fort sur les pratiques. La corticothérapie anténatale destinée à accélérer la maturation fœtale en cas

de naissance prématurée a augmenté, concernant 90,2 % des enfants nés avant 34 SA, contre 77,4 % en 2010. Le taux de césarienne (20,4 %) reste stable depuis 2010, ce qui suggère une attitude générale tendant à limiter la réalisation de cette intervention. Par exemple, une césarienne est moins souvent réalisée en 2016 qu'en 2010 chez les femmes ayant un antécédent de césarienne (utérus cicatriciel), en cohérence avec les recommandations professionnelles de 2012. Le taux d'**épisiotomie** continue à diminuer (de 27 % à 20 % des femmes entre 2010 et 2016), après les recommandations du CNGOF en 2005 de ne pas faire d'épisiotomie systématique, en raison de l'absence de bénéfice dans la prévention des lésions sévères du périnée. De manière intéressante, la sensibilisation des professionnels à l'utilisation anormalement élevée de l'**oxytocine pendant le travail** en France, et à ses risques pour la santé maternelle, a conduit à une baisse de son utilisation (de 57,6 % à 44,3 % chez les femmes en travail spontané), avant même les recommandations émises fin 2016 par le Collège national des sages-femmes et celui des gynécologues-obstétriciens. Un

autre exemple d'adéquation concerne **l'administration préventive systématique d'oxytocine** pour prévenir les hémorragies du post-partum, recommandée depuis 2004, et qui est quasi généralisée (83,3 % en 2010 et 92,7 % en 2016).

Dans l'enquête, une attention particulière a été portée aux **attentes des femmes** au moment de l'accouchement et aux réponses apportées par les professionnels. Les femmes sont assez peu nombreuses à rédiger un projet de naissance (3,7 %) ou à exprimer des demandes particulières à leur arrivée à la maternité. Ces femmes ayant eu des demandes particulières concernant leur accouchement sont très souvent satisfaites des réponses apportées par l'équipe médicale à leurs souhaits. Avant leur arrivée à la maternité, seules 14,6 % des femmes ne souhaitaient pas d'analgésie péridurale (APD). Pendant le travail, outre une augmentation du recours à l'APD, de 78,9 % à 82,2 %, la **prise en charge de la douleur** a évolué vers une approche de meilleure qualité et plus diversifiée, par une utilisation plus fréquente d'une PCEA (pompe qui permet aux femmes de contrôler les doses d'analgésiques administrées), et l'utilisation plus fréquente de méthodes non médicamenteuses (de 14,3 % en 2010 à 35,5 % en 2016), que les femmes aient eu ou non une APD. La très grande majorité des femmes (88,3 %) disent avoir été très ou plutôt satisfaites des méthodes reçues pour gérer la douleur et les contractions; toutefois, près de 12 % d'entre elles étaient peu ou pas du tout satisfaites, soulignant le fait qu'il est important de continuer les efforts pour améliorer le confort des femmes pendant le travail.

Il existe de **fortes disparités entre les grandes régions de métropole, en ce qui concerne les facteurs de risque, la situation sociale, la prévention et les interventions médicales**. Les différences sont particulièrement marquées pour certains comportements et certaines mesures de prévention non encore généralisées, tels que la consommation de tabac, l'allaitement, la vaccination contre la grippe et l'entretien prénatal précoce. La façon de prendre en charge l'accouchement varie moins; toutefois la limitation du nombre d'épisiotomies semble appliquée de manière très variable suivant les régions. La prématurité est la plus élevée en Hauts-de-France et dans le Grand-Est; elle est plus faible en Bretagne,

Nouvelle Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Au total, il est difficile d'affirmer que certaines régions ont systématiquement de meilleurs indicateurs de santé ou de pratiques. En effet, les différences observées sont le résultat de multiples facteurs, tels que des contextes géographiques et sociaux plus ou moins favorables et propres à chaque région. De plus, ils peuvent dépendre des actions menées localement par les réseaux de santé en périnatalité, entre autres, ou encore être influencés par des leaders d'opinion parmi les professionnels.

Des différences notables sont observées entre la **métropole et les départements et régions d'outre-mer (DROM)**, tout en sachant que les situations sont hétérogènes entre ces DROM. On y observe une fréquence plus élevée des femmes en situation sociale difficile, ayant une surveillance inadéquate, et des complications ayant nécessité une hospitalisation durant la grossesse. Le taux de prématurité y est également beaucoup plus élevé (11,9 %) qu'en métropole (7,2 %) pour l'ensemble

des naissances vivantes (grossesses uniques et multiples). En revanche, il faut noter que le taux de césarienne ne diffère pas par rapport à la métropole et que les femmes allaitent plus souvent leur nouveau-né à la maternité de façon exclusive.

Cette enquête a permis d'obtenir des données de qualité pour suivre l'évolution de la santé des mères, des nouveau-nés et des pratiques médicales. Ces données sont complémentaires d'autres sources de données nationales qui, à l'heure actuelle, ne permettent pas une analyse approfondie de la situation périnatale. Par exemple, le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet depuis 2010-2012 de surveiller, sur l'ensemble des naissances (environ 800 000 par an), les variations annuelles ou géographiques de la prématurité, des anomalies de croissance, et d'autres indicateurs (âge maternel, mode d'accouchement etc.), mais il ne permet pas de tenir compte de facteurs de risque obstétricaux importants, tels que la parité (le nombre d'accouchements antérieurs)

ou l'Indice de Masse Corporelle (IMC). Par rapport aux autres sources de données nationales existantes, les enquêtes nationales périnatales présentent trois atouts majeurs. D'une part, l'entretien auprès des femmes permet de recueillir des informations mal ou non renseignées dans les dossiers médicaux, comme leurs caractéristiques sociodémographiques, le contenu de leur surveillance prénatale, leurs comportements préventifs, leur satisfaction et leurs souhaits. D'autre part, l'introduction de nouvelles questions pour chaque enquête permet de disposer d'informations spécifiques sur les problèmes de santé qui sont soulevés à un moment donné, et sur l'application de certaines mesures publiques et recommandations pour la pratique clinique. Enfin, les données des enquêtes nationales périnatales permettent de contrôler et valider les indicateurs produits en routine par le PMSI. Il serait donc utile de répéter cette enquête afin de disposer de données fiables et actualisées sur la santé et les pratiques médicales, pour pouvoir évaluer et guider au mieux les politiques publiques périnatales.

Synthèse des résultats concernant les établissements

Les enquêtes nationales périnatales comportent un questionnaire « établissement » rempli par une sage-femme coordinatrice ou le chef de service de chaque maternité. Il permet d'obtenir, au moment des enquêtes, des informations détaillées sur les maternités, qui complètent les données disponibles annuellement dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Ce questionnaire décrit les caractéristiques des maternités, leur environnement, le profil de leurs équipes soignantes, l'organisation des prises en charge des femmes et des nouveau-nés ainsi que les politiques du service. Les résultats des différentes enquêtes nationales périnatales permettent de décrire les évolutions au cours du temps ainsi que l'adaptation des maternités et des politiques de soins aux évolutions législatives et aux recommandations pour la pratique clinique.

Au 15 mars 2016, la France compte 517 maternités : 497 en métropole et 20 dans les DROM. Sous l'effet des restructurations profondes de l'offre de soins en périnatalité (fermetures, fusions, rapprochements inter-hospitaliers ou coopérations public-privé...), la diminution du nombre des maternités s'est poursuivie depuis 2010, mais de façon moins importante que pendant les périodes précédentes. Au total, depuis 1995, le nombre de maternités a diminué de 39 % alors que le nombre de naissances de 2016 est

proche de celui de 1995. Entre 2010 et 2016, ce sont particulièrement les maternités de taille intermédiaire (entre 1000 et 1500 accouchements) qui sont moins nombreuses. Le nombre de petites maternités (moins de 500 accouchements par an) se maintient. Les grandes maternités (plus de 3 500 accouchements par an) sont plus nombreuses.

Depuis 2010, l'amélioration des conditions de sécurité s'est poursuivie, notamment sous l'effet de l'augmentation du nombre de maternités disposant, pour les césariennes, d'un bloc obstétrical au sein ou à proximité immédiate du secteur naissance (75 % en 2016 contre 66 % en 2010), d'un service de réanimation adulte sur leur site (9 maternités sur 10 pour celles de type IIB ou III en 2016) et de la présence sur place 24 heures sur 24 d'un obstétricien, d'un pédiatre et d'un anesthésiste réanimateur. En cas d'urgence, toutes les maternités indiquent un délai de moins de 30 minutes pour obtenir des produits sanguins labiles.

Le rôle des sages-femmes est important quel que soit leur mode d'exercice, hospitalier en secteur public ou privé, ou libéral. Elles jouent un grand rôle dans la prise en charge prénatale (entretien prénatal, suivi de grossesse, surveillance rapprochée avant l'accouchement, tabacologie, acupuncture, échographie...), pour l'accouchement par voie basse (voir la partie « naissances » du rapport) et en postnatal (accompagnement à la sortie, allaitement...)

La qualité de l'offre de soins s'est améliorée. Les refus d'accueil de patientes en raison d'un manque de place sont en baisse : 83 % des maternités ne rencontrent jamais cette difficulté en 2016, contre 73 % en 2010. La disponibilité de l'analgésie péridurale autocontrôlée (PCEA) qui permet de mieux adapter le niveau d'analgésie à la douleur a progressé. En 2016, quatre maternités sur dix disposent d'un espace dédié aux accouchements moins médicalisés et un programme de réhabilitation précoce post-césarienne est présent dans deux maternités sur trois. Enfin, l'organisation d'un accompagnement des femmes par une sage-femme à la sortie de la maternité s'est généralisée, en lien avec la diffusion du Programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) par l'Assurance Maladie. •

CONGÉ DE PATERNITÉ

PÉTITION POUR UN CONGÉ PATERNITÉ DE 6 SEMAINES : 40 PERSONNALITÉS ONT DÉJÀ SIGNÉ

Le magazine *Causette* a lancé une pétition pour que le congé de paternité, de 11 jours actuellement, passe à 6 semaines. "Onze jours ne suffisent pas pour qu'il y ait une vraie rencontre entre le nourrisson et son père" assurent les signataires de la pétition.

Les signataires de la pétition – journalistes, écrivains, chanteurs, acteurs – veulent un congé de paternité obligatoire et non optionnel de 6 semaines et indemnisé comme le congé de maternité.

La pétition sera remise à Emmanuel Macron, à la ministre de la Santé Agnès Buzyn et à la secrétaire d'Etat en charge de l'Égalité entre les femmes et les hommes, Marlène Schiappa. •

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

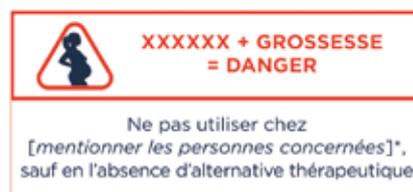
VOS BOÎTES DE MÉDICAMENT S'ADAPTENT POUR AMÉLIORER LA VISIBILITÉ DE L'INFORMATION CONTENUE DANS LES NOTICES



Un pictogramme « femmes enceintes » arrive sur les médicaments qui présentent des risques pendant la grossesse

Ce pictogramme permet de rendre visible, sur la boîte, l'information figurant déjà dans les notices des médicaments qui peuvent présenter un danger ou sont interdits pendant la grossesse.

Sa signalétique est, soit une interdiction (panneau rond), soit un danger (panneau triangulaire), selon la notice de chaque médicament. Vous pourrez ainsi voir apparaître les deux pictogrammes suivants :



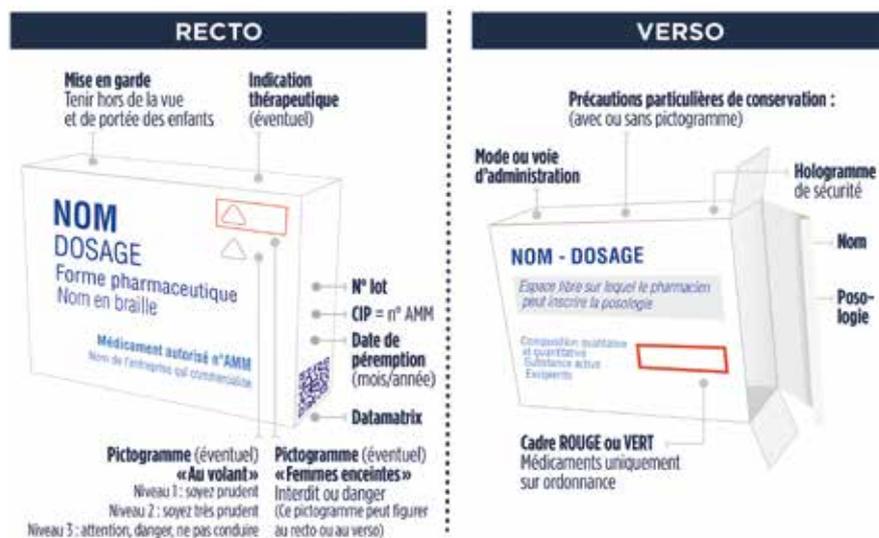
xxxxxx = « nom du médicament » ou « ce médicament ».

* Ce pictogramme vise à mieux informer et protéger :

- > les femmes enceintes durant toute la période de la grossesse ou durant une période de la grossesse précisée sur la boîte du médicament ;
- > les adolescentes et les femmes en âge de procréer et sans contraception efficace.

Pour les médicaments concernés, l'un ou l'autre des pictogrammes est apposé sur la boîte. La mesure est mise en place à partir du **17 octobre 2017**.

QUE TROUVE-T-ON SUR UNE BOÎTE DE MÉDICAMENT ?



Les mentions portées sur la boîte sont toutes reprises dans la notice avec plus de détails, et des informations supplémentaires (effets indésirables...). La notice est insérée dans la boîte du médicament. Il est important de la lire avant de prendre le médicament.

LES PICTOGRAMMES QUI PEUVENT FIGURER SUR UNE BOÎTE DE MÉDICAMENT



COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 11 OCTOBRE 2017

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS: UNE MEILLEURE COUVERTURE VACCINALE ET UN DÉPISTAGE RENFORCÉ RESTENT LA PRIORITÉ



Chaque année en France, on compte environ 3 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et plus de 1 000 décès. C'est l'un des seuls cancers dont le taux de survie à 5 ans est en diminution. Dans 90 % des cas, il est dû à une infection persistante causée par un ou plusieurs papillomavirus humains (HPV), qui se transmettent sexuellement. Il existe des vaccins, mais la population est trop peu vaccinée. Et une partie des femmes ne se fait pas dépister assez régulièrement. Dans ce contexte, la HAS a évalué un nouveau vaccin anti-HPV, Gardasil 9. Si elle le propose aujourd'hui au remboursement, elle préconise aussi que la dépense publique soit prioritairement consacrée à renforcer la couverture vaccinale et le recours au dépistage.

L'infection au papillomavirus (HPV) est responsable chaque année d'environ 3 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus, 500 cancers de la vulve, 300 cancers du vagin et 1 100 cancers de l'anus. Depuis plus de dix ans, des vaccins anti-HPV sont disponibles. Pour le cancer du col de l'utérus, un dépistage est recommandé. C'est dans ce cadre que la HAS a évalué un nouveau vaccin anti-HPV, Gardasil 9, en vue d'éclairer les pouvoirs publics sur le bien-fondé de son remboursement et pour la fixation de son prix.

Une priorité de santé publique: vacciner et dépister

La stratégie de prévention des cancers liés à l'HPV repose:

- sur la vaccination chez les filles de 11 à 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 19 ans révolus, chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes jusqu'à 26 ans et chez les personnes immunodéprimées jusqu'à 19 ans;
- et pour le cancer du col de l'utérus, sur un frottis de dépistage tous les trois ans chez les femmes âgées de 25 à 65 ans, qu'elles soient vaccinées ou non.

Toutefois, à ce jour en France la prévention des infections à HPV est insuffisante. Le taux de couverture vaccinale est l'un d'un des plus bas en Europe: moins de 20 % de la population cible est vaccinée alors que le Plan Cancer 2014-2019 fixe un objectif de 60 %. Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, on sait qu'à ce jour près d'une femme sur deux ne se fait pas dépister assez régulièrement, raison pour laquelle une organisation du dépistage va être mise en œuvre par l'Institut national du cancer (INCa) en 2018.

Gardasil 9: un vaccin efficace mais qui n'aura qu'un impact supplémentaire faible en vie réelle

Actuellement, deux vaccins sont disponibles et remboursés dans le cadre de la vaccination contre le HPV: Cervarix et Gardasil. Le vaccin Gardasil 9 aujourd'hui évalué par la HAS protège contre 5 génotypes supplémentaires par rapport à Gardasil, lui conférant ainsi une protection contre 90 % des cancers du col de l'utérus liés au HPV. La HAS reconnaît son efficacité importante et sa bonne tolérance, proche de celle de Gardasil. Elle le propose donc au remboursement en lui attribuant un service médical rendu important.

Dans son évaluation du progrès représenté par Gardasil 9 par rapport à Gardasil, la HAS constate que les génotypes 16 et 18, responsables des cancers du col de l'utérus les plus graves et les plus nombreux, sont déjà couverts par Gardasil. En conséquence, Gardasil 9 n'aura qu'un impact supplémentaire faible en vie réelle, la HAS lui a ainsi attribué une amélioration de service médical rendu 5.

Allouer prioritairement les moyens à l'augmentation de la couverture vaccinale et à l'organisation du dépistage

L'impact supplémentaire attendu de Gardasil9 étant faible sur l'ensemble de la population, il ne peut justifier d'un prix supérieur à Gardasil. Si la collectivité veut investir dans la lutte contre le cancer du col de l'utérus, l'enjeu se situe aujourd'hui clairement dans le renforcement de la couverture vaccinale et du recours au dépistage.

La HAS recommande en particulier une information large et argumentée auprès des professionnels de santé et du public sur les maladies à HPV, les vaccins, leur efficacité et leurs effets indésirables. Elle recommande également le développement d'interventions facilitant la vaccination, notamment auprès des populations les moins favorisées au sein desquelles le recours à la vaccination et au dépistage est moins fréquent. •

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 17 OCTOBRE 2017

ALLAITEMENT LA FRANCE EST-ELLE CRÉDIBLE ?



L'Enquête nationale périnatale ENP qui vient d'être publiée le 11 octobre, révèle que les résultats pour l'allaitement sont alertants. Non seulement la France n'atteint pas les objectifs fixés par le Programme national nutrition santé PNNS 2011-2015, mais l'allaitement en sortie de maternité régresse même par rapport à 2010.

L'allaitement maternel à la maternité, exclusif ou non, a légèrement diminué entre 2010 et 2016, passant de 68,7 % à 66,7 %. Et entre 2010 et 2016, l'allaitement exclusif pendant le séjour en maternité a diminué de 60 % à 52 %.

Est-ce que la France est crédible dans sa politique d'allaitement? La WBTi (World Breastfeeding Trends initiative - Initiative mondiale de suivi des évolutions de l'allaitement) propose un audit sur la base de critères internationaux: le Rapport WBTi France, sortie prévue en décembre 2017. •



Coordination WBTi France
<https://www.facebook.com/WBTiFrance/>

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 3 OCTOBRE 2017

ACCOUCHEMENT, MES DROITS, MES CHOIX!

La Fondation des Femmes publie aujourd'hui un guide juridique pour faire connaître aux femmes leurs droits pendant le suivi de grossesse et l'accouchement.



Épisiotomies, actes médicaux non consentis, examens traumatisants... Cet été, les témoignages ont surgi dans le débat public pour dénoncer les violences obstétricales.

Pour que les 800 000 qui accouchent chaque année en France bénéficient d'informations sur leurs droits et sur les devoirs des professionnel.le.s de santé

à leur égard, les avocat.e.s de la Force juridique de la Fondation des Femmes ont rédigé un guide pratique qui vise à mieux informer les patientes.

Sages-femmes, gynécologues et associations ont été consultées pour mettre au point ce document, à mettre entre toutes les mains des femmes enceintes!

POUR SE PROCURER LE GUIDE

Téléchargement en ligne sur:

www.fondationdesfemmes.org/guide-juridique-accouchement

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 27 SEPTEMBRE 2017

UNE CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ RÉNOVÉE EN 2020



La certification est une procédure d'évaluation de la qualité des soins dans les établissements de santé. Importée des États-Unis il y a une vingtaine d'années, cette démarche relève de la responsabilité de la Haute Autorité de Santé qui évalue la totalité des 2 600 hôpitaux et cliniques français. En vingt ans, les exigences de qualité ont été renforcées, la maturité des établissements a progressé. La HAS lance aujourd'hui des travaux en concertation avec l'ensemble des acteurs pour que la 5^e version de la certification, qui s'appliquera à partir de 2020, soit plus centrée sur la qualité des résultats pour les patients, plus proche des pratiques des professionnels de santé, plus simple dans sa mise en œuvre en tenant compte des recompositions hospitalières.

A lors que les établissements de santé français sont soumis actuellement à leur quatrième cycle de certification, le collège de la HAS a décidé de faire évoluer le dispositif. Il a ainsi fixé les grandes orientations à suivre pour préparer une nouvelle procédure qui s'appliquera à partir de 2020. En cohérence avec la stratégie nationale de santé, le collège souhaite que la certification des établissements investigue davantage ce qui est important pour les patients en matière de qualité des soins tout en se rapprochant des professionnels de santé dont elle valorisera en particulier les démarches d'amélioration en équipe. Il attend également une certification qui s'appuie sur les parcours de patient et intègre l'enjeu de la pertinence des soins.

Le collège de la HAS souhaite enfin que cette évolution permette de simplifier la mise en œuvre du dispositif par les établissements de santé et qu'elle permette une présentation simple et compréhensible des résultats pour les usagers du système de santé. Le dispositif devra enfin tenir compte des recompositions hospitalières liées notamment à la mise

en place des groupements hospitaliers de territoire et aux regroupements locaux d'établissements.

Une médicalisation de la certification centrée sur les exigences des patients en matière de qualité des soins

Aujourd'hui, la certification permet prioritairement de s'assurer que les établissements de santé ont construit un système mature de pilotage de la qualité et de la gestion des risques. Tout en conservant les acquis de la certification V2014 en la matière, la HAS souhaite renforcer à l'avenir l'appréciation du niveau de qualité des soins délivrés aux patients. La HAS va ainsi définir dans les mois qui viennent – avec des professionnels du monde hospitalier et des représentants de patients et d'usagers – les points critiques des différentes prises en charge sur lesquels elle évaluera les résultats atteints par les établissements de santé. Ces points critiques s'appliqueront à des domaines transversaux (comme la douleur), à des secteurs spécifiques (ex.: la chirurgie), à des populations (ex.: personnes âgées) ou à des situations

cliniques particulières (ex.: prise en charge des accidents vasculaires cérébraux).

Ces points seront en nombre limité et évalués soit par un indicateur, quand il existe, soit par la méthode du patient traceur. Le recours aux patients traceurs sera démultiplié tandis que l'évaluation par traceur système sera introduite pour évaluer les processus (méthode qui s'attache en premier lieu à observer la mise en œuvre des processus sur le terrain et ne remonte à l'évaluation de l'organisation de ces processus que si nécessaire).

Une méthode de travail fondée sur la concertation et la participation de tous les acteurs

Pour donner corps aux orientations du collège de la HAS, la commission de certification des établissements de santé a élaboré sa feuille de route. Après avoir présenté son projet à l'ensemble des parties prenantes – fédérations, représentants d'usagers et de patients... – elle développera le nouveau dispositif dans le cadre d'un processus collaboratif. L'objectif est de l'expérimenter à partir de septembre 2019 et de le mettre en œuvre à partir de 2020. •

La Naissance d'*Homo*, le chimpanzé marin

● Michel ODENT

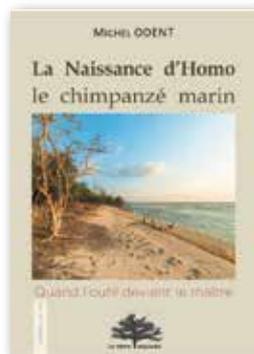
L'Humanité est parvenue à un "tournant" sans précédent dans son histoire commune avec la planète Terre. Saura-t-elle y faire face ? Saura-t-elle mener sa contre-révolution ? Réussira-t-elle à vivre en "symbiose" – antithèse de "domination" – avec la Nature ?

Dans ce nouveau livre, Michel Odent nous livre une vision révolutionnaire de la nature humaine. Cette vision repose sur une combinaison inhabituelle de données apportées par des disciplines en plein développement : génétique, physiologie, paléontologie, histoire, géographie, anthropologie, pathologie, etc.

Ainsi, présenter *Homo* comme un membre de la famille des chimpanzés adapté à l'interface terre-mer peut avoir d'énormes implications pratiques, particulièrement dans des périodes critiques de développement telles que la période qui entoure la naissance.

Ce livre permet aux lecteurs de soulever rationnellement des questions sur la survie de l'espèce humaine. À une époque où la domination de la nature a atteint des limites extrêmes et où nous devons anticiper ce que Michel Odent appelle "la révolution symbiotique", l'aphorisme « *Connais-toi toi-même* » doit s'appliquer à l'ensemble de l'espèce humaine.

Dr Michel Odent a été responsable des services de chirurgie et de maternité de l'hôpital de Pithiviers (1962-1985) et a fondé à Londres le Primal Health Research Centre (Centre de recherche en santé primale). Il est conférencier, auteur d'articles scientifiques, et auteur de 16 livres.



Éditions Le Hêtre Myriadis
16 € - 142 pages
ISBN : 9791093408248

Parution : 18 septembre 2017
<http://lehetremyriadis.fr>

Au gré des jours

● Françoise HÉRITIER

« Je me souviens de moments forts ou décisifs. Je me suis formée émotionnellement et affectivement de bric et de broc. Quelque chose s'est passé dans mon enfance qui m'a donné une forme de solidité.

Je me souviens de conversations à bâtons rompus, pleines de vivacité, de renversements, de tête-à-queue, de retours en arrière, de mots d'esprit, de fous rires, de mines offusquées... avec une amie. Ce sont des moments de grâce et de vérité.

Je ne recherche rien tant que cette amitié-là, simplement parce que c'est nous et qu'on s'aime. » F. H.

Françoise Héritier se confie et nous fait partager son amour des mots et son goût de vivre.

Un immense talent, une leçon de vie.

Après *Le Sel de la vie*, voici *Au gré des jours*.

*Françoise Héritier était professeur honoraire au Collège de France où elle a succédé à Claude Lévi-Strauss et a dirigé le Laboratoire d'anthropologie sociale. Elle a été membre du Conseil consultatif national d'éthique et présidente du Conseil national du sida. Elle est notamment l'auteur du *Sel de la vie*, des *Deux sœurs et leur mère* et de *Masculin|Féminin*. Elle est décédée à Paris, le 15 novembre dernier.*

La mise au monde Revisiter les savoirs

● Céline LEMAY

Ce qu'en dit l'auteure :

« Pourquoi parler de "mise au monde" et pas simplement d'accouchement ? D'abord, je considère que le mot "accouchement" est depuis trop longtemps enfermé dans une vision biomédicale et mécanisée du phénomène et qu'il correspond à une vision très incomplète de la naissance. Ensuite, parce que le mot le plus important de cette expression est "monde" ; il s'agit de notre arrivée ici, dans notre monde. Il s'agit de nous. Cette notion fait référence autant à un processus de "mise en chair" que de "mise en sens". Enfin, le fait de parler de mise au monde me semble ouvert à l'exploration des savoirs et de ses significations bien au-delà des mécanismes biophysiques. Voilà pourquoi ce concept servira de fil conducteur à ce livre.

La mise au monde est un tout, un processus de transformation et d'émergence, à l'origine de notre existence et à la base de nos sociétés. On devrait pouvoir l'envisager en toute liberté de pensée et de conscience, dans son incroyable complexité et sa profonde signification. »

Céline Lemay, sage-femme, PhD, est chargée de cours au baccalauréat en pratique sage-femme à l'Université du Québec à Trois-Rivières (Canada).



Presses de l'Université de Montréal
32,95 \$ • 30 €
210 pages

ISBN : 978-2-7606-3733-7
Parution : 19 septembre 2017
<https://www.pum.umontreal.ca>

Françoise Héritier

Au gré des jours

FEMINA 2017
PRIX SPÉCIAL
DU JURY

Éditions Odile Jacob
12,90 € - 160 pages
Format : 140 x 205 mm
EAN 13 : 9782738139566
Parution : 18 octobre 2017
www.odilejacob.fr

Shifra et Poua ou des sages-femmes dans la Bible

Le plus connu des enfantements dans la Bible est la naissance de Jésus. Dans toutes les églises du monde on célèbre ce vingt-cinq décembre sa naissance. Mais, contrairement à la tradition juive, Marie enfante toute seule. Nul texte n'atteste la présence d'une sage-femme à ses côtés. L'évangile de Luc, le seul qui raconte cette naissance, écrit : « Or, pendant qu'ils étaient là, le jour où elle devait accoucher arriva : elle accoucha de son fils premier-né » Le pluriel « ils » renvoie à Joseph, le fiancé de Marie, pas à une sage-femme ¹.

Les sages-femmes n'ont pas une position prépondérante spécifique dans la Bible. Elles ne sont ni des prophètes, ni des rois. Elles ne sont mentionnées que quelques fois dans les 1 765 pages de la Bible ^{2,3,4}. Mais, quand elles le sont, c'est dans des circonstances assez importantes, voire cruciales.

Ce silence sur les sages-femmes atteste que ce n'était pas important de les mentionner : c'était normal qu'elles fussent là. La Bible marque toujours seulement les exceptions. On se tait quand les choses fonctionnent normalement, elles sont mentionnées seulement quand il y a des difficultés. C'est le cas lorsqu'on voyage. La Bible, c'est avant tout un livre de voyages, d'exodes, de fuites, pour des ennemis, pour les meurtriers des enfants, comme à Bethléem. Par exemple, dans le livre Genèse, l'écrivain raconte : « Ils quittèrent Béthel. Il y avait encore une certaine distance avant d'arriver à Ephrata quand Rachel enfanta ; et ses couches furent pénibles. Or, comme elle accouchait difficilement, la sage-femme lui dit : « Ne crains pas, car tu as un fils de plus. » Pauvre Rachel, elle mourut pendant l'accouchement et fut enterrée sur la route. » ⁵

L'écrivain de Genèse raconte une autre histoire d'une sage-femme. « Or, au temps de ses couches, il y avait des jumeaux dans son sein. Pendant l'accouchement, l'un d'eux présenta une main qui prit la sage-femme : elle y attacha un fil écarlate en disant : "Celui-ci est sorti le premier". Puis il rentra sa main et c'est son frère qui sortit. "Qu'est-ce qui t'arrivera pour la brèche que tu as faite !" dit-elle » ⁴.

Bien sûr, il n'y avait pas toujours de sages-femmes dans le voisinage. Dans ces cas-là, les voisines assuraient l'assistance pendant l'accouchement. Par exemple, quand Ruth enfante son premier né, les voisines sont nommées explicitement : « Le Seigneur lui accorda une grossesse, et elle enfanta un fils. Aussi les femmes dirent-elles à Noémi (la mère de Ruth) : "Béni soit le Seigneur qui ne te laisse plus manquer aujourd'hui d'un racheteur dont le nom soit proclamé en Israël !" » ⁵

Il y a dans la Bible seulement deux sages-femmes qui sont nommées en leurs noms propres. Elles s'appellent Shifra et Poua. Deux beaux noms : Shifra veut dire « beauté », Poua « brillant ». Ces deux femmes courageuses apparaîtront dans le récit d'Exode. Le roi d'Égypte avait décidé de mettre fin à la croissance du peuple d'Israël. À côté des travaux forcés, il imposa une autre mesure. Suivons le texte ⁶ : « Le roi d'Égypte dit aux sages-femmes des Hébreux dont l'une s'appelait Shifra et l'autre Poua : "Quand vous accouchez les femmes des Hébreux, regardez le sexe de l'enfant. Si c'est un garçon, faites-le mourir. Si c'est une fille, qu'elle vive". Mais les sages-femmes craignirent Dieu ; elles ne firent pas comme leur avait dit le roi d'Égypte et laissèrent vivre les garçons. Le roi d'Égypte, alors, les appela et leur dit : "Pourquoi avez-vous fait cela et laissé vivre les garçons ?" Les sages-femmes dirent au Pharaon : "Les femmes des Hébreux ne sont pas comme les Égyptiennes ; elles sont pleines de vie ; avant que la sage-femme n'arrive auprès d'elles, elles ont accouché." Dieu rendit les sages-femmes efficaces, et le peuple se multiplia et devint très fort. Or, comme les sages-femmes avaient craint Dieu et que Dieu leur avait accordé une descendance, le Pharaon ordonna à tout son peuple : "Tout garçon nouveau-né, jetez-le au Fleuve ! Toute fille, laissez-la vivre !" ». Le reste de cette histoire est connu : un enfant échappe au massacre, c'est Moïse, qui délivrait son peuple et le conduisit à la vie et vers la liberté. •

BIBLIOGRAPHIE

1. Dans cet article destiné aux sages-femmes, je n'aborde pas la conception de Jésus, seulement sa naissance.
2. J'utilise ici le texte de la TOB, Traduction Œcuménique de la Bible (Société Biblique Française), le plus répandu en France. Il y a bien sûr d'autres traductions : la traduction d'André Chouraqui (Desclée de Brouwer) est très fidèle à la langue hébreu ; La Bible de Jérusalem (Desclée de Brouwer) est éditée sous la direction de l'École Biblique de Jérusalem.
3. Genèse, 35, 16-20.
4. Genèse, 38, 27-29.
5. Ruth 4, 13-14.
6. Exode 1, 15-21.

AGENDA EN BREF

● **24 NOVEMBRE 2017**
NEUILLY-SUR-SEINE (92)
 18^e Journée sur l'Assistance Médicale à la Procréation de l'Hôpital Américain de Paris
www.eska.fr

● **2 DÉCEMBRE 2017**
PERTUIS (84)
 Maternité Catherine Baret: 40 ans à l'écoute
 14 H: *Table ronde sur les violences obstétricales: Comment améliorer notre bienveillance*
www.maternite-pertuis.fr

● **13 JANVIER 2018**
PARIS 16^e
 25^e Journée Scientifique du Collège de Gynécologie Médicale de Paris Ile-de-France
 ✉ secretariat@cgmpif.org

● **19-20 JANVIER 2018**
MONTROUGE (92)
 Congrès National de la SFCPCV (Société Française de Coloscopie et de Pathologie Cervico-Vaginale)
www.societe-coloscopie.com

● **5-6 FÉVRIER 2018**
ISSY-LES-MOULINEAUX (92)
 16^e Journées du Collège National des Sages-Femmes de France
cerc-congres.com

● **23-24 MARS 2018**
STRASBOURG (67)
 Séminaire annuel Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs
cerc-congres.com

● **22-23-24-25 MAI 2018**
MARSEILLE
 46^{es} Assises Nationales des Sages-Femmes
cerc-congres.com

● **4 JUIN 2018**
PARIS 7^e
 Journée à thème du Collège National des Sages-Femmes de France
cerc-congres.com

● **27-28 SEPTEMBRE 2018**
PARIS 3^e
 Forum Sein 2018
www.eska.fr

Les D.O. sont heureux de publier vos articles, témoignages, reportages, mémoires...

N'hésitez pas à nous les faire parvenir par mail à l'adresse suivante: agpaedit@eska.fr

Ils seront soumis à notre prochain Comité de rédaction.

25^e
 Journée scientifique

Femmes en marche



PROGRAMME

Samedi 13 janvier 2018

MATIN

APRÈS-MIDI

8 h 30 ▶ Accueil des participants.

Session 1 • **Anti-hormones Actualités**

Modératrices: Z. CHAKHTOURA et M.-A. de CRÉCY.

9 h 00 ▶ Traitement médical des fibromes. Hervé FERNANDEZ

9 h 30 ▶ Indications des agonistes dopa-minergiques. Jacques YOUNG

10 h 00 ▶ Anti-androgènes. Anne GOMPEL

Session 2

Modératrices: F. COUSSY et L. MAITROT-MANTELET.

11 h 00 ▶ Anticoagulants oraux: du nouveau. Claire FLAUJAC

11 h 30 ▶ Anticancers:

• Immunothérapie. Jean-Yves PIERGA

• Utilisations actuelles des anti-estrogènes. Florence LEREBOURS

12 h 30 ▶ **Conférence: La femme de 2018.** Camille FROIDEVAUX-METTERIE

13 h 00 ▶ Déjeuner.

14 h 30 ▶ Hommage à Simone VEIL par le Président d'Honneur David SERFATY

14 h 40 ▶ Nouvelles du Collège et de l'Association des Internes en Gynécologie Médicale par la Présidente Héliane MISSEY-KOLB

15 h 00 ▶ Enquête ESSURE. Patrice LOPES - Modérateur: Michel TOURNAIRE

Session 3 • **NOUVELLES PRATIQUES**

Modératrices: R.-M. DAUTRY et E. FINET.

15 h 30 ▶ Frottis: nouvelles recommandations. Jean-Luc MERGUI

16 h 00 ▶ Vaccinations: risque personnel et protection collective. Joël GAUDELUS

Session 4 • **FEMMES ENCEINTES**

Modératrices: M. SAVALE et C. SONIGO.

17 h 00 ▶ Sevrage tabagique et grossesse. Marion ADLER

17 h 30 ▶ Grossesse après PMA: quels risques pour la mère? J. BELAÏSCH-ALLART

18 h 00 ▶ Clôture

Lieu: Salons de l'Hôtel des Arts et Métiers 9 bis, avenue d'Iéna - 75116 PARIS

Renseignements: Annie LEBARBÉ ☎ 01 44 40 26 53 ✉ secretariat@cgmpif.org

Association Nationale Natation & Maternité



PIONNIÈRE DEPUIS 1977

Programme et inscription

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

N° d'agr. Formation continue: 11 92 119 4292

PRÉPARATION À LA NAISSANCE ET ACTIVITÉS PRÉ ET POSTNATALES EN MILIEU AQUATIQUE

Formations bi-annuelles

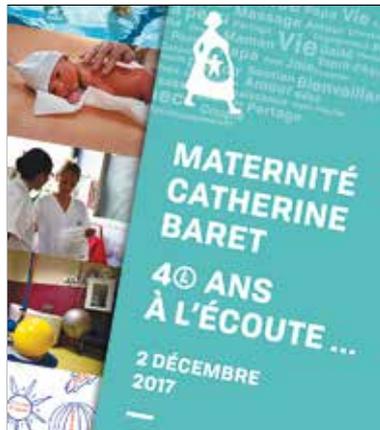
PROCHAINES FORMATIONS

▶ Clamart (92)

- Stage prénatal: 23, 24, 25 avril 2018
- Stage postnatal: 26 avril 2018

▶ Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes

2 décembre 2017 à la Maternité Catherine Baret - PERTUIS (84)



En 1977, Catherine Baret a insufflé un esprit novateur au sein de la maternité de Pertuis. 40 ans plus tard, fort de cet héritage, l'équipe de la maternité de Pertuis et l'Association des Amis de la Maternité de Pertuis (AAMP) ne cessent d'être toujours plus à votre écoute.

Le 2 décembre 2017, venez fêter avec nous cet anniversaire en participant à une journée de rencontres, de prévention et de loisirs.

14 H - TABLE RONDE

Discussion sur les violences obstétricales: "Comment améliorer notre bienveillance"

Intervenants: Perrine MILLET (gynécologue-obstétricienne), Marie-Hélène LAHAYE (juriste), Clara DE BORT (directrice de la réserve sanitaire Agence santé publique France Ministère de la Santé), Michel DUGNAT (pédopsychiatre praticien hospitalier)

Modérateur: Déphine IVORRA (gynécologue-obstétricienne)

Réservée aux professionnels de santé

Uniquement sur invitations - Espace Georges Jouvin à Pertuis

POUR TOUTE INFORMATION ET RÉSERVATION: ✉ 40ansmaterpertuis@gmail.com ☎ + 33 6 75 56 47 66 - www.maternite-pertuis.fr



**OUI
À LA BIEN TRAITANCE
OBSTÉTRICALE**

N'féraïdo®
modelages
accompagnant
la Physiologie

Volet obstétrique*

Réponses manuelles aux maux de
**Cycle I : La grossesse, l'accouchement
et le post-partum**
Cycle II : La mère et le bébé

Dates Paris	Dates Agen
Cycle I : 19 au 21 fév 2018	Cycle I : 11 au 13 avril 2018
Cycle II : 22 au 24 fév 2018	Cycle II : 21 au 23 nov 2018

* D.Jacquin D.O.

Volet uro-gynécologique**

Rééducation manuelle par voie externe
Modelages : Bassin, organes pelviens & périnée

Dates Paris	Dates Agen
19 au 21 mars 2018	07 au 09 fév 2018

** Francine Augère S.F.

Contact et intervenant
Dominique Jacquin, OSTÉOPATHE D.O.
Tél. : 05 62 28 39 94
www.nferaido.com



Pratiquer dès le lendemain du séminaire



**Institut
Naissance
& Formations**



**Calendrier
2018**

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

- **St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse**
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 15 au 18/01/18 et du 12 au 15/02/18
- du 5 au 8/03/18 et du 3 au 6/04/18
- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 22 au 25/01/18 et du 19 au 22/02/18
- du 28 au 31/05/18 et du 25 au 28/06/18
- **Vergèze (30) - La Clé des Chants**
Formatrice: Corinne Roques
- du 13 au 16/03/18 et du 10 au 13/04/18

Niveau 2

- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 12 au 15/03/18 et du 9 au 12/04/18
- **Vergèze (30) - La Clé des Chants**
Formatrice: Corinne Roques
- du 15 au 18/05/18 et du 12 au 15/06/18

Travail Corporel en Rééducation Périnéale

- Durée: 4 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- **Vergèze (30) - La clé des chants**
Formatrice: Corinne Roques
- prochaines dates à venir
Programmation en région possible. Nous contacter.

Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

- Durée: 3 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- **Région parisienne (lieu à définir)**
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 16 au 18 avril 2018

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
Prises en charge possibles: DPC - FIF-PL



FORMATIONS ANSFL 2018
Organisme de formation enregistré
sous le n° 53 35 08377 35

TARIFS, DATES, ADHÉSION www.ansfl.org

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

ÉCHOGRAPHIE ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE
Intervenantes: Évelyne Rigaut (SF-Écho)
Lorraine Guénédal (Biologiste)
Date: 7-8 juin 2018
Lieu: Lyon (groupe constitué)

LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET DE GYNÉCOLOGIE DE PRÉVENTION
Intervenante: Annie Sirven (SF)
Lieu: St Germain Mont D'Or (près de Lyon)
• Session I: Date: site www.ansfl.org
• Session II: Date: 20-21-22 mars 2018 (Pré-requis: session I)

L'INSTALLATION EN LIBÉRAL
Intervenante: Laurence Platel (SF).
Date: 16 fév 2018 - Lieu: Paris 15^e

LA PRATIQUE LIBÉRALE: CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS
Intervenante: Laurence Platel (SF).
Date: 5 avril 2018 - Lieu: Paris 15^e

INITIATION À LA PENSÉE CRITIQUE LES SAGES-FEMMES
Intervenante: Amélie Battaglia (SF)
Date: 5-6 juin 2018 - Lieu: Paris 17^e

LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES À BAS RISQUES
Intervenante: Amélie Battaglia (SF)
Date: 2^e sem 2018 - Lieu: Paris

LA SEXOLOGIE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE NOS PATIENTES ET DE LEURS CONJOINTS
Intervenante: Nicole Andrieu (SF)
• Session I
Date: 27-28 mars 2018
Lieu: Crest (26) (groupe constitué)

EUTONIE: RÉÉDUCATION EN POSTNATAL
Intervenante: Martine Gies (SF)
Lieu: St Germain Mont D'Or (près de Lyon)
• Session I: Découverte
Date: 5-6 avril 2018
• Session II: Les pathologies urinaires
Date: 21-22 juin 2018 (Pré requis: session I)
• Session III: Retrouver la mobilité et le dynamisme
Date: 27-28 sept 2018 (Pré requis: session II)
• Session IV: Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre
Date: 28-29 nov 2018 (Pré requis: session III)

ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ
Intervenante: Odile Tagawa (SF)
• Session I: Prénatal
Date: 2^e sem 2018 - Lieu: Marseille
• Session II: Postnatal

Toutes nos formations: FIF-PL

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



Charte
éthique de bonne
pratique

Unité d'enseignement Hypnose médicale et périnatalité

Aucun pré-requis

- Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 1 5 jours / 35 H
- Hypnose conversationnelle à l'usage de la sage-femme 3 jours / 21 H
- Autohypnose pour la prévention des douleurs, de l'anxiété et du stress 4 jours / 28 H

Pré-requis : Module Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 1

- Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 2 5 jours / 35 H
- Analgésie, anxiolyse, confort et situations d'urgence 3 jours / 21 H
- Hypnose de groupe et préparation à la naissance 4 jours / 28 H
- Hypnose Outils d'accompagnement du couple et de la parentalité 3 jours / 21 H
- Hypnose Développer l'utilisation du sensoriel 2 jours / 14 H
- Quickstart en hypnose 3 jours / 21 H
Clés et leviers pour un usage facile de l'hypnose

Pré-requis : Module Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 2

- Hypnose médicale et périnatalité - Praticien 5 jours / 35 H



**CERTIFICATION TECHNICIEN
EN HYPNOSE MÉDICALE ET PÉRINATALITÉ**

98 HEURES DE FORMATION



**CERTIFICATION PRATICIEN
EN HYPNOSE MÉDICALE ET PÉRINATALITÉ**

Au total 203 HEURES DE FORMATION
comprenant la certification Technicien

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



contact@medicformation.fr



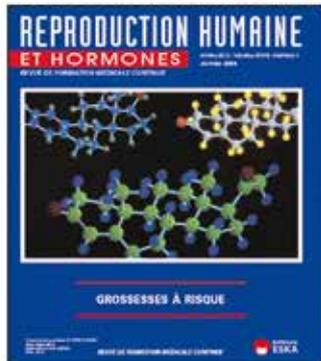
01 40 92 72 33

Medic Formation - 79 rue de Sévres, 92100 BOULOGNE BILLANCOURT

N° de déclaration d'activité : 11 95 04903 95 - Agréé ANDPC 1251 - Agréé DOKELIO / Intercart-crest Rét: OF-11646

LA MÉDECINE AUX ÉDITIONS ESKA

LES REVUES MÉDICALES



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



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



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



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



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



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

CFEE

Des revues éditées par les Editions ESKA

ESKA-CFEE : N° 11753436775
Inscription à adresser à la CFEE
aux Editions ESKA CONGRES :
Serge KEBABTCHIEFF
Fanny GASMAN
Olivier PAUL-JOSEPH
12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35

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

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

TARIF D'ABONNEMENT 11 NUMÉROS PAR AN

Abonnement Particulier	Plein tarif	Étudiant(e)s* Retraité(e)s*
FRANCE	77,00 €	42,00 €
D.O.M.	82,00 €	52,00 €
EUROPE OCCIDENTALE	90,00 €	54,00 €
T.O.M./ÉTRANGER	92,00 €	57,00 €

* Joindre attestation.

Abonnement collectif de service 153,00 €

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

ABONNEMENT 2017

VOS COORDONNÉES

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

Nom Prénom

Adresse

Code postal [][][][] Ville

Pays Téléphone

E-mail

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

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

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

NOUVEAU

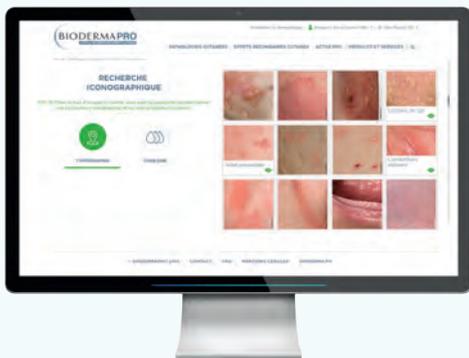
BIODERMA PRO

POUR LA SÉCURISATION DERMATOLOGIQUE

LE SERVICE D'AIDE
AU DIAGNOSTIC
DERMATOLOGIQUE



Pour une prise en charge globale des mamans et des bébés



PLUS DE 180 PHOTOGRAPHIES DE DIAGNOSTIC DERMATOLOGIQUE

- ▶ **Identifiez** la lésion
- ▶ **Confirmez** votre diagnostic cutané



DES OUTILS POUR ACCOMPAGNER VOS PATIENTS AU QUOTIDIEN

- ▶ **Des conseils pratiques**
- ▶ **Des échantillons** utiles à votre prescription
- ▶ **Des packs** pour animer votre **salle d'attente**

BIODERMA PRO c'est également : **53 fiches** de pathologies cutanées, une base d'information des **effets secondaires cutanés** sur près de **1800 DCI***,  : **application mobile** de prise de photographies dermatologiques de qualité, des **communications scientifiques...**

Accédez gratuitement à ces services : www.bioderma-pro.com

*Dénominations Communes Internationales

LA BIOLOGIE AU SERVICE DE LA DERMATOLOGIE

BIODERMA
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE



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 L.P.P.R. : 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° FINISS 672656030