

LES **DO**

#483

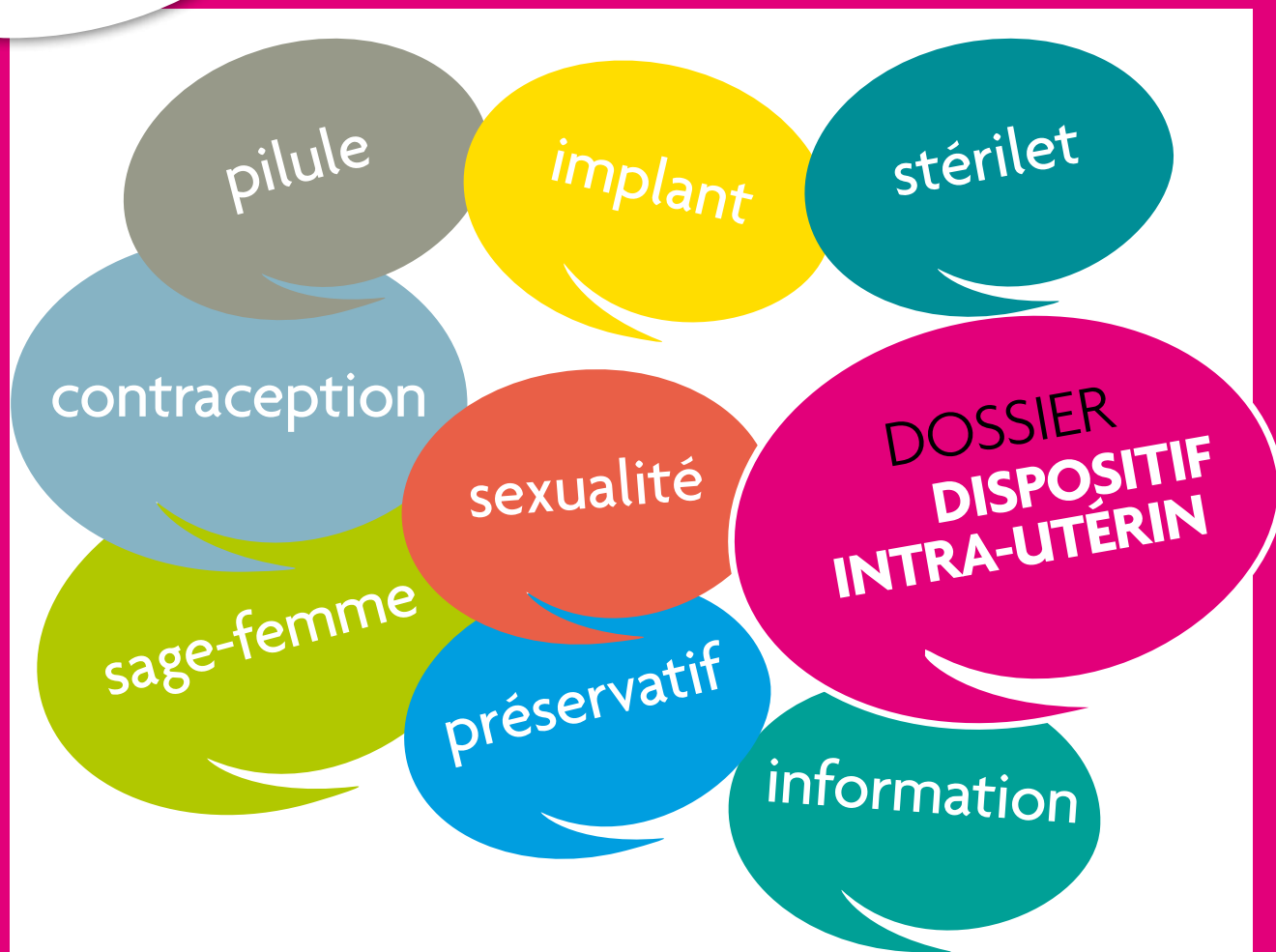
AOÛT-SEPTEMBRE 2018

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE



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

45^e année ISSN 0767-8293



MAÏEUTIQUE La sage-femme française au Pérou : une histoire qui continue !

PÉDIATRIE L'ophtalmologie au premier âge de la vie

GYNÉCOLOGIE/OBSTÉTRIQUE **DOSSIER** • Les dispositifs intra-utérins • Prise en charge de la douleur lors de la pose d'un dispositif intra-utérin. État des lieux des pratiques professionnelles dans le Puy-de-Dôme

SANTÉ PUBLIQUE Travail en réseau et Entretien Prénatal Précoce • Évaluation des coûts de la prématurité en France

SCIENCES HUMAINES Le vaginisme

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES Violences sexistes et sexuelles au travail

35^{èmes} JOURNÉES D'ÉTUDES

de l'Association Nationale
des Sages-Femmes Coordinatrices

10-11-12
octobre 2018
LYON

LA CITÉ
INTERNATIONALE
70 QUAI CHARLES
DE GAULLE
69006 LYON
Tél. : 04 78 17 50 50



Association
Nationale
des Sages-Femmes
Coordinatrices

PROGRAMME

**Mercredi
10 octobre**

MANAGEMENT : ALLIONS NOS FORCES !

MODÉRATEURS : OLIVIER CLARIS, SYLVIE LE ROUX

- 8h15 > Accueil des participants
- 9h00-9h45 > Ouverture des journées
SYLVIE LE ROUX - PRÉSIDENTE ANSFC
- 9h45-10h30 > **Les décrets de périnatalité : où en sommes-nous ?**
MARTIN SZCRUPAK
Les RPC : qu'en faisons-nous ?
 - Administration de l'oxytocine pendant le travail spontané : enquête ANSFC
RACHIDA DEUSY, KARINE POLZIN, SOPHIE MARTINEZ
 - Leviers managériaux
CORINNE DUPONT
- > Discussion
- 10h45-11h30 > **Pause**
- 11h30-12h15 > **Imprévus, simulation et bricolage : quelle place donner à l'activité et au langage ?**
ALAIN JEAN
- > Discussion
- 12h30-14h15 > **Déjeuner**

MODÉRATEURS : PASCAL BONAFINI, MARTINE CHAUVIERE

- 14h15-15h00 > **Le LEAN MANAGEMENT en milieu hospitalier**
NATHALIE SEIGNEURIN
- > Discussion
- 15h15-16h00 > **Pause**
- 16h00-17h00 > **« À votre disposition »**
CYNTHIA FLEURY
- > Discussion

SIÈGE SOCIAL

A.N.S.F.C. - 251 rue JF Millet
76230 BOIS-GUILLAUME
www.ansfc.fr

N° SIRET : 403 622 749 000 55
Code APE/NAF 9499 Z
N° agrément formation continue : 28760556776

INSCRIPTIONS ET SECRÉTARIAT

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

**Jeudi
11 octobre**

PANSONS DANS LA CITÉ DES LUMIÈRES

MODÉRATEURS : ALAIN ARNAUD, CLAUDE DAUSSY

- 9h00-9h30 > **Projets médico-soignants partagés, filières, équipes, parcours : quelles articulations ?** ALAIN ARNAUD
 - 9h30-10h00 > **Le financement au parcours : planche de salut ou miroir aux alouettes ?** CHRISTOPHE PASCAL, JEAN-BAPTISTE CAPGRAS
 - > Discussion
 - 10h15-11h00 > **Pause**
 - 11h00-12h00 > **Parcours de soins des femmes en situation de vulnérabilité**
 - Unité mère-bébé - CHRISTINE RAINELLI, LAURENCE LEBREAUD-PICHON
 - HDJ Patient vulnérable - CATHERINE AGBOKOU
 - SEREINE : Protocole de recherche
MARION TROUSSELARD, ANAÏS DUFFAUD
 - 12h30-14h15 > **Déjeuner**
- MODÉRATEURS : ISABELLE CHEVALIER, NATHALIE MEDRANO
- 14h15-14h35 > **Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales**
CLÉMENCE SCHANTZ INGUENAUT
 - 14h35-15h10 > **Filières physiologiques : 3 retours d'expérience**
TYPHAINE BUSIGNY • CATHERINE BOURGALT • BRIGITTE CHECCHINI
 - > Discussion
 - 15h45-16h30 > **Pause**
 - 16h30-17h00 > **Lecture sociologique de l'accouchement physiologique**
BÉATRICE JACQUES
 - > Discussion

**Vendredi
12 octobre**

METTONS UN LION DANS NOS PRATIQUES

MODÉRATEURS : MARIE-CÉCILE BEDOUE, RACHIDA DEUSY

- 9h00 - 9h20 > **Sorties précoces : approche pédagogique**
 - Construire ensemble une démarche de soins personnalisés
CLAUDE DAUSSY
 - Assurer la sécurité par la participation active des couples
ALICE BOCOIGNANO
- > Discussion
- 9h50-10h30 > **Pause**
- 10h30-11h30 > **Intégration universitaire :**
 - Place des maîtres de stage dans le parcours professionnalisant des étudiants en maïeutique
NICOLE MESNIL, MARIELLE GAUDEZ
 - Enseignant en maïeutique, quel avenir ?
VÉRONIQUE LECOINTE
- > Discussion
- 12h00 > **Clôture des journées - SYLVIE LE ROUX**

02

ÉDITORIAL

La responsabilité morale : nos
tutelles l'auraient-elles oubliée ?
BENOÎT LE GOEDEC

04

MAÏEUTIQUE

La sage-femme française au Pérou :
une histoire qui continue !
ROSA ROSALES URBANO

07

PÉDIATRIE

L'ophtalmologie au 1^{er} âge de la vie
SERVICE OPHTALMOLOGIE -
FONDATION ROTSCCHILD

12

GYNÉCOLOGIE | OBSTÉTRIQUE

DOSSIER LE D.I.U.

Les dispositifs intra-utérins
KILIANE DESCHAMPS

Prise en charge de la douleur lors
de la pose d'un dispositif intra-
utérin. Etat des lieux des pratiques
professionnelles dans le Puy-de-Dôme
KILIANE DESCHAMPS

20

SANTÉ PUBLIQUE

Travail en réseau
et Entretien Prénatal Précoce
RÉSEAU PÉRINATAL DU VAL D'OISE

24

SANTÉ PUBLIQUE

Évaluation des coûts de la
prématurité en France
ANNE-LAURE SOILLY, CATHERINE
QUANTIN, CATHERINE LEJEUNE & COL.

32

SCIENCES HUMAINES

Le vaginisme
FANNY LAMBLA

36

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Violences sexistes et sexuelles
au travail
ASSOCIATION
"LES ATELIERS DU TRAVAIL"

38

KIOSQUE

38

AGENDA EN BREF

39

FICHE TECHNIQUE

Cholestase intra-hépatique
gravidique

40

RECHERCHE

41

ACTUALITÉS

L'infirmier en pratique avancée

42

COMMUNIQUÉS

45

COLLOQUES & FORMATIONS



LES DO

ÉDITIONS ESKA

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

2 encarts jetés :

- 46^{es} Journées Jean Cohen
- 19^e Journée sur l'Assistance Médicale à la Procréation

POUR VOUS ABONNER,
RETOURNEZ-NOUS LE
BULLETIN EN **PAGE 48.**

LES ANNONCEURS

C2 35^{es} Journées d'études
ANSFC

C3 Précis de Bactériologie
Clinique - ESKA

C4 Grandir Nature

03 19^e Journée sur l'AMP

06 Journée Lait maternel

13 Matilia

33 Mybubelly

35 Journées Jean Cohen

45 ANSFL

45 NFERAIDO

46 Association Nationale
Natation & Maternité

46 CIRDH

46 Institut Naissance
& Formation

47 Médicformation

OURS

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF
Benoît LE GOEDEC, Sage-femme
Benoitlegoedec@gmail.com

SAGE-FEMME
Christine TALOT, Sage-femme
c.talot@orange.fr

CONCEPTION GRAPHIQUE

Marie-Paule STÉPHAN
Conception, réalisation, suivi du numéro
mstudio@netc.fr

ÉDITION

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

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF
serge.kebachtchiff@eska.fr

Maquette intérieure et couverture, format,
mise en page, sont la propriété des Éditions
ESKA.

FABRICATION

Marise URBANO
agpaedit@eska.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS

adv@eska.fr

PUBLICITÉ - CONGRÈS
COMMUNICATION

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

MARKETING - CONGRÈS
PUBLICITÉ

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

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Association "Les Ateliers du Travail"
Coordination RPVO (Réseau Périnatal du Val
d'Oise)

Kiliane DESCHAMPS, Sage-femme

Catherine QUANTIN, Service de
Biostatistiques et d'Information Médicale
(DIM), CHRU Dijon

Fanny LAMBLA, Sage-femme

Catherine LEJEUNE, Inserm, CIC1432, Dijon,
France

Anne-Laure SOILLY, Délégation à la Recherche
Clinique et à l'Innovation, USMR, CHU Dijon
Bourgogne

Rosa Rosales URBANO, Sage-femme

FONDATEUR DE LA REVUE

Jean OSSART

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 de
l'éditeur. Ceci recouvre : copie papier, intranet,
internet, etc. L'ensemble des contributions
constituant cette publication ainsi que le
copyright et les droits d'auteurs sont la pro-
priété 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° 0222 T 81395.

Signataire de la Convention U.D.A. S.N.P.M.

Dépôt légal : Août 2018

La responsabilité morale : nos tutelles l'auraient-elles oubliée ?

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**

« Et pour celui qui est solidaire des hommes, l'homme n'est point simple mot de son vocabulaire, l'homme est ce dont il est responsable », dit Antoine de Saint-Exupéry.

Hans Jonaz dit aussi *« Celui qui a la maîtrise de quelque chose en a aussi la garde »* ou bien rappelle que *« La cause devient mienne puisque le pouvoir est mien. Le bien-être, le sort d'autrui a été remis entre mes mains du fait de circonstances, ce qui veut dire que mon contrôle sur cela induit en même temps mon obligation. Exercer le pouvoir sans exercer l'obligation est irresponsable, c'est-à-dire une rupture dans le rapport de confiance de la responsabilité ».*

Nos tutelles auraient-elles oublié ces fondements de la responsabilité morale ? Les symptômes des difficultés de l'hôpital s'aggravent : déficits, manque de moyens, manque de personnel soignant, burn-out des professionnels de santé...

Les délais de prise en charge s'allongent sauf si on demande une consultation privée dans l'hôpital... Et cela génère des inégalités de prise en charge et des ruptures de parcours pour les plus vulnérables quand il y a besoin de se référer au médecin spécialiste. De plus en plus de sages-femmes dans certaines régions pratiquent des actes en dépassement d'honoraires au-delà de ce qui leur est autorisé.

L'entreprise hospitalière reste guidée depuis des années par la rentabilité. Les indicateurs de santé, les déterminants sociaux des patients sont ce sur quoi les tutelles se penchent. La recherche d'amélioration se fait au travers de la recherche d'efficacité plus que de bien-être, en oubliant les habitudes de vie, les engagements, le sens de l'action aussi bien des soignants que des patients.

Et nous assistons à la montée de la violence sexiste en gynécologie-obstétrique, à l'apparition de la détresse empathique chez les soignants, ne considérant plus la femme ou le nouveau-né que comme un cas clinique.

Nous assistons aussi à des situations impossibles dont les femmes les plus vulnérables pâtissent davantage : sortie de maternité sans hébergement, mise à l'abri difficile, signalement de situation préoccupante réalisée comme dernière chance de prise en charge mais qui stigmatise des mères qui n'en relèveraient pas dans une situation sociale plus stable.

Les remplacements ont été très difficiles cet été dans bon nombre d'établissements de santé, obligeant à faire des choix de postes à privilégier ; les femmes ne trouvaient pas de relais en ville...

Alors, les appels à projets périnataux se concentrent sur la promotion de la santé mentale, sur les parcours de soins... mais sans changer les paradigmes de l'organisation de la santé, les organisations hypernormées et minutées.

La réforme du système de santé a été annoncée pour ce mois de septembre par Madame la ministre de la Santé. Le *numerus clausus* des études médicales est remis en question. Espérons que cette réforme va permettre d'exercer la maïeutique dans de bonnes conditions, permettre à la mère, à l'autre parent, au nouveau-né d'aller bien, car la naissance, cette rencontre à l'altérité qui s'établit à ce moment, est la matrice de l'empathie, de l'ouverture et l'accueil de l'autre comme le fondement de notre société et comme socle de notre humanité tout entière. •

La naissance, cette rencontre à l'altérité qui s'établit à ce moment, est la matrice de l'empathie, de l'ouverture et l'accueil de l'autre comme le fondement de notre société et comme socle de notre humanité tout entière.



American Hospital of Paris

VENDREDI 30 NOVEMBRE 2018

19^e Journée sur l'Assistance Médicale à la Procréation de l'Hôpital Américain de Paris

*ALLONS-NOUS VERS UNE MODIFICATION
DES INDICATIONS EN AMP ?*

Président : Pr Joyce HARPER

PROGRAMME

**Auditorium
de l'Hôpital Américain de Paris**

55, boulevard du Château - 92200 Neuilly-sur-Seine

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dr Edouard AMAR, Dr Charles BRAMI, Dr Pascal BRIOT, Dr Sandrine COHEN SCALI,
Dr Jean-Marc EMMANUELLI, Dr André GAUTHIER, Dr Gérard HELUIN,
Dr Florence HERVE, Dr Carine PESSAH, Dr Clémence ROCHE,
Dr François ROLET, Dr Eric SEDBON, Dr Alain THEBAULT, Dr Jean THOREL,
Dr Charles TIBI, Dr Meryl TOLEDANO

COMITÉ D'ORGANISATION

Dr Edouard AMAR, Dr Charles BRAMI, Dr Pascal BRIOT, Dr Patrice CLEMENT,
Dr Carine PESSAH, Dr Eric SEDBON, Dr Charles TIBI, Dr Alain THEBAULT

Journée organisée par le Centre de Formation des Editions ESKA - CFEE : N° 11753436775

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA CONGRÈS : Serge KEBABTCHIEFF et Adeline MARÉCHAL
12, rue du Quatre Septembre - 75002 PARIS - Tél. 01 42 86 55 69 ou 79 - Fax 01 42 60 45 35

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

<http://www.eska.fr>

La sage-femme française au Pérou : une histoire qui continue !

PAR ROSA ROSALES URBANO, SAGE-FEMME

Au milieu du XIX^e siècle, un contexte favorable permit que Madame Benoîte Pauline Cadeau-Fessel ⁽¹⁾ sage-femme française, réussisse le très ambitieux projet de fonder la première école de sages-femmes en Amérique hispanique ⁽²⁾.

En effet, le XIX^e siècle fut porteur de changements structurels en Amérique latine : des États nouveaux commencèrent à prendre forme après les guerres d'Indépendance ⁽³⁾ et ces nouvelles Républiques étaient soucieuses de repeupler leurs territoires respectifs – le Pérou comptait à l'époque près de 1,4 million d'habitants ⁽⁴⁾. Un intérêt tout particulier fut ainsi accordé à l'encadrement de la naissance et de la maternité. Les dirigeants de ces jeunes Républiques latino-américaines, héritières des lumières européennes ⁽⁵⁾, rêvaient d'une société plus « juste » et surtout « civilisée ». Dans ce contexte les « parteras ⁽⁶⁾ » traditionnelles faisaient obstacle à cette volonté d'aller vers le progrès. En effet, dans un siècle dans lequel l'hygiénisme et le développement de la médecine avaient le vent en poupe les « parteras » furent dorénavant dénigrées et rejetées.



Rosa Rosales Urbano, Sage-femme, X^e Congrès Internationale de Sages-femmes. Octobre 2017 Lima-Pérou.

Madame Fessel suivit des études de sage-femme à l'hospice de la maternité de Paris entre 1816 et 1818, et fit partie du corps d'élite de ce prestigieux Centre de formation reconnu pour sa rigueur et sa grande qualité. Ne parvenant pas à assumer un poste de responsabilité dont elle aspirait, elle quitta la France avec son époux, Monsieur Jean-Baptiste Fessel, lui-même officier de santé-médecin. En 1823, ayant comme objectif celui de fonder une maternité selon le modèle parisien, Madame Fessel se dirigea vers la Nouvelle Orléans. Des soucis de

La prise en charge des élèves sages-femmes était globale : elles étaient nourries et logées sur place, leur formation scientifique alliait la théorie et la pratique.

santé et des démarches infructueuses firent que le voyage se prolongea vers le Mexique. Là encore, elle fut déçue par un refus à sa demande de création d'une École de sages-femmes. Persévérante, elle continua son voyage vers le sud : c'est ainsi qu'elle arriva au Pérou.

En 1826, un décret créant la Maternité de Lima sous la direction du couple Fessel fut enfin promulgué.

Benoîte Pauline Fessel s'inspira du modèle parisien pour la création de l'institution péruvienne. Ainsi, l'École de sages-femmes de la Maternité de Lima pratiquait un recrutement sélectif ; la prise en charge des élèves sages-femmes était globale : elles étaient nourries et logées sur place ; leur formation scientifique alliait la théorie et la pratique. Enfin, quatre années d'études fournissaient un savoir qui allait leur permettre une reconnaissance de leur supériorité par rapport aux « parteras » traditionnelles. Les cours eurent lieu

1. Madame Benoîte Pauline Cadeau est née à Lyon en 1792.
2. Des territoires dans le continent américain ayant été colonisés par l'Espagne, depuis l'arrivée de Cristobal Colomb (1492).
3. Les guerres d'Indépendance hispano-américaines sont un ensemble de mouvements indépendantistes qui ont secoué l'Amérique espagnole au début du XIX^e siècle et ont mis fin à la domination espagnole sur presque tout le continent.
Déclaration de l'Indépendance au Pérou en 1821. La République est instaurée après 1824.
4. À l'époque, la dépopulation est un important problème démographique. La France compte au même moment près de 30 millions d'habitants, alors que le Pérou a largement deux fois la superficie de la France.
5. L'esprit de lumières : <http://journals.openedition.org/ahrf/12092>.
6. « Parteras » peut se comprendre comme *matrone* en France.



Buste de Madame Benoîte Paulina Cadeau Fessel.

À gauche, Madame Clara Diaz T., Directrice de l'École de sages-femmes à l'Université Nationale Majeure de San Marcos, à droite Madame Clara Rojas E., enseignante dans la même Université. Octobre 2017, Lima-Pérou.

dans l'amphithéâtre de l'École de médecine (actuellement Faculté de médecine de l'Université Nationale Majeure de San Marcos). Ils furent dispensés par le médecin en chef et la sage-femme en chef. Cette formation distingua fortement les sages-femmes du reste de la population féminine : elles devinrent les premières femmes à suivre des cours à l'Université. La profession de sage-femme diplômée fut ainsi reconnue socialement et politiquement, ce qui constitua un pas capital dans la conquête par les femmes de l'espace public péruvien de l'époque.

Seulement dix ans après son arrivée au Pérou, Madame Fessel, femme dynamique et infatigable, fit de la Maternité de Lima la première institution de ce type en Amérique latine. Cette dernière servit de modèle dans l'ensemble du monde andin. C'est ainsi que deux sages-femmes formées par Madame Fessel quittèrent le Pérou pour établir deux maternités et Écoles de sages-femmes, une à Quito (Équateur) et l'autre à La Paz (Bolivie).

Benoîte Pauline Cadeau-Fessel quitta définitivement le Pérou, pour des raisons de santé, en 1836. À ce jour, les historiens de la médecine péruvienne réservent, dans leurs ouvrages, une place importante à l'œuvre de la sage-femme française.

LES SAGES-FEMMES AU PÉROU AUJOURD'HUI

Depuis, les sages-femmes péruviennes ont continué leur chemin, fortes d'une formation universitaire rigoureuse et soucieuses de tout progrès scientifique.

Dans l'exercice de leur profession médicale, elles se sont pleinement engagées dans cette dynamique sociale qui a

« La naissance de l'être » englobe un tout : c'est ainsi que les sages-femmes péruviennes se sont approprié le principe déterminant du suivi global qui concerne l'avant, le pendant et l'après naissance.

Rien ne fragilise leur détermination, convaincues que leur premier devoir dépasse tout autre enjeu : celui de lutter pour une optimisation de la qualité de soins aux femmes.

comme principe le respect d'autrui. Cela se concrétise par une intervention qui débute à la « naissance de l'être ». Je me permets d'insister sur ce point, puisque leur rôle dans l'accompagnement de la naissance ne se réduit pas à un acte technique chargé d'assurer une correcte adaptation biologique. « La naissance de l'être » englobe un tout : c'est ainsi que les sages-femmes péruviennes se sont approprié le principe déterminant du suivi global qui concerne l'avant, le pendant et l'après naissance.

Fortes de leur spécialité dans la physiologie de la femme, les sages-femmes ont ainsi recours à l'ensemble de leurs ressources, tant techniques que scientifiques. Elles adressent leurs patientes à un médecin lorsqu'elles décèlent une pathologie. Elles revendiquent l'importance de l'entente multidisciplinaire autour de la femme et du binôme mère-enfant.

Elles ont dû – et doivent toujours – affronter des contraintes multiples, que celles-ci viennent des instances décisionnaires dans la normativité en santé publique, ou de positionnements fermés d'autres acteurs de la santé.

Néanmoins, rien ne fragilise leur détermination, convaincues que leur premier devoir dépasse tout autre enjeu : celui de lutter pour une optimisation de la qualité de soins aux femmes.

LE CONGRÈS INTERNATIONAL DE SAGES-FEMMES À LIMA

Une invitation au dernier Congrès International de sages-femmes à Lima, organisé par le CRO III- Lima Callao (Conseil Régional des Sages-femmes Lima Callao), révélait l'intérêt toujours vif de nos collègues péruviens de connaître les compétences professionnelles des sages-femmes françaises. Cette présentation s'est faite par la voix d'une sage-femme formée au Pérou exerçant son métier en France.

L'organisation de ces rencontres illustre le caractère soucieux des sages-femmes péruviennes d'aujourd'hui à rester dans l'émulsion scientifique que Madame Fessel avait initiée en son époque.

Se manifeste ainsi le vœu des collègues péruviennes d'acquérir toujours de nouvelles connaissances via le partage de témoignages d'expériences professionnelles à l'international.

J'ai également pu constater, lors de cette rencontre, que des centres de formation étatiques ou privés pour sages-femmes ont montré un grand intérêt pour le cursus de formation professionnelle des Écoles françaises, dans l'esprit d'une accréditation internationale et d'une homologation de la formation et des compétences professionnelles. Cela afin d'améliorer la qualité des soins que notre profession prodigue.



X^e Congrès international des Sages-femmes à Lima-Pérou, Octobre 2017. Instituto Nacional Materno Perinatal ex-Maternité de Lima.

Cet intérêt s'inscrit sans doute dans l'héritage laissé par Madame Fessel lors de la création de la première École professionnelle de sages-femmes en Amérique latine (Lima-Pérou).

Et il est heureux de constater que cet héritage a su porter le désir toujours actuel des sages-femmes péruviennes de continuer d'échanger et de se former avec les autres sages-femmes du monde afin d'assurer la pérennité d'une profession dont le but reste la pratique de soins de qualité dans toutes les étapes de la vie d'une femme.

Espérons donc que ce siècle déjà bien entamé saura prendre la suite de celui de Madame Fessel dans ce riche dialogue professionnel. •

BIBLIOGRAPHIE

- BASADRE, Jorge, 1963 Historia de la republica del Perú, T. II, Lima, Ed. Paruamérica.
- QUIROZ-PEREZ Lissel, 2012, "De la comadrona a la Obstetrix. Nacimiento y apogeo



L'Université Aix Marseille
L'APHM et l'Hôpital St Joseph
En partenariat avec Medela

JEUDI 18 OCTOBRE 2018
DE 13 H 00 À 18 H 30



LIEU: Amphi Toga
Faculté de Médecine
Timone Marseille

LAIT MATERNEL, Santé et Environnement, Rythmes et Besoins, Accueil, Écoute et Accompagnement, Retour à Domicile

- 13 h 00** Café d'accueil
- 13 h 30** Introduction
- 13 h 45** Aspect évolutionniste de l'allaitement maternel
Dr Alexandre Fabre
- 14 h 15** Le lait maternel et les 1000 premiers jours
Pr Laurent Storme (à confirmer)
- 15 h 00** Aspects socio-économiques du lait maternel
Dr Clotilde Desrobert
- 15 h 30** Questions/Réponses
- 16 h 00** Pause

STAND MEDELA: Présentation des solutions d'aide à l'allaitement maternel

- 16 h 30** Présentation Institutionnelle Medela
Brigitte Dumas - PDG
- 16 h 50** Freins de langue
Dr Jean-Michel Bartoli
- 17 h 10** Retour d'expérience d'une consultation Allaitement en cabinet libéral
Dr Nicolas Falaise/Émilie Clady
- 17 h 50** Accueil et conseils en officine
Dr Michel Siffre
- 18 h 10** Sociologie de l'allaitement maternel en situation de précarité PMI
- 18 h 30** Questions/Réponses
- Conclusion**

POUR S'INSCRIRE

Mail :
marseille.medela@gmail.com
Fax : 01 69 16 10 32

Renseignements à fournir :
Nom, Prénom, Fonction,
Coordonnées professionnelles (tel, adresse, mail...)

L'ophtalmologie au premier âge de la vie

PAR **SERVICE OPHTALMOLOGIE - FONDATION ROTHSCHILD, PARIS**

CHEZ LE PRÉMATURÉ

L'examen ophtalmologique du prématuré se fait dans le service de néonatalogie, dans la couveuse, dès la fin du premier mois de vie (ou plus tôt en cas d'indications particulières).

Cet examen est réalisé en ophtalmoscopie indirecte (loupe de Volk), après dilatation pupillaire préalable avec atropine 0,3 %. La sédation est facilitée par une tétine imprégnée de saccharose. Il peut être nécessaire de poser un blépharostat (toujours sous analgésie au saccharose).

ASPECTS PARTICULIERS CHEZ LE PRÉMATURÉ

L'œil du prématuré (avant 32 semaines) a quelques particularités :

- L'ouverture palpébrale spontanée est rare.
- Le réflexe de clignement à la lumière est absent, mais le réflexe pupillaire est présent, quoique faible.
- Les mouvements oculaires spontanés sont rares.
- En période de sommeil, les globes sont en position médiane; en période de veille, la direction du regard est fonction de la position de la tête.
- Les vaisseaux cristallins doivent avoir disparu à la 32^e SA; il est à noter que leur présence ne gêne ni la dilatation pupillaire ni l'accès au fond d'œil (FO).
- L'artère hyaloïdienne doit avoir disparu à 27 semaines.
- Jusqu'à 30 SA, l'aspect du FO est globalement brumeux, surtout en périphérie.
- Après 30 semaines, le FO s'éclaircit : la papille est peu colorée; il n'existe pas encore de reflet fovéolaire, les vaisseaux sont grêles au pôle postérieur; la rétine est peu pigmentée, avec toutefois des variations en fonction de l'ethnie.

LA RÉTINOPATHIE DU PRÉMATURÉ (RDP)

La pathologie rétinienne du prématuré est dominée par les rétinopathies vasculaires. La vasculogénèse rétinienne débute à 18 SA à partir de la papille. Elle atteint l'ora : en nasal, vers 32 SA, en temporal, à terme.

C'est en 1942 que Terry décrit la fibroplasie rétrolentale, et c'est Ashton, en 1950, qui a mis en évidence le rôle pathologique de l'oxygénothérapie. Aujourd'hui, on pense que l'étiopathogénie de la rétinopathie du prématuré est multifactorielle avec des facteurs hémodynamiques, la responsabilité de certains médiateurs inflammatoires vasoconstricteurs (chorio-amniotites), les anomalies de l'équilibre acido-basique, etc.

Les facteurs de risque reconnus sont :

- **Le poids de naissance :** 90 % des enfants de moins de

750 grammes et 50 à 80 % des enfants de 750 à 1 000 grammes feront une rétinopathie.

- **Le terme :** la rétinopathie est rare entre 30 et 34 semaines.

On estime que 2 % des bébés qui présentent une RDP feront un stade grave et 2 % de ces stades graves évolueront vers la cécité...

Tous les enfants nés avant 34 semaines et pesant moins de 1 700 grammes doivent avoir un examen ophtalmologique à la fin du premier mois de vie, puis tous les 15 jours, jusqu'à vascularisation complète de la rétine. Le diagnostic de rétinopathie est clinique. Cette rétinopathie débute entre la 6^e et la 8^e semaine de vie.

La classification de la RDP se fait en zones de rétine atteintes et en stades de gravité.

ZONES

- **ZONE I** Comprend les 30° autour de la papille.
- **ZONE II** S'étend jusqu'à l'ora en nasal, l'équateur en temporal.
- **ZONE III** Comprend la rétine périphérique temporale.

STADES

- **STADE I** Présence d'une ligne de démarcation blanche qui sépare la rétine antérieure, grisâtre, avasculaire, de la rétine postérieure vascularisée (avec début d'arborisations anormales). À ce stade, 80 % des atteintes régressent sans séquelle.
- **STADE II** La ligne s'est élargie et devient un bourrelet saillant. En arrière, des touffes de néovaisseaux rétiens viennent « buter » contre le bourrelet. Là encore, un grand nombre d'atteintes régressent avec pas ou peu de séquelles.
- **STADE III** À ce stade se développe un tissu fibrovasculaire, à partir du bourrelet, dans le vitré. Des hémorragies apparaissent sur la rétine postérieure, au pied du bourrelet. La dilatation pupillaire est souvent de moins bonne qualité. À ce stade, une régression est encore possible. Une surveillance rapprochée s'impose (toutes les semaines).
- **STADE IV** C'est la survenue d'un décollement de rétine tractionnel dans un ou plusieurs quadrants : avec macula soulevée (stade IVb) ou à plat (stade IVa). L'évolution se fait alors inéluctablement vers le stade V.
- **STADE V** Stade de décollement de rétine total avec une rétine tendue en « tunnel » de la papille à l'ora, l'espace rétrocrystallinien étant occupé par la fibroprolifération (d'où le terme de fibroplasie rétrolentale).

À cette classification internationale s'ajoute une notion, depuis quelques années : **plus disease ou « rétinopathie plus »**. C'est une atteinte du pôle postérieur marquée par une dilatation veineuse et une tortuosité artérioveineuse tout à fait anormales. Cette atteinte peut s'observer aux stades II, III et IV et nécessite une surveillance tous les 2 à 3 jours.

Enfin, il est important de connaître la notion de seuil de maladie. On estime que ne nécessitent pas de traitement les atteintes situées : en zone III, quel que soit le stade, en zone II, stades III et II, en l'absence de « rétinopathie plus ».

Le traitement de la RDP a pour but de détruire la rétine avasculaire et de réduire la néovascularisation.

■ C'est la **cryoapplication** qui a d'abord été utilisée. La grande étude *CryoRopGroup* menée aux USA sur 9751 prématurés de moins de 1 250 g a permis de mettre en évidence la notion de seuil de maladie. Les enfants présentant une RDP stade III, en zone I ou II avec « rétinopathie plus » étaient traités sur un œil (l'autre œil servant de témoin) :

- 48 % des yeux non traités ont évolué vers la cécité contre 31 % « seulement » des yeux traités ;
- Mais il s'est avéré qu'à 5 ans, l'acuité visuelle des yeux non traités qui n'avaient pas évolué vers la cécité, était bien meilleure que l'acuité visuelle des yeux traités.

Par ailleurs, la cryoapplication présentait de **nombreuses complications** :

- Celles liées à l'anesthésie générale de ces bébés de très petit poids ;
 - **Les complications immédiates** : conjonctivales, rétinienues et vitréennes (hémorragies surtout) ;
 - **Les complications tardives** : myopie forte séquellaire, fréquente ; strabisme ; réduction du champ visuel.
- Depuis dix ans environ, la **photocoagulation** est plus souvent utilisée dans les stades III ayant dépassé le seuil de maladie. Elle nécessite une sédation de l'enfant et non une anesthésie générale, et peut se faire en ophtalmoscopie indirecte. Le laser argon a d'abord été utilisé, mais à l'heure actuelle, le laser diode transpupillaire semble préféré. Son absorption est plus profonde et l'éblouissement bien moindre (moins d'agitation de l'enfant de ce fait). Les résultats des lasers argon et diode sont similaires avec 90 % de succès dans ces stades III. En cas de problème de visibilité, le laser diode peut être utilisé en transciéral.
- Après photocoagulation, les résultats sur de petites séries semblent concordants pour dire que l'acuité visuelle est meilleure et que l'importance de la myopie est moindre. Aux stades IV et V, le traitement de la RDP fait appel aux techniques classiques du traitement des décollements de rétine, avec souvent nécessité d'interventions multiples. Les résultats sont hélas très décevants sur le plan anatomique, et encore plus sur le plan fonctionnel. **D'où l'intérêt d'une surveillance systématique des grands prématurés pour agir au stade III avec « rétinopathie plus », avec la photocoagulation.** Les stades I et II et la plupart des stades III régressent, nous l'avons dit, sans traitement, mais peuvent présenter des séquelles :

- **Altérations du F0 (surtout pour les stades III)** : ectopie maculaire, source d'amblyopie ; tractions vasculaires ; plis rétinienues ; remaniements rétinienues périphériques avec ou sans traction vitréenne et surtout décollement de rétine (DR). Ce DR survient à distance de la RDP avec deux pics de fréquence (6 à 15 ans ; et 20 ans). Il peut passer inaperçu chez le jeune enfant et peut être bilatéral dans 60 % des cas : il est, **et il sera donc, important de surveiller régulièrement la périphérie rétinienne des enfants, adolescents et adultes jeunes présentant un antécédent de grande prématurité ;**
- **Troubles de la réfraction** : myopie forte.
- Strabisme.

LA MYOPIE DU PRÉMATURÉ (en l'absence de RDP)

Des études systématiques ont montré que les enfants prématurés nés au-dessous de 1 700 g présentaient une myopie de 6 dioptries maximum, régressive en dix semaines en moyenne. Les prématurés dont le poids de naissance était inférieur à 1 250 g présentent une myopie forte, de 10 à 20 dioptries, diminuant à 2 à 6 dioptries à six mois et pouvant disparaître à 1 an. Dans ces cas, il existe 30 % de myopie unilatérale.

Cette myopie est d'autant plus forte que le poids de naissance est faible et qu'il s'agit de naissance multiple. Elle est peu ou pas évolutive et s'observe en l'absence d'antécédents familiaux.

La biométrie de cette myopie est particulière par l'existence d'une augmentation de la courbure cornéenne et par une chambre antérieure peu profonde.

On note également une position plus antérieure du cristallin et des modifications de la zonule et du corps ciliaire.

EN CONCLUSION ET SUR LE PLAN PRATIQUE

- Surveillance ophtalmologique rapprochée des **enfants prématurés nés avant 34 SA et pesant moins de 1 700 g**, en l'absence de complication :
 - Tous les 15 jours, entre 1 et 3 mois de vie,
 - Tous les 3 mois, la 1^{re} année de vie,
 - Tous les ans jusqu'à 5/6 ans.
- Surveillance ophtalmologique des **enfants prématurés nés après 34 SA et pesant plus de 1 700 g** :
 - À 1 mois de vie,
 - À 3 mois d'âge corrigé,
 - Puis, comme tous les enfants, à 9 mois d'âge corrigé et à 2 ans.
- Surveillance de la périphérie rétinienne jusqu'à l'âge adulte en cas de complication de RDP.
- Il existe une corrélation statistique entre :
 - poids de naissance et anisométrie,
 - poids de naissance < 1 500 g et association strabisme et myopie,
 - séquelles de RDP et association strabisme et myopie.

LES SÉQUELLES OPHTALMOLOGIQUES

Chez l'ancien prématuré, les troubles ophtalmologiques sont fréquents (70 à 85 % des diplégies spastiques).

Ce sont :

- **Des troubles de la réfraction** (60 % des cas) avec prédominance d'hypermétropie et d'astigmatisme.
- **Une atrophie optique** (20 % des cas), associée à un strabisme, un nystagmus, voire une amblyopie monoculaire.
- **Une fibroplasie rétrolentale** est observée chez 23 à 57 % des TFPN (très faible poids de naissance). Sur 4 095 enfants de PN (poids de naissance) \leq 1 250 g, la « Cryo-ROP study » montre que 65 % présentent une rétinopathie (tous stades) et 18 % ont un stade 3 (atteinte des vaisseaux intra-vitréens). Pour les enfants \leq 27 semaines il y a 83 % de rétinopathies. La fibroplasie sévère touche 37 % des prématurés de moins de 750 g, 21 % des enfants de 750-999 g et 8 % des enfants de 1 000-1 250 g. Le risque de cécité est de 2 à 4 % et le risque de décollement rétinien est de 0.6 %^[4].
- Par ailleurs il s'y associe **des difficultés liées à l'atteinte cérébrale** : mauvaise stratégie visuelle, mauvaise reconnaissance des formes, discrimination fine des couleurs et mémorisation.

La part des troubles visuels dans les difficultés d'orientation spatiale, de scolarité et d'apprentissage est donc considérable^[1].

Le dépistage des anomalies ophtalmologiques comporte un premier examen entre 5 et 7 semaines après la naissance, ou avant la sortie du service.

LES ATTEINTES OPHTALMOLOGIQUES ORGANIQUES COMPORTENT :

- **Une myopie** (l'œil myope est un œil plus grand que la normale donc ses tuniques sont étirées et la rétine est particulièrement fragile). Pour des raisons optiques, l'acuité visuelle de loin est très basse. Il y a deux types de myopie chez le prématuré : celles qui s'associent à une rétinopathie de la prématurité et celles qui sont la seule conséquence de la prématurité.
- **Les lésions de la périphérie rétinienne** : il s'agit essentiellement des formes régressives de la rétinopathie des prématurés (60 % des rétinopathies de grade I, II et III régressent).

Les anomalies observées sont :

- Remaniements pigmentaires périphériques ;
- Anomalies vasculaires périphériques à type de tortuosité, de zones vasculaires, d'arcades vasculaires, de télangiectasies ;
- Modification de l'interface périphérique rétinovitréenne avec, parfois, membrane épirétinienne et parfois des plis de traction pouvant entraîner distorsion et ectopies maculaires ;
- Évolution possible tardive vers les déchirures rétinienues et les décollements de rétine par traction.

Cette rétinopathie est donc une maladie évolutive à long terme, que l'examen simple du FO permet de dépister.

Mais certaines lésions de la périphérie sont discrètes, compatibles avec une bonne fonction visuelle et qu'on ne dépiste qu'avec l'aide d'un verre de contact dit « verre à 3

miroirs » utilisable chez l'enfant coopérant (\geq 5 ans). C'est ainsi que Gerhard^[in 21] découvre 60 % de lésions périphériques plus ou moins discrètes. Par ailleurs il constate une relation étroite entre ces lésions et la myopie (la myopie n'est pas plus fréquente chez les enfants indemnes de lésions rétinienues que dans la population générale).

LES ATTEINTES OPHTALMOLOGIQUES FONCTIONNELLES

LES TROUBLES SENSORIELS

- **Le retard de la maturation visuelle** : il n'y a pas de fixation ni de poursuite oculaire jusqu'à l'âge de 6 mois à 1 an, alors que l'examen ophtalmologique est normal, des réflexes photo-moteurs présents, des globes oculaires normaux et pas de nystagmus. Les PEV sont absents ou très diminués en amplitude et il y a par ailleurs un retard des acquisitions motrices.

L'évolution est favorable avec l'apparition d'un développement visuel normal. Ce retard serait associé aux lésions périventriculaires.

Le diagnostic différentiel est l'amblyopie bilatérale, voire la cécité corticale, mais dans ces cas-là on observerait des mouvements oculaires anormaux, ou « nystagmus baladeur ».

- **L'amblyopie fonctionnelle unilatérale** est la conséquence d'une anisométrie, c'est-à-dire d'une différence de réfraction entre les deux yeux ou la conséquence d'un strabisme.

LES TROUBLES OCULOMOTEURS

- **Le strabisme** est un problème sensori-moteur complexe caractérisé par une déviation des axes oculaires l'un par rapport à l'autre et des altérations sensorielles primitives ou secondaires à cette déviation.

Ces anomalies sensorielles sont :

- **L'amblyopie unilatérale fonctionnelle** : baisse d'acuité par neutralisation répétée au niveau de la rétine de l'œil le plus souvent dévié : il y a une prévention, donc une régression possible.
- **Altération de la vision binoculaire** : perte de la vision stéréoscopique (distance et relief).

Le strabisme est multifactoriel : voies visuelles, voies motrices, mécanismes centraux de coordination et relation avec d'autres structures (labyrinthe, cervelet, organes proprioceptifs musculaires).

La période critique d'installation de la vision binoculaire (facteur important de l'orthophorie, c'est-à-dire du parallélisme des axes oculaires), va du 3^e au 6^e mois, alors que celle de l'acuité visuelle se prolonge jusqu'à 5 ans.

Le strabisme est fortement corrélé à la fibroplasie rétrolentale. Page et al. (*Pediatrics* 1993 ; 92 : 787-90) : les séquelles oculaires chez 190 enfants de moins de 1 250 g examinés à 12 et 24 mois comportent 12 % de FRL (stade 3 et 4 mais aucun n'eurent de cryothérapie), 16 % de myopie à 1 an et 38 % à 2 ans. La myopie est plus fréquente chez les plus petits PN et ceux qui ont une FRL. Un astigmatisme et une anisométrie (réfraction inégale des yeux) sont observés parallèlement à la myopie.

Le décollement de rétine et le glaucome sont les risques majeurs évolutifs et justifient donc une surveillance attentive et prolongée.

LA FONCTION NEURO-VISUELLE ^[3]

■ **La poursuite oculaire** est un mouvement lent et volontaire survenant lorsque la cible fixée par le sujet se déplace. Le but de la poursuite est de maintenir l'image de la cible immobile sur la fovéa. Ce mouvement phylogénétiquement récent ne peut être généré en l'absence de cible. Le mouvement de poursuite de l'œil doit tenir compte du déplacement de la tête et de la cible ce qui fait que les afférences ne dépendent pas seulement du stimulus sensoriel rétinien mais aussi de signaux extra-rétiens. Les signaux visuels véhiculés par la voie géniculo-striée sont retransmis vers l'aire visuelle temporale moyenne activée lors du mouvement d'une cible visuelle et contenant ainsi la représentation perceptive du mouvement en coordonnée rétinienne. Puis, l'aire temporale supérieure médiane, qui a une sensibilité directionnelle au mouvement, couplée à des signaux extra-rétiens, permettrait d'avoir une représentation directionnelle du mouvement en coordonnée spatiale. Cette première voie géniculo-striée a pour rôle de reconnaître les formes, elle identifie l'objet.

La 2^e voie réticulo-tectale reconnaît la direction, la distance et le mouvement. C'est elle qui dirigera la main vers l'objet. Dans le tronc cérébral de nombreuses afférences encore mal connues mettent en connexion les aires corticales avec les noyaux du pont, le cervelet et les noyaux vestibulaires médians avant d'atteindre la voie finale effectrice de l'oculo-motricité. La poursuite oculaire verticale semble suivre les mêmes lois.

En cas d'IMOC (infirmité motrice d'origine cérébrale) la poursuite oculaire d'un pendule oscillant à des fréquences variant entre 0,5 et 1 cycle/seconde est pathologique dans 3/4 des cas, surchargée de micro-saccades et ne dépasse pas 0,7 cycles/sec. Il peut toutefois exister une dissociation automatico-volontaire (ce qui suggère un trouble pédonculaire).

■ **Les saccades** sont des mouvements rapides correspondant à une excentration du regard ou un retour vers la position primaire. Le mouvement est balistique, préprogrammé, ce qui donne sa caractéristique de vitesse et de déroulement dans le temps toujours le même.

On distingue, selon les conditions de déclenchement :

- **Les saccades volontaires**, sans cibles visuelles (saccades intentionnelles pures) ou en présence d'une cible visuelle (saccades visuo-guidées) ou auditives ou même mémorisées ;
- **Les saccades réflexes** correspondant aux saccades d'attraction visuelle déclenchées sur un mode automatique ;
- **Les saccades spontanées** survenant en l'absence de toute consigne de stimulation.

■ **Les nystagmus vestibulaire et opto-cinétique**

Un nystagmus est un mouvement oculaire formé par l'alternance de :

- **Phases lentes et involontaires** destinées à compenser le mouvement de l'image rétinienne induite par le déplacement de la tête (nystagmus vestibulaire) ou de l'environnement (nystagmus opto-cinétique) ;
- **Phases rapides** recentrant le regard et dont le sens définit le sens du nystagmus.
- **Le nystagmus opto-cinétique (NOC)** est un nystagmus physiologique provoqué. Il repose sur le déclenchement d'un mouvement de poursuite d'une cible en mouvement (tambour de Barany) en faisant passer devant les yeux du patient des bandes alternées noires et blanches au moyen d'une écharpe ou d'un tambour. La phase lente du NOC est un mouvement de poursuite dans lequel les yeux suivent le mouvement des bandes. La phase rapide est un mouvement de saccade dans la direction opposée : l'œil retourne à son point de départ.

L'évaluation de l'acuité est estimée par le pouvoir de résolution, lui-même déterminé par le plus petit stimulus de valeur angulaire connu qui déclenche le nystagmus. Le stimulus est constitué par le réseau de bandes noires sur fond blanc de plus en plus fines jusqu'à la perception d'une surface grise uniforme, le mouvement de poursuite étant alors arrêté. Le NOC devient symétrique entre 6 mois et 2 ans.

Le NOC n'a pas une origine strictement fovéolaire. Ce n'est pas un moyen sûr pour évaluer la fonction visuelle, mais il permet de déterminer de façon simple s'il existe ou non une perception et de tester la maturation du système visuel. La mise en jeu d'une voie sous-corticale à partir de la rétine périphérique entraîne également son déclenchement (la réponse nystagmique n'est pas strictement corrélée à la fonction fovéolaire). Le NOC semble donc d'un intérêt secondaire en ce qui concerne la mesure stricte de la fonction fovéolaire.

Lorsqu'il existe une leucomalacie périventriculaire, signe d'ischémie de la substance blanche au niveau des angles externes des ventricules latéraux, on retrouve fréquemment :

- **Une anomalie de la poursuite oculaire horizontale**, poursuite surchargée de saccades alors qu'il n'y a pas de paralysie oculomotrice, ni de paralysie de la latéralité ;
- **Une anomalie du nystagmus opto-cinétique monoculaire et rarement binoculaire**, comme chez le nourrisson avant 3 mois : bonne réponse quand le rouleau de Barany tourne dans le sens temporo-nasal, absente ou faible dans le sens inverse. Cette asymétrie est expliquée, chez le nourrisson par l'immaturité des voies visuelles partant des ganglions géniculés. La persistance de cette asymétrie chez l'IMOC ancien prématuré est probablement due à des lésions de LMPV touchant les radiations optiques ;
- **Une impossibilité à inhiber le réflexe vestibulo-oculaire par la fixation.**

Toutes ces anomalies sont observées dans le cas des LMPV et lorsqu'il existe une dilatation ventriculaire postérieure et l'on peut suspecter une lésion des voies sous-pariétales contrôlant la poursuite oculaire.

LES TROUBLES DU CHAMP VISUEL EN CAS D'IMOC

Ils sont relativement fréquents et portent sur le méridien horizontal, symétrique ou asymétrique et sur le méridien vertical où l'amputation du CV inférieur est la plus fréquente.

Le déficit de la motricité horizontale se double de difficultés visuo-spatiales (études des gnosies spatiales, de la copie de figures géométriques simples, recherche d'une négligence visuelle), de dyspraxie constructive avec une dissociation significative du QI (quotient intellectuel) au bénéfice du QIV (quotient intellectuel verbal).

■ Le dépistage des anomalies visuelles

- **Avant la fin de la première année** ^[2]
 - **Dépistage d'une anomalie sensorielle**, amblyopie uni- ou bilatérale (le réflexe photo-moteur doit être rapide, fixation et poursuite oculaire œil par œil surtout, regard préférentiel et nystagmus opto-cinétique de pratique moins courante).
 - **Dépistage du strabisme** (un strabisme constant est toujours pathologique avant 6 mois) : reflets cornéens (permet d'éliminer les faux strabismes par anomalies palpébrales, telles qu'épicanthus ou télécanthus) et test de l'écran pour cacher alternativement un œil puis l'autre (avec une main ou un pouce, par exemple).

En cas de strabisme et/ou d'amblyopie unilatérale, on fait un examen de la réfraction sous cycloplégie après atropinisation d'une semaine, qui paralyse l'accommodation et dilate la pupille. On peut alors apprécier les caractéristiques exactes de l'enfant : myope, hypermétrope, astigmatisme. On peut donc, si nécessaire, prescrire des verres correcteurs dès 5-6 mois et corriger exactement le vice de réfraction. C'est de toute façon le point de départ du traitement de tout strabisme.

Quand l'examen ne retrouve pas le strabisme, on fait une légère cycloplégie au mydriaticum qui permet d'avoir une idée de la réfraction.

- Enfin, si l'on suspecte un retard de maturation visuelle on demande ERG (électrorétinogramme) et PEV (potentiel évoqué visuel).
- **Vers l'âge de 2 ans - 2 ans et demi**
L'examen est plus facile car l'enfant coopère davantage. On peut commencer à mesurer l'acuité visuelle de près, de loin, œil par œil en utilisant des tests d'acuité pour enfant. Il faut rechercher un microstrabisme. À la moindre anomalie on fait un examen de la réfraction sous atropine.
- **Vers 4-5 ans**
il n'y a généralement pas de problème pour l'évaluation de l'acuité visuelle, pour le bilan du strabisme et pour entreprendre si besoin une rééducation orthoptique et/ou une intervention chirurgicale. On peut commencer à cet âge à dépister les lésions de la périphérie de la rétine par l'examen au verre à trois miroirs.

■ Le dépistage des troubles de la poursuite oculaire et des difficultés visuo-spatiales

- **Dès 40 semaines** : Étude de la poursuite oculaire horizontale d'un visage, l'étude du nystagmus opto-cinétique monoculaire et binoculaire, l'étude du champ visuel.
- **À 6 mois** : même bilan, auquel on ajoute l'étude de la poursuite oculaire verticale du visage.
- **À 18 mois** : remplacer la poursuite du visage par celle d'un pendule.
- **À 2 ans** : en cas d'anomalies persistantes de la poursuite, des réponses nystagmiques ou du champ visuel, faire un enregistrement oculographique et commencer la rééducation oculomotrice.

Une rééducation oculomotrice peut-être proposée dont les résultats dépendent de la précocité de prise en charge. La rééducation consiste à faire suivre une image se déplaçant sur une ligne sinusoïdale (d'amplitude fixe de $\pm 30^\circ$), le menton de l'enfant étant bloqué.

La rééducation vise à estomper les difficultés dans les gnosies visuo-spatiales ainsi que la dissociation verbale-performance et le retard graphique.

L'efficacité scolaire, spécialement en mathématiques, est elle aussi influencée : c'est souvent dès l'amélioration des gnosies visuo-spatiales que le pédagogue note une plus grande aisance de l'enfant dans ses apprentissages et quand la dyspraxie s'efface, le niveau scolaire rejoint en quelques mois celui qu'on est en droit d'attendre. •

RÉFÉRENCES

1. Arthuis M. et Renault F. *Les infirmités motrices d'origine cérébrale chez l'enfant*. Méd Infant 1983 ; 7 : 769-826.
2. Niessen F. *Dépistage des troubles visuels chez l'ancien prématuré*. 3^e séminaire Guigoz-GENEUP-RP 1988 ; 211-22.
3. Picard A. *Dépistage et traitement des troubles visuels chez l'ancien prématuré*. 3^e séminaire Guigoz-GENEUP-RP 1988 ; 223-30.
4. Dusick AM. *Medical outcome in preterm infants*. Semin Perinatol 1997 ; 21 : 164-77.

Les dispositifs intra-utérins

PAR **KILIANE DESCHAMPS**, SAGE-FEMME

LA POPULATION CONCERNÉE

Les recommandations de 2004 de la Haute Autorité de Santé (HAS) déclarent le DIU comme contraception de première intention pour l'ensemble des femmes, quels que soient leur âge, leur parité et leur gestité ⁽¹⁾.

La pose peut être réalisée dès que les contre-indications, les risques infectieux, le risque de grossesse extra-utérine et les situations à risques ont été écartés ⁽¹⁾. L'OMS considère que les avantages de cette méthode de contraception, avant l'âge de 20 ans, l'emportent sur les risques théoriques ou avérés ⁽²⁾.

Le DIU est le second mode de contraception choisi par les femmes avec un taux d'utilisation de 21 % de Françaises en âge de procréer ⁽³⁾.

Selon les résultats de l'INED, 1,3 % de nullipares de 15-49 ans utilisent un DIU, 20 % des femmes ayant déjà eu un enfant et 40 % pour les femmes ayant deux enfants ou plus. Son taux d'utilisation augmente avec l'âge, passant de 1,4 % chez les jeunes de 20-24 ans à 36,5 % chez les femmes de 45-49 ans. Le DIU est utilisé en premier choix chez les femmes de plus de 45 ans ou ayant atteint le nombre d'enfants souhaité ⁽⁴⁾. La même étude montre qu'entre 2010 et 2013, le taux de prescription du DIU a progressé passant de 2 % à 5 % chez les femmes de 20-24 ans et a doublé (de 8 % à 16 %) chez les femmes de 25-29 ans.

Cette augmentation a aussi été perçue chez les patientes nullipares avec une augmentation de 0,4 % à 8 %. On observe donc une relative atténuation quant à la sous-prescription de DIU chez les jeunes et/ou les nullipares. Seule l'utilisation chez les nullipares âgées de moins de 25 ans n'a pas augmenté.

DESCRIPTION DES DIU

Il existe deux types de DIU :

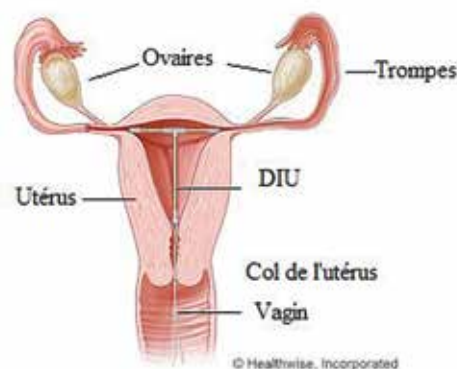
- Le DIU hormonal comprenant une hormone progestative,
- Le DIU au cuivre.



Le DIU hormonal

Le DIU au cuivre

Ils sont fondés sur le même modèle : un axe vertical raccordé à deux bras flexibles au pôle supérieur, deux fils en nylon au pôle inférieur, permettant le contrôle de la présence et le retrait du DIU. De nombreuses formes ont vu le jour au fur et à mesure de leur développement : formes arrondies, spirales, boucles, formes trapézoïdales, doubles « S », formes en « T ». Ils sont positionnés dans la cavité utérine.



Position du DIU dans l'utérus ⁽⁵⁾

Deux formes sont présentes sur le marché, pour s'adapter à la hauteur de la cavité utérine, une taille dite « standard » et une « short » plus adaptée pour les nullipares. Le DIU au cuivre est indiqué en première intention, le DIU à la progestérone type Lévonorgestrel est le seul indiqué en cas d'antécédent de thrombose ⁽⁶⁾.

MÉCANISME D'ACTION

Le DIU au cuivre va créer une réaction locale inflammatoire toxique pour les spermatozoïdes et l'ovocyte, permettant d'empêcher la fécondation, et la nidation si la fécondation a eu lieu. Le DIU au cuivre est aussi utilisé comme contraception d'urgence dans les cinq jours suivant le rapport sexuel à risque. Le DIU à la progestérone type Lévonorgestrel agit, en plus, sur l'endomètre (décidualisation et atrophie) et épaissit la glaire cervicale, la rendant imperméable aux passages des spermatozoïdes. Il offre ainsi une protection supplémentaire importante contre une éventuelle grossesse ⁽⁷⁾.

Les effets indésirables, le climat hormonal, la parité, les désirs de la patiente sont à prendre en compte lors du choix du type de DIU.

L'EFFICACITÉ

Les DIU présentent un indice de Pearl excellent. Il est de 0,2 % pour le DIU à la progestérone, et de 0,6 % pour le DIU au cuivre, selon l'OMS ⁽⁸⁾.

L'indice de Pearl est un outil statistique permettant de mesurer l'efficacité des méthodes de contraception, il

suite p. 14 >

matilia[®]

GROSSESSE

Recommandé par
les Sages-Femmes

Smoothie

100% Fruits
Sans sucres
ajoutés

Faites le plein de vitamines
fruitées toute l'année !

Calcium

Vitamine D

Fer

Vitamine C

Acide folique

Fibres



Matilia & Nébilia



matiliaetnebilia



Fabriqué en
FRANCE



Notre boutique en ligne :
matilia.fr

Vendu par pack de 4 bouteilles de 200 ml.

correspond au nombre de grossesses observées pour 100 femmes utilisant une contraception donnée durant un an ⁽¹⁾.

La sécurité contraceptive est optimale. Il s'agit d'une contraception de première intention, de longue durée, sans souci d'observance, ni de contrainte et pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardio-vasculaire n'est établi (selon les recommandations HAS de 2004). Notons toutefois que les DIU ne protègent pas contre les infections sexuellement transmissibles.

Les DIU au cuivre sont efficaces dès le premier jour de l'insertion selon INPES.

DURÉE D'ACTION ET COÛT ÉCONOMIQUE

Pour les DIU au cuivre, la durée d'efficacité est de quatre à dix ans, une fois mis en place par un gynécologue, une sage-femme ou un médecin. La durée est de cinq ans pour les DIU à la progestérone type Lévonorgestrel Mirena® et de trois ans pour Jaydess®.

Le coût du DIU au cuivre est estimé à 30,50 € et celui du DIU hormonal à 125,15 €. Le bénéfice économique est alors considérable comparé aux autres méthodes de contraception (pour la pilule le coût varie entre 1,88 € et 14 € pour un mois). Le DIU est remboursé à 65 % par l'assurance-maladie sur prescription médicale ⁽⁹⁾.

Le DIU constitue la méthode contraceptive la moins coûteuse à la fois en matière de coût total (dispositif, prescription et suivi) et en charge annuelle pour les femmes (un contrôle est nécessaire, un à trois mois après la pose, puis un rendez-vous gynécologique annuel suffit en absence de signe fonctionnel).

La délivrance est gratuite et confidentielle, en pharmacie, pour les mineures d'au moins 15 ans assurées sociales ou ayants droit et dans les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) sans conditions d'âge et pour les non-assurés sociaux.

AUTRES AVANTAGES

Le DIU combine plusieurs autres avantages tels que la simplicité d'utilisation, le confort, mais aussi l'absence d'hormones (DIU au cuivre), et présente des effets sur les règles douloureuses et abondantes (DIU aux hormones).

Le retrait est possible à tout moment et ne retarde pas le retour à la fertilité. Il est également possible de l'utiliser en cas d'allaitement maternel.

LES COMPLICATIONS

■ LES PRINCIPAUX EFFETS SECONDAIRES

Parmi les principaux effets secondaires, on retrouve les effets liés à l'insertion tels que les douleurs, les crampes, les contractions utérines, ou les saignements. Des modifications du cycle menstruel à type de ménorragies peuvent également apparaître essentiellement pour les DIU au cuivre, ainsi que des dysménorrhées.

On retrouve dans la littérature des risques tels que l'expulsion, la malposition ou la perforation utérine par le DIU ⁽¹⁰⁾. Existe également le risque d'infections génitales hautes ou de grossesses extra-utérines ⁽¹¹⁾.

54 % des femmes interrogées, en 2010, considèrent que le DIU ne peut être posé chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant.

■ LES CONTRE-INDICATIONS ABSOLUES

Les contre-indications absolues sont la grossesse, les infections pelviennes aiguës, récentes ou récurrentes, les malformations utérines déformant la cavité utérine, les saignements d'origine génitale inexpliquée, le cancer de l'utérus et les cardiopathies valvulaires (en raison des risques infectieux) ⁽¹¹⁾.

■ LES CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

Les contre-indications relatives comprennent les antécédents de grossesse extra-utérine, les ménorragies, les myomes utérins (fibromes) avec déformations de la cavité utérine, et une hypersensibilité ou allergie au cuivre pour les DIU au cuivre (maladie de Wilson) ⁽¹¹⁾. Les contre-indications spécifiques au DIU à la progestérone regroupent la thrombose veineuse profonde, l'embolie pulmonaire en cours, la migraine avec symptômes neurologiques, le cancer du sein, la cardiopathie ischémique actuelle et les affections hépatiques.

■ LES INCONVÉNIENTS

Certains DIU peuvent avoir une incidence sur l'abondance et la durée des menstruations, notamment les DIU au cuivre.

Il existe néanmoins plusieurs risques, comme l'infection après la pose, le risque d'expulsion ou encore le risque de perforation ou de migration le plus souvent liée à la pose ⁽⁶⁾.

■ LES FREINS RENCONTRÉS

Le faible taux d'utilisation du DIU chez les jeunes et/ou les nullipares est d'origine multifactorielle. Il résulte tant des réticences du corps médical que de celle des patientes. Il existe des préjugés, et une quantité d'informations de qualité et de fiabilité douteuses circulant sur les sites internet et dans les forums de discussions ⁽¹²⁾.

Les mauvaises représentations par les femmes et par les professionnels de santé entraînent un manque de connaissances sur cette méthode de contraception. En effet 54 % des femmes interrogées, en 2010, considèrent que le DIU ne peut être posé chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant ⁽¹⁵⁾. De plus, le fait que le taux d'utilisation chez les nullipares de moins de 25 ans n'ait pas augmenté montre que les réticences quant à l'utilisation du DIU chez ces jeunes persistent toujours à l'heure actuelle.

Le meilleur taux de connaissance sur les DIU est détenu par les femmes les plus âgées, les multipares, celles ayant un niveau d'études plus élevé et celle ayant un suivi gynécologique régulier ⁽⁷⁾.

D'autres études nous montrent que la survenue de complications durant la pose et le retrait des DIU est un frein à la prescription par les professionnels de santé. Cela peut être dû à un manque de formation adapté à la technique de pose ⁽¹²⁾.

En France, en 2010, selon une enquête menée par l'INSERM, 69 % des gynécologues et 84 % des généralistes considèrent que le DIU ne peut pas être proposé à une femme n'ayant pas eu d'enfant. Aux États-Unis, 60 % des professionnels de santé ne prescrivent pas de DIU et 30 % n'ont pas confiance en ce moyen de contraception ⁽¹³⁾.

Ainsi donc, il existe encore de nombreuses idées reçues qui vont à l'encontre des recommandations de l'HAS et des études récentes ainsi que du principe du choix éclairé envers les patientes.

LA POSE

■ QUAND RÉALISER LA POSE ?

Il est préférable de poser le DIU durant la première partie du cycle, indicateur d'absence de grossesse (accord professionnel). Pendant les menstruations, il semblerait que le col soit légèrement ouvert facilitant l'insertion. La pose peut aussi être réalisée durant toute la période du cycle, après vérification d'absence de grossesse ⁽¹⁾.

Il peut être également posé dans les suites immédiates de fausses couches spontanées ou d'interruption volontaire de grossesse, ou dans le post-partum immédiat (dans les 48 premières heures).

Il n'est pas recommandé de poser un DIU entre 48 heures et quatre semaines de post-partum. De même si une patiente présente un risque accru d'infection sexuellement transmissible ⁽¹⁴⁾.

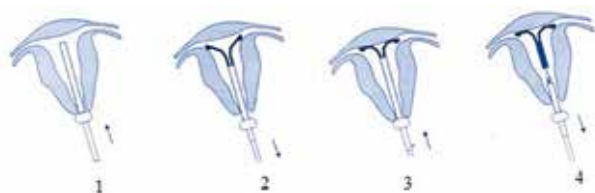
■ AVANT LA POSE

Un premier rendez-vous aura lieu en amont de la pose, durant lequel l'ensemble des méthodes de contraception sera exposé pour éclairer au mieux le choix de la patiente. L'OMS conseille le recours à la méthode BERCER (Bienvenu Entretien Renseignement Choix Explication Retour) lors d'une consultation de contraception, à l'issue de laquelle, une ordonnance sera remise à la femme, ainsi qu'une pré-médication au choix de l'intervenant ⁽⁸⁾.

Avant la pose, une anamnèse et un examen gynécologique devront être effectués. Un prélèvement vaginal sera réalisé en cas de suspicion d'infection génitale (à la recherche de *Chlamydia trachomatis* et à *Neisseria gonorrhoeae*) ou de pratiques sexuelles à risques ⁽¹⁵⁾.

■ APRÈS LA POSE

Au décours de la pose du DIU, sa position sera contrôlée par échographie ⁽¹⁸⁾. La patiente doit être informée des risques de saignements, de sensations de gêne, des douleurs à type de contractions utérines. Puis il lui sera remis une carte (généralement fournie avec le dispositif), rappelant la date de la pose, et la date approximative du retrait, ainsi que le numéro de lot.



Pose d'un DIU ⁽¹⁶⁾

TECHNIQUE DE POSE

La technique de pose et la présentation des instruments peuvent différer selon le type de DIU et du laboratoire pharmaceutique qui le commercialise, cependant le principe reste globalement identique :

- Mettre en place le spéculum, après avoir installé la femme en position gynécologique ;
- Vérifier la position et la taille de la cavité utérine (à l'aide d'un hystéromètre) afin d'assurer une insertion correction du DIU ;
- Placer la bague sur le tube inséreur au niveau de la mesure retrouvée ;
- Introduire le tube inséreur avec le poussoir par le canal cervical jusqu'à la bague, en butant sur le fond utérin ;
- Le reculer et laisser ainsi le DIU en place dans la cavité utérine ;
- Retirer le matériel et couper les fils.

Il est impératif que la pose soit faite par un professionnel de santé formé, muni des instruments appropriés, dans le respect des conditions d'asepsie. L'emballage du DIU ne doit pas avoir été ouvert ni endommagé ⁽¹⁷⁾.

Les utilisatrices doivent être informées des avantages et des possibles inconvénients de la contraception par DIU, afin qu'elles soient en mesure de reconnaître les signes de complications le plus précocement possible ⁽¹⁷⁾.

Une consultation sera réalisée un à trois mois après la pose afin de s'assurer que le DIU est bien toléré (douleur, métrorragies, règles anormales), ainsi que l'absence de signes cliniques d'infection génitale. La position du DIU dans la cavité utérine devra être contrôlée par échographie pour vérifier qu'il ne soit pas expulsé, en effet la présence visible des fils au spéculum n'exclut pas une perforation ou une malposition du DIU ⁽¹⁰⁾.

La femme doit connaître les signes d'alerte de consultation en urgence :

- Les douleurs ou crampes soudaines
- Les leucorrhées inhabituelles et malodorantes
- Les métrorragies ou saignements ininterrompus
- Les aménorrhées avec un DIU au cuivre
- Retard ou absence de règles (sauf si DIU hormonal)
- Fils non perceptibles
- Signes évocateurs d'une grossesse : tension des seins, nausées matinales, fatigue entre autres.

Le DIU peut être retiré dès que la femme le souhaite. Après

Il est préférable de poser le DIU durant la première partie du cycle, indicateur d'absence de grossesse.

la mise en place d'un spéculum, le DIU sera enlevé en tirant sur les fils du dispositif à l'aide d'une pince longuette.

En absence de visualisation des fils, il convient de s'assurer que le dispositif est bien dans l'utérus, par une échographie avant le recours éventuel à une instrumentation spécifique de retrait (canule de Novak, pince fine courbe...).

Le renouvellement du DIU peut se faire le même jour que le retrait du précédent ou une contraception temporaire peut être proposée à la femme si cette dernière exprime le souhait de changer de contraception ⁽¹⁴⁾. •

RÉFÉRENCES

1. HAS. Haute Autorité de Santé - *Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles* [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
2. OMS, éditeur. *Critères des recevabilités pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives*. 28 août 2016 ;
3. Association Nationale des Centres d'IVG et de contraception. *La contraception au fil du temps* [Internet]. 2017 [cité 19 avr 2017]. Disponible sur : <http://www.avortementancie.net/>
4. Paitraud D. *La contraception en France : utilisation de la pilule en baisse et diversification des méthodes* [Internet]. VIDAL. 2014 [cité 2 oct 2016]. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/>
5. Healthwises Staff. *Intrauterine Device (IUD) Insertion : Care Instructions* [Internet]. 2016 [cité 18 avr 2017]. Disponible sur : <https://myhealth.alberta.ca/>
6. Association française pour la contraception. *Le Dispositif Intra-Utérin (DIU)* [Internet]. 2014 [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.contraceptions.org/>
7. Moine L. *Évaluation des connaissances des primipares concernant les contraceptifs intra-utérins* [Internet]. [Bourg-en-Bresse, France] : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2015 [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/>
8. HAS. Haute Autorité de Santé - *Contraception : prescriptions et conseils aux femmes* [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
9. Inconnu. *DIU - Dispositif intra-utérin* [Internet]. *Choisir sa contraception*. [cité 26 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.choisirsacontraception.fr>
10. Nohuz E, Battista R, Tamburro S, Leonenko M, Bayeh S, Varga J, et al. *A more and more painful intrauterine device... where it is not enough to see the wires to exclude malposition !*. *Gynecol Obstet Fertil*. avr 2014 ; 42 (4) : 261-4.
11. IENA Gynécologie obstétrique. *Contre-indications à l'utilisation du Stérilet* [Internet]. [cité 25 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.igogyneco.com/>
12. HAS. *État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée* [Internet]. [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
13. Lefèvre M. *Contraception intra-utérine chez la femme nullipare*. *Revue de la littérature* [Internet]. 2015 [cité 2 oct 2016]. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/>
14. Gaucher M. *Appréciation d'une brochure d'information sur les dispositifs intra-utérins à l'officine* [Internet]. 2015 [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/>
15. Desoubry N. *Contraception intra-utérine : information des patientes* [Internet]. 2016. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr>
16. Bernardet-Vaksmann L. *Gestes pratiques en gynécologie* [Internet]. [cité 25 mars 2017]. Disponible sur : <http://formathon.fr>
17. Vidal. *MONA LISA®* [Internet]. [cité 25 août 2016]. Disponible sur : [vidal.fr](http://www.vidal.fr)
18. Inconnu. *Les stérilets* [Internet]. [cité 24 avr 2017]. Disponible sur : <https://www.gyneobs.com/>

Prise en charge de la douleur lors de la pose d'un dispositif intra-utérin

ÉTAT DES LIEUX DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES DANS LE PUY-DE-DÔME

PAR KILIANE DESCHAMPS, SAGE-FEMME

Étude descriptive observationnelle de type transversal.

L'ÉTUDE

L'étude a duré cinq mois. Elle a débuté par l'envoi de courriers électroniques aux professionnels concernés par l'étude et s'est poursuivie par la distribution des questionnaires du mois d'octobre 2016 à janvier 2017.

LIEU DE L'ÉTUDE

Cette étude a été réalisée dans le Puy-de-Dôme, dans l'ensemble des établissements de santé privés ou publics, dans les cabinets des sages-femmes libérales et dans les centres de périnatalité de proximité.

LES OBJECTIFS

■ L'OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal de ce travail était de décrire l'état des lieux des pratiques des professionnels dans le Puy-de-Dôme concernant la prise en charge de la douleur lors de la pose d'un dispositif intra-utérin.

Le critère de jugement principal a été le pourcentage des pratiques déclarées entre les différentes méthodes de prise en charge (% d'antispasmodiques, % des anti-inflammatoires non stéroïdiens, % d'antalgiques...).

■ L'OBJECTIF SECONDAIRE

L'objectif secondaire était d'étudier et d'évaluer l'adéquation entre les pratiques professionnelles des sages-femmes libérales et les sages-femmes exerçant dans les centres hospitaliers.

Le critère de jugement secondaire a été le pourcentage des pratiques déclarées entre les différentes méthodes de prise en charge.

MÉTHODE

MATÉRIELS

■ POPULATION CIBLE

La population cible a compris l'ensemble des sages-femmes en activité dans le Puy-de-Dôme. Ce département compte

66 sages-femmes libérales, 5 sages-femmes travaillant à la Protection Maternelle et Infantile, 1 sage-femme exerçant en milieu scolaire/universitaire et 135 en milieu hospitalier.

■ POPULATION SOURCE

La population source a été constituée des sages-femmes volontaires réalisant des consultations et le suivi gynécologique et pratiquant la pose des dispositifs intra-utérins, dans le Puy-de-Dôme.

■ CRITÈRES D'INCLUSION

L'ensemble des sages-femmes réalisant la pose des dispositifs intra-utérins lors de consultations gynécologiques et de contraceptions a été inclus.

■ CRITÈRES D'EXCLUSION

Ont été exclues de l'étude les sages-femmes ne réalisant pas de consultations gynécologiques telles que les sages-femmes des centres hospitaliers du Puy-de-Dôme ne pratiquant pas de consultations de grossesses ou de visites post-natales, et les coordinatrices.

ANALYSE DE L'ÉTUDE

■ LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Parmi les limites de notre étude, nous pouvons noter un biais de sélection, les résultats de l'enquête se limitant à un seul département: le Puy-de-Dôme.

De plus notre étude ne s'intéresse qu'aux pratiques professionnelles des sages-femmes, cependant d'autres professionnels réalisent la pose de DIU notamment les gynécologues médicales, les gynécologues obstétriciens, les internes en gynécologie, en obstétrique ou médecine générale, et les médecins généralistes.

On retrouve aussi un faible taux de sages-femmes hospitalières en consultations réalisant des poses de DIU soit 14,5 % de notre échantillon, cependant peu de sages-femmes en milieu hospitalier réalisent des consultations gynécologiques.

Il faut aussi noter l'absence de cotation avérée de la douleur dans les questionnaires par l'EVA par les patientes.

■ LES AVANTAGES

Les résultats de l'enquête montrent une participation active de la part des sages-femmes libérales s'élevant à 65,2 % de participation, entraînant une multiplication des points de vue. On note également une participation de 60 % par les sages-femmes exerçant à la PMI.

L'anonymat des questionnaires permet une fiabilité des réponses données par les professionnels de santé et ainsi des résultats plus représentatifs des pratiques actuelles. Les questions fermées permettent une simplicité de questionnement, un recueil de données standardisé, une rapidité de réponse et d'exploitation des données, cependant elles induisent une réponse et laissent peu de place aux avis personnels. Les questions ouvertes sont riches de renseignements, mais sont plus difficiles à exploiter statistiquement, car les réponses sont très hétérogènes.

On retrouve peu d'études s'intéressant à ce sujet dans la littérature, de plus il n'existe pas de recommandations

concernant la prise en charge de la douleur lors de la pose de DIU, ce qui entraîne une grande variabilité au niveau des résultats de notre recherche.

L'ANALYSE DES RÉSULTATS

■ CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

Nous pouvons constater un taux de réponse satisfaisant s'élevant à 64,7 %. Ce taux peut s'expliquer par une approche par mail au préalable des professionnels afin de leur présenter le sujet, les objectifs du mémoire, et ainsi de les prévenir de l'envoi du questionnaire. Cette méthode a permis de sensibiliser les professionnels et de les motiver à participer à notre travail de recherche.

Notre population est répartie en quatre groupes: les sages-femmes libérales, les hospitalières, les sages-femmes exerçant à la PMI et les sages-femmes exerçant en milieu scolaire/universitaire. Aucune sage-femme exerçant en centre de planification et d'éducation familial ou dans un centre périnatal de proximité n'a répondu au questionnaire.

Dans notre enquête, l'exercice libéral semble surévalué. En effet, 78,2 % des sages-femmes ayant répondu exercent en milieu libéral, alors qu'en France, ce secteur représente 17,6 % des sages-femmes ⁽¹⁾. Néanmoins, les sages-femmes libérales sont davantage sollicitées pour réaliser des suivis gynécologiques et consultations de contraception. Cette surreprésentation correspond donc au fait que l'enquête a été menée auprès des professionnels réalisant des consultations de gynécologie et pose de DIU.

Notre échantillon compte 14,5 % de sages-femmes hospitalières, 5,5 % de sages-femmes travaillant en PMI et 1,8 % en milieu scolaire/universitaire.

Notre population est constituée d'une majorité de jeunes diplômés avec moins de dix ans d'expérience et leurs connaissances peuvent être différentes et plus récentes. L'âge moyen des sages-femmes françaises en activité est de 40,3 ans ⁽¹⁾.

Ce taux important de participation par les jeunes diplômées peut s'expliquer par le fait qu'elles soient plus sensibles aux travaux de recherche de fin d'études, et elles sont plus habituées à l'outil informatique utilisé pour ce travail.

Dans l'échantillon étudié, un tiers des sages-femmes possèdent un diplôme universitaire supplémentaire à leur formation initiale, et dans la majorité des cas, il est détenu par une sage-femme libérale.

■ ANALYSE DU TYPE D'ACTIVITÉ

Réalisation de consultation de contraception, suivi gynécologique et pose de DIU

Parmi les sages-femmes interrogées, la quasi-totalité

Dans l'échantillon étudié, un tiers des sages-femmes possèdent un diplôme universitaire supplémentaire à leur formation initiale, et dans la majorité des cas, il est détenu par une sage-femme libérale.

réalise des consultations de contraception et des suivis gynécologiques et une partie pratique la pose de DIU.

Les résultats montrent qu'il y a seulement dans le secteur libéral que certaines sages-femmes ne réalisent pas de consultations de contraception et des suivis gynécologiques, de plus il semblerait que ces dernières soient celles diplômées avant les nouvelles réformes incluant le suivi gynécologique dans les compétences des sages-femmes. Dans les autres secteurs, l'ensemble des sages-femmes interrogées réalisent des consultations de contraception et des suivis gynécologiques.

Pour les sages-femmes hospitalières, la pose de DIU se fait principalement à la visite post-natale. Pour celles ne pratiquant pas la pose du DIU, elles expliquent que le temps de consultation n'est pas assez long pour réaliser à la fois la consultation post-natale et la pose du DIU, mais qu'elles réorientent systématiquement les patientes vers d'autres professionnels.

Aucune sage-femme de PMI ne réalise de pose de DIU. Ces dernières l'expliquent par un matériel inadapté, et par la rencontre des jeunes femmes en difficulté sociales, financières ou psychologiques, ne connaissant pas ce moyen de contraception.

Profil de la patientèle

L'étude montre que les DIU sont majoritairement posés aux femmes ayant déjà eu un ou plusieurs enfants, et ayant plus de 25 ans. Ces résultats sont semblables à ceux rencontrés dans la littérature ⁽²⁾. D'après les commentaires généraux confiés par les sages-femmes de notre étude, ces résultats montrent que la population générale est mal informée sur les indications de la pose du DIU, et nombreuses ont été celles à avoir exprimé le souhait d'une campagne d'informations relatives à ce moyen de contraception.

Le type de DIU est laissé au choix de la patiente après avoir expliqué les bénéfices et risques de chaque modèle comme le recommande l'HAS ⁽³⁾. Et d'après les résultats, il semblerait que les femmes du département du Puy-de-Dôme préfèrent le modèle au cuivre sans hormones, comme le reste de la population française actuelle ⁽⁴⁾.

■ ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES LORS DE LA POSE

Concernant le moment de la pose du DIU, les recommandations de l'HAS conseillent de la réaliser pendant la première phase du cycle afin de s'assurer que la femme ne soit pas enceinte ⁽⁵⁾. Les résultats de l'étude montrent que la majorité des sages-femmes libérales posent les DIU pendant les menstruations. Pour la moitié des sages-femmes hospitalières, le moment de la pose d'un DIU n'a pas d'importance. Certaines études montrent que la pose est plus aisée et moins douloureuse pour les femmes pendant les menstruations car le col est plus perméable ⁽⁵⁾. Il semblerait que les sages-femmes exerçant dans le milieu libéral soient plus sensibilisées à la douleur provoquée par cette pratique.

D'après les recommandations de l'HAS, un examen gynécologique ainsi qu'une mesure de la hauteur de l'utérus doivent être réalisés en amont de la pose du DIU ⁽⁵⁾. 28,8 %

Certaines études montrent que la pose est plus aisée et moins douloureuse pour les femmes pendant les menstruations car le col est plus perméable.

des sages-femmes suivent ces recommandations et réalisent une hystérométrie avant la pose. On note qu'il s'agit uniquement des sages-femmes exerçant en milieu libéral et des sages-femmes réalisant des consultations en milieu scolaire/universitaire.

Lors de la pose d'un DIU, l'utilisation de la pince de Pozzi n'est pas recommandée de façon systématique et d'après la thèse de Lori Savignac-Krikorian, les professionnels en ont parfois besoin mais en deuxième voire troisième intention après avoir essayé de bloquer l'utérus avec une main abdominale ou après avoir changé la position de la patiente ⁽⁶⁾. D'après les résultats de notre étude, une majorité de sages-femmes ont recours à cette pince, soit majoritairement de façon systématique, soit pour faciliter l'accès l'insertion. On note que généralement les sages-femmes hospitalières l'utilisent de façon systématique.

Il semblerait donc que les sages-femmes libérales soient plus sensibilisées à la douleur engendrée par cette pratique et utilisent d'autres méthodes pour avoir accès au col (changement de position de la patiente par exemple).

■ ANALYSE DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

D'après les résultats de notre étude, les femmes souhaitant ce moyen de contraception appréhendent la pose. Les sages-femmes rassurent les femmes en leur prescrivant une prémédication et en leur dispensant des conseils et informations sur la douleur pouvant être ressenties lors de la pose.

L'HAS annonce que l'administration d'antalgiques avant la pose peut être proposée, notamment chez une femme nullipare dans la mesure où son risque de douleur est décrit comme plus élevé que chez la femme multipare ⁽⁵⁾.

Dans notre étude dans le Puy-de-Dôme, la quasi-totalité des sages-femmes prennent en charge la douleur.

D'après les résultats, il n'existe pas de lien statistiquement significatif entre le fait de prescrire une prémédication avant la pose d'un DIU et le secteur d'activité. On peut donc déduire que l'ensemble des sages-femmes réalisant la pose d'un DIU a conscience de la douleur et juge nécessaire la prise en charge de la douleur.

On note cependant une différence dans les méthodes de prise en charge de la douleur entre les sages-femmes libérales et les sages-femmes hospitalières. Les premières ont tendance à prescrire principalement de l'homéopathie ou des antispasmodiques, seuls ou en association avec une autre molécule. Les sages-femmes hospitalières ont tendance à moins faire d'associations entre les molécules et prescrivent des antispasmodiques seuls généralement, ou en association avec d'autres molécules. Les AINS sont

peu recommandés par les sages-femmes, notamment du fait qu'elles ne peuvent le prescrire en dehors du post-partum.

D'autres techniques peuvent soulager les femmes pendant la pose d'un DIU, les résultats nous montrent que seules les sages-femmes libérales proposent d'autres techniques, notamment elles conseillent l'utilisation de la phytothérapie ou encore la relaxation.

Les réponses concernant la prise en charge de la douleur par les sages-femmes sont trop variées pour élaborer un protocole efficace.

■ ANALYSE DE LA SATISFACTION ET DU RESSENTI DES SAGES-FEMMES

Comme les résultats retrouvés dans la littérature, les sages-femmes du Puy-de-Dôme interrogées estiment que la relation de confiance avec la patiente permet de diminuer l'appréhension de la douleur ⁽⁷⁾. Tout comme l'explication de la procédure étape par étape diminuerait la perception de la douleur ⁽⁸⁾.

Dans la majorité des cas, la pose a été vécue comme moins douloureuse que prévu par les patientes, ces résultats sont semblables à ceux retrouvés dans la littérature ⁽⁹⁾.

Les sages-femmes du Puy-de-Dôme sont globalement satisfaites de leur prise en charge, et une majorité souhaiterait améliorer leurs techniques (rapidité, dextérité) et rendre le geste le moins douloureux possible. Un manque de connaissance par les femmes concernant ce moyen de contraception a également été noté.

PROJET D'ACTION

Ce travail nous a permis de montrer qu'il était important de prendre en charge la douleur lors de la pose d'un DIU, et voici quelques actions qui pourraient être envisagées pour améliorer les pratiques.

■ LA MÉTHODE DE LA « TORPILLE »

Dans les commentaires généraux, une sage-femme a déclaré utiliser la méthode « torpille », ou pose directe ou encore de floraison. Il s'agit d'une méthode de pose non validée, n'utilisant ni hystérométrie, ni pince de Pozzi.

Cette méthode présenterait certains avantages (moins de spasme utérin et moins de douleur notamment). Cette technique est également jugée par certains professionnels y ayant recours comme plus simple et plus rapide ^(10, 6).

■ BROCHURE D'INFORMATION

À l'issue de notre étude, il a été constaté qu'une certaine méconnaissance relative à ce moyen de contraception était associée à une grande appréhension de la pose du DIU par les femmes.

En revanche, on note une prise en charge de la douleur satisfaisante de la part des professionnels. Un outil d'information sous forme d'une plaquette a alors été créé afin de diffuser des informations concernant le DIU. Celui-ci, intitulé « *La pose de mon stérilet* », comprend les informations les plus importantes sur la technique de pose.

Cette brochure pourrait être distribuée à la consultation précédant la pose. Son but est d'informer et de rassurer

Comme les résultats retrouvés dans la littérature, les sages-femmes du Puy-de-Dôme interrogées estiment que la relation de confiance avec la patiente permet de diminuer l'appréhension de la douleur.

les futures utilisatrices des DIU. La femme aurait alors le temps de réfléchir à d'éventuelles questions auxquelles le professionnel de santé pourrait répondre avant la pose. Une relation de confiance essentielle entre le professionnel de santé et la femme serait alors établie et l'appréhension de la douleur par la femme lors de la pose du DIU serait alors amoindrie.

Une enquête réalisée en même temps que la diffusion de ces brochures semble être également un projet intéressant car il permettrait d'évaluer l'incidence de ces brochures sur la douleur ressentie lors de la pose d'un DIU par les femmes. Cette étude aurait recours à l'utilisation de l'EVA avant, après la pose, puis à la visite de contrôle dans les trois mois suivant la pose. Notre population de sages-femmes du Puy-de-Dôme et notre questionnaire pourraient servir de modèle et de comparaison pour l'élaboration de ce projet. •

RÉFÉRENCES

1. CNOG. *La démographie de la profession [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes.* [cité 15 mars 2017]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr>
2. Inconnu. *Contraception en France. Ined - Institut national d'études démographiques [Internet].* [cité 26 mars 2017]; Disponible sur : <https://www.ined.fr>
3. HAS. Haute Autorité de Santé - *Contraception : prescriptions et conseils aux femmes [Internet].* [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr/>
4. Clavreul Laetitia et Béguin François. *La contraception « naturelle » de plus en plus prise. Le Monde.* [cité 16 avr 2017]; Disponible sur : <http://www.lemonde.fr/>
5. HAS. Haute Autorité de Santé - *Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles [Internet].* [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr>
6. Savignac Krikorian. *Méthode de pose directe des dispositifs intra-utérins : comment ? pourquoi ?* [cité 18 avr 2017]; Disponible sur : <http://bibnum.univ-lyon1.fr/>
7. Moine L. *Évaluation des connaissances des primipares concernant les contraceptifs intra-utérins [Internet].* [Bourg-en-Bresse, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2015 [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/>
8. Desoubry N. *Contraception intra-utérine : information des patientes [Internet].* 2016. Disponible sur : <http://dumas.ccsd.cnrs.fr>
9. Santos ARG, Bahamondes MV, Hidalgo MM, Atti A, Bahamondes L, Monteiro I. *Pain at insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in nulligravida and parous women with and without cesarean section [Internet].* Contraception. [cité 29 nov 2015]. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
10. Gaucher M. *Appréciation d'une brochure d'information sur les dispositifs intra-utérins à l'officine [Internet].* 2015 [cité 29 sept 2016]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/>

Travail en réseau et Entretien Périnatal Précoce

PAR LA **COORDINATION RPVO** (RÉSEAU PÉRINATAL DU VAL D'OISE)

Les réseaux de santé périnataux répondent à un cahier des charges précis, détaillé dans une instruction ministérielle de juillet 2015. Leur organisation est déclinée par région sur le territoire français.

Sur le plan juridique, le réseau de santé est une association loi 1901. Il décide donc de façon autonome de son fonctionnement.

Pour le réseau périnatal du Val d'Oise, les statuts permettent à tout membre adhérent de se présenter au conseil d'administration et d'y être élu. Les membres adhérents sont aussi bien des personnes physiques, professionnels de santé que des personnes morales, établissements de santé, médico-sociaux ou des associations.

Ses actions seront ensuite menées, sur une base d'éléments communs, par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu avec l'Agence Régionale de Santé, ses avenants, et par des directives de santé publique (suivi des enfants vulnérables, repérage de la bonne audition).

Dans notre région d'Ile de France, chaque département a son réseau de santé périnatal. Lesquels ont des projets centrés sur leur département mais une articulation commune voire une mutualisation de certaines actions.

Les réseaux périnataux s'articulent aussi avec d'autres réseaux existants et ayant des spécificités. Par exemple le réseau SOLIPAM, dont la thématique est la grande précarité, les ruptures d'hébergement, ou le réseau DAPSA, dont la thématique est les addictions. Mais aussi avec des réseaux ayant des expertises qui se confrontent régulièrement, via leurs usagers, avec la périnatalité, comme le réseau des femmes diabétiques.

Plusieurs axes de travail y sont développés :

- Un centré sur les outils mis à disposition des parents et des usagers ;
- Un centré sur les professionnels de santé du territoire concerné (formation, débriefing, outils mis à disposition, relais d'information...) ;
- Un en lien avec les Agences Régionales de Santé et leurs délégations départementales.

Les groupes de travail formés autour de ces axes ont permis d'optimiser le parcours de santé notamment par :

- La Création d'un annuaire pour les Patientes mais aussi PS ;
- La diffusion de supports d'information aux usagers ;
- L'élaboration avec les PS des outils de partage comme Dossiers, feuilles de liaison ;
- Une aide pour orienter les patientes en fonction de leur situation, par un accueil téléphonique.

Un travail d'appui pour les professionnels de santé est aussi mis en place en orthogénie, ce qui permet de répondre aux demandes des usagères, de fédérer les professionnels de santé de statuts différents et de partager les différentes prises en charge.

L'ENTRETIEN PÉRINATAL PRÉCOCE

Sécurité, proximité, humanité, qualité a été le titre du plan de périnatalité de 2005-2007 suite à la régression importante de la France dans le classement Européen en mortalité morbidity périnatale.

Cet EPP est un mode d'entrée dans la prise en charge globale, il se rajoute aux sept consultations obligatoires de suivi de la grossesse et aux sept séances de Préparation à la naissance et à la parentalité.

Il sera systématiquement proposé à toutes les femmes, mais il est non obligatoire.

Cet entretien est inscrit aux actes de la nomenclature et bénéficie donc d'une prise en charge de la CPAM. Il peut être fait à n'importe quel terme de la grossesse même si son objectif et son intérêt le plus grand est de le faire tôt.

Il peut être réalisé par un médecin ou une sage-femme,

Il a comme objectif :

- De décroiser les différentes filières pour optimiser une prise en charge globale ;
- De repérer les problématiques somatiques, sociales ou psychologiques afin d'anticiper la qualité de la prise en charge (par qui, où ?) ;
- De donner toutes les informations utiles de proximité ;
- De s'appuyer sur les liens entre les différents professionnels pour garantir une bienveillance et une sécurité émotionnelle à la femme et au couple.

Il est très important car il met en évidence l'importance de tous les environnements de la femme dans l'influence de la grossesse et la prévention de la physiologie. Il permet de faire des ponts et de prendre en compte les différentes vulnérabilités en évitant de ne les penser que sur le plan médical.

Il permet aussi d'ouvrir à la préparation à la naissance et à la parentalité, au projet de naissance.

Selon l'avis de la HAS, il doit :

- Identifier les besoins d'information ;
- Définir les compétences parentales à développer ;
- Apprécier la santé globale de la femme ;
- Faire le point sur le suivi médical et projet de naissance ;
- Encourager la préparation à la naissance ;

- Repérer les situations de vulnérabilité chez la mère et le père;
- Donner de l'information sur l'offre de soins de proximité;
- Transmettre une compétence sociale;
- Expliquer comment fonctionne le réseau de santé, le rôle des PS, les ressources existantes;
- Rédiger avec la femme une feuille de liaison.


Il n'est en aucun cas une ouverture de dossier ou une liste de repérage.

Il nécessite de se former car c'est un entretien spécifique. Le RPVO a mis en place une série de formations et a pu former un bon nombre de professionnels de santé de différents types d'exercice, ce qui permet un déploiement sur le territoire des professionnels formés assez intéressant.

111 professionnels de santé ont été formés dont 105 sages-femmes, libérales, hospitalières ou de PMI.

PROGRAMME DE LA FORMATION MISE EN PLACE DEPUIS 2013

1

 **PRÉSENTATION DE LA FORMATION À L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE**
RÉSEAU PÉRINATAL DU VAL D'OISE
Année 2013

Formation initiale éligible OGDPC

Dates de formation (4 jours) :

- 9, 10 et 11 décembre 2013
- 1 journée de reprise en juin 2014 → date qui sera prise avec les stagiaires lors de la présente session) : **PRÉSENCE INDISPENSABLE**
- De 9h à 17h tous les jours.

Formateurs :

- Mme Danielle CAPGRAS – BABERON
Sage-femme formatrice, consultante Réseau, Conseillère conjugale et familiale
- Mme Marie-Ange PERIE
Psychologue clinicienne

Lieu :
Conseil général du Val d'Oise Bâtiment de la DGAS, site dit « La Palette » ;
2 avenue de la Palette, 95000 CERGY – Salle B 08 (1^{er} sous-sol).

Professionnels concernés :

- Médecins généralistes, gynécologues obstétriciens, sages-femmes (libérales, structures hospitalières et PMI) situés sur le territoire du RPVO.

Coût :

- Gratuit pour les professionnels membres du RPVO (signature Charte RPVO nécessaire ; sur demande si non déjà fait).

Programme Formation EFP
Année 2013

2

OBJECTIFS DE LA FORMATION :

- ❖ Acquérir des compétences en conduite d'entretien.
- ❖ Apprendre à soutenir les potentialités et les compétences des futurs parents et à repérer les facteurs de vulnérabilité.
- ❖ Actualiser ses connaissances concernant les droits sociaux des femmes enceintes.
- ❖ Apprendre à identifier les relais locaux et les supports nécessaires au travail de liaison.
- ❖ Savoir prendre conscience des limites de sa fonction et travailler en relais avec les autres professionnels, en partenariat avec l'usager.
- ❖ Saisir et analyser les enjeux de Prévention dans la dynamique de travail en Réseau et dans l'offre de l'entretien.

PROGRAMME DE FORMATION :
(sous réserve de modifications éventuelles)

Axé sur 4 thématiques fondamentales :

1. LE RÉSEAU PÉRINATAL DE PROXIMITÉ :

- ❖ Genèse de l'entretien et ses liens avec le travail en réseau.
- ❖ Définitions et compréhension de la philosophie du travail en Réseau de proximité.
- ❖ Identifier les enjeux, la dynamique du travail en réseau et son utilité pour la mise en place de l'Entretien de grossesse et le suivi des actions de prévention.
- ❖ Identification et optimisation des relais médicaux, psychologiques et sociaux.
- ❖ Rappel des dispositions sociales en faveur des femmes enceintes.
- ❖ Comment s'organiser pour passer des relais efficaces ?
- ❖ La promotion de la santé en entretien, un positionnement professionnel efficace.
- ❖ Ethique de la transmission des informations : Moyens de communication. Que transmettre ? A qui ? Comment ? Et pourquoi ?
- ❖ L'évaluation de l'entretien, quel intérêt et comment s'y prendre pour mener cette évaluation.

Programme Formation EFP
Année 2013

3

2. L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE :

Contexte et attentes : Les Textes de références...

- ❖ Définition, objectifs et cadre
- ❖ « Etat d'esprit » et spécificité de cet entretien
- ❖ Limite et risque de dérive

3. SENSIBILISATION À LA CONDUITE ET À LA DYNAMIQUE DE L'ENTRETIEN :

- ❖ La position d'écoute : fondement de l'entretien.
- ❖ Les 4 temps : Accueillir ; Ecouter ; Transmettre ; Relier.
- ❖ Attitudes et « techniques » d'entretien : l'entretien semi directif, l'écoute active, l'empathie, les différents types d'attitudes interactives, la reformulation...
- ❖ Repérer des mouvements émotionnels, psychiques et intersubjectifs mobilisés dans la rencontre.
- ❖ Identifier les besoins et la demande afin d'ajuster ses propositions au plus près des préoccupations des devenant parents...
- ❖ De l'entretien individuel à l'entretien en couple.
- ❖ L'après entretien : articulation avec le réseau, synthèse de l'entretien.
- ❖ Elaboration de la fiche de synthèse.

4. COMMENT LE TRAVAIL EN RÉSEAU ET L'OFFRE DE L'ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE SOUTIENNENT LE PROCESSUS DE PARENTALITÉ.

LA JOURNÉE DE REPRISE, ou d'approfondissement, permet d'optimiser les compétences des stagiaires et répondre aux problématiques et questionnements rencontrés dans leurs pratiques. Elle permet également d'échanger autour des difficultés ou points de butée éprouvés. Des questionnements rencontrés seront travaillés par l'analyse concrète de situations afin d'ajuster les compétences de chaque stagiaire aux besoins du terrain et optimiser leurs pratiques professionnelles. Elle fait donc partie intégrante de la formation, elle est par conséquent indispensable.

La question de la transmission est centrale à cette journée de reprise (comment transmettre ? quoi ? à qui ?)

Programme Formation EFP
Année 2013

4

MÉTHODOLOGIE DE LA FORMATION :

Axée sur la pédagogie et l'interactivité :

- Mises en situation d'entretien.
- Expérimenter sa position d'écoute.
- Reprise et analyses de situations cliniques et de pratiques professionnelles.
- Études de vignettes sociales.
- Élaboration des réflexions personnelles et du matériel groupal.
- Ajustement au projet professionnel.
- Contenus théoriques et références aux textes en vigueur.

À noter qu'une sage-femme coordinatrice du RPVO sera présente lors de ces 4 journées de formation afin d'assurer, en lien avec les formatrices, l'articulation avec le réseau périnatal dans la connaissance du maillage territorial et ainsi permettre de cibler au mieux les spécificités des informations dispensées.

Programme Formation EFP
Année 2013

Des outils ont été élaborés afin de travailler en réseau et d'utiliser les mêmes outils sur un territoire (plaquettes, fiches de liaison).

Le réseau supervise si nécessaire le professionnel de santé pour évaluer les pratiques professionnelles autour de l'EPP.

Il collecte un volet de la synthèse de l'entretien, qui ne contient pas d'informations sur la patiente mais permet de recenser le nombre d'EPP effectués sur le territoire et la suite qui a pu leur être donnée.

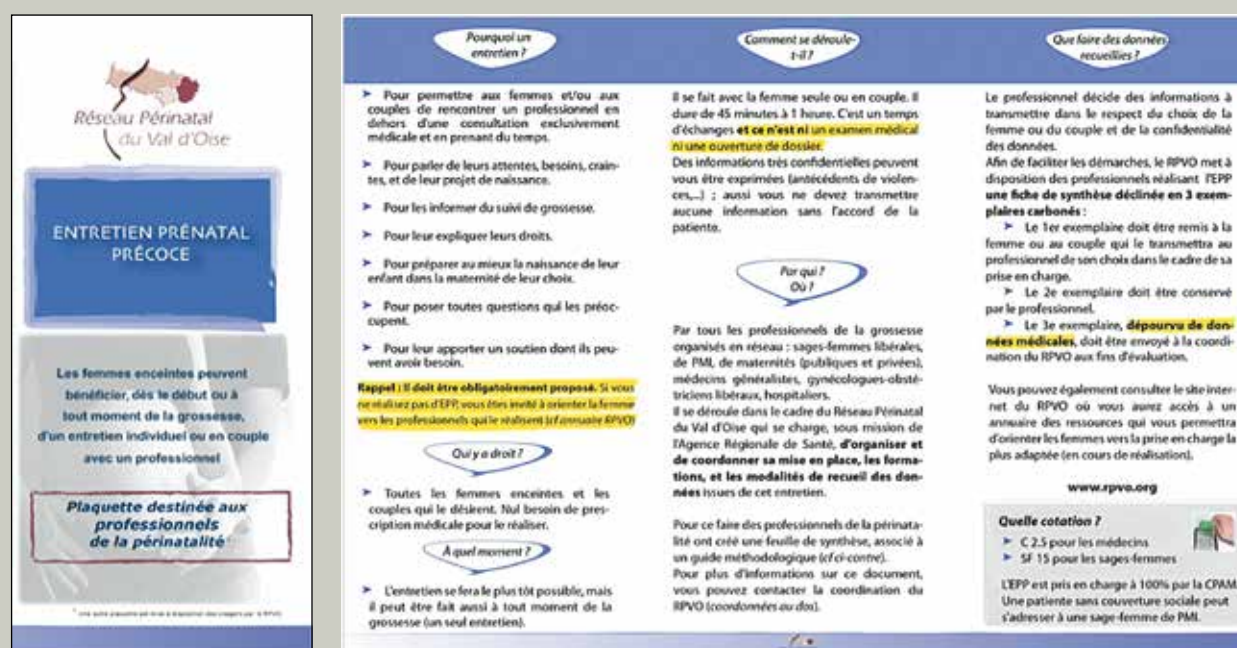
Car malgré le nombre de professionnels formés et l'information fortement diffusée, peu de femmes en ont bénéficié sur le

Val d'Oise, comme le montre l'enquête périnatale nationale.

- Deux plaquettes ont été éditées, une à destination des femmes, l'autre à destination des professionnels de santé.
- Une fiche, fil conducteur de l'entretien a aussi été élaborée et permet de base à la conduite de l'entretien pour le professionnel formé.
- Ainsi qu'une fiche de synthèse :

Tous ces outils et ces formations ont permis un travail collaboratif des différents acteurs du territoire, une harmonisation des pratiques, un travail en réseau de professionnel, au bénéfice des femmes et de leur parcours de soin. •

PLAQUETTE DESTINÉE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ



Réseau Périnatal du Val d'Oise

ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE

Les femmes enceintes peuvent bénéficier, dès le début ou à tout moment de la grossesse, d'un entretien individuel ou en couple avec un professionnel.

Plaquette destinée aux professionnels de la périnatalité

Pourquoi un entretien ?

- Pour permettre aux femmes et/ou aux couples de rencontrer un professionnel en dehors d'une consultation exclusivement médicale et en prenant du temps.
- Pour parler de leurs attentes, besoins, craintes, et de leur projet de naissance.
- Pour les informer du suivi de grossesse.
- Pour leur expliquer leurs droits.
- Pour préparer au mieux la naissance de leur enfant dans la maternité de leur choix.
- Pour poser toutes questions qui les préoccupent.
- Pour leur apporter un soutien dont ils peuvent avoir besoin.

Rappel : il doit être obligatoirement proposé. Si vous ne réalisez pas d'EPP, vous êtes invité à orienter la femme vers les professionnels qui le réalisent (cf annuaire RPVO).

Comment se déroule-t-il ?

Il se fait avec la femme seule ou en couple. Il dure de 45 minutes à 1 heure. C'est un temps d'échanges et ce n'est ni un examen médical ni une ouverture de dossier.

Des informations très confidentielles peuvent vous être exprimées (antécédents de violences, ...) ; aussi vous ne devez transmettre aucune information sans l'accord de la patiente.

Par qui ? Ou ?

Par tous les professionnels de la grossesse organisés en réseau : sages-femmes libérales, de PMI, de maternités (publiques et privées), médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens libéraux, hospitaliers.

Il se déroule dans le cadre du Réseau Périnatal du Val d'Oise qui se charge, sous mission de l'Agence Régionale de Santé, d'organiser et de coordonner sa mise en place, les formations, et les modalités de recueil des données issues de cet entretien.

Pour ce faire, des professionnels de la périnatalité ont créé une feuille de synthèse, associée à un guide méthodologique (cf ci-contre).

Pour plus d'informations sur ce document, vous pouvez contacter la coordination du RPVO (coordonnées au dos).

Que faire des données recueillies ?

Le professionnel décide des informations à transmettre dans le respect du choix de la femme ou du couple et de la confidentialité des données.

Afin de faciliter les démarches, le RPVO met à disposition des professionnels réalisant l'EPP une **fiche de synthèse déclinée en 3 exemplaires carbonés** :

- Le 1er exemplaire doit être remis à la femme ou au couple qui le transmettra au professionnel de son choix dans le cadre de sa prise en charge.
- Le 2e exemplaire doit être conservé par le professionnel.
- Le 3e exemplaire, **dépourvu de données médicales**, doit être envoyé à la coordination du RPVO aux fins d'évaluation.

Vous pouvez également consulter le site internet du RPVO où vous aurez accès à un annuaire des ressources qui vous permettra d'orienter les femmes vers la prise en charge la plus adaptée (en cours de réalisation).

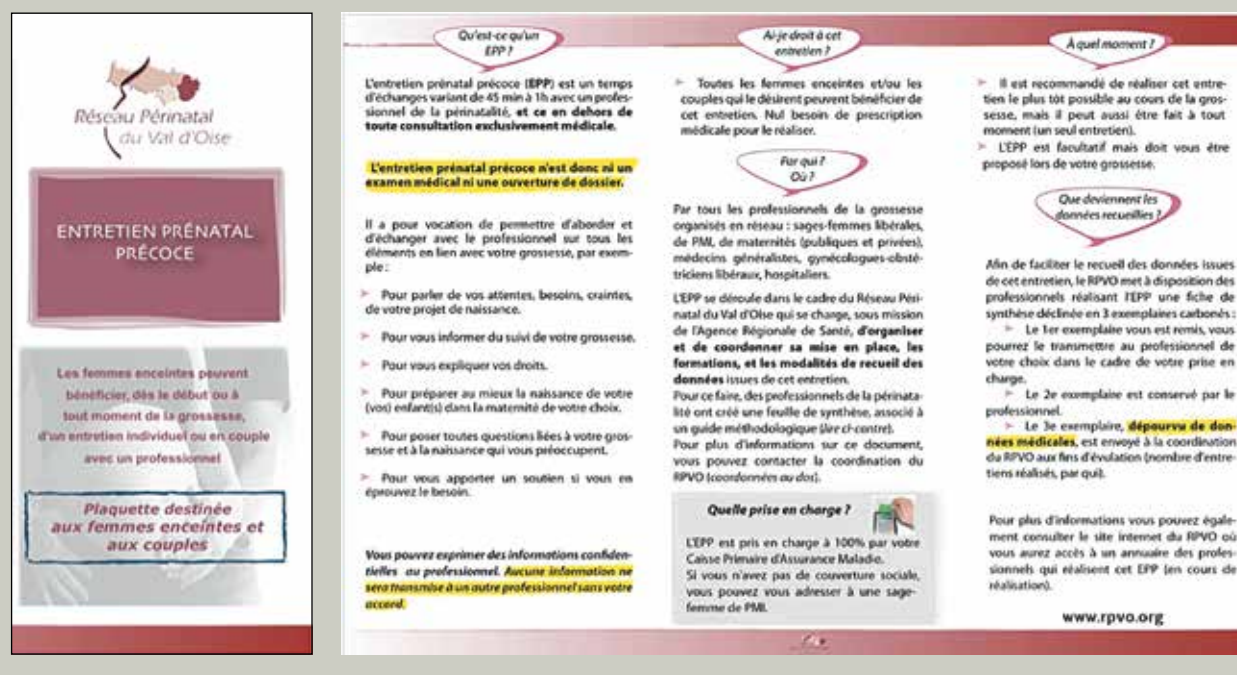
www.rpvo.org

Quelle cotation ?

- C2.5 pour les médecins
- SF 15 pour les sages-femmes

L'EPP est pris en charge à 100% par la CPAM. Une patiente sans couverture sociale peut s'adresser à une sage-femme de PMI.

PLAQUETTE DESTINÉE AUX FEMMES



Réseau Périnatal du Val d'Oise

ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE

Les femmes enceintes peuvent bénéficier, dès le début ou à tout moment de la grossesse, d'un entretien individuel ou en couple avec un professionnel.

Plaquette destinée aux femmes enceintes et aux couples

Qu'est-ce qu'un EPP ?

L'entretien prénatal précoce (EPP) est un temps d'échanges variant de 45 min à 1h avec un professionnel de la périnatalité, et ce en dehors de toute consultation exclusivement médicale.

L'entretien prénatal précoce n'est donc ni un examen médical ni une ouverture de dossier.

Il a pour vocation de permettre d'aborder et d'échanger avec le professionnel sur tous les éléments en lien avec votre grossesse, par exemple :

- Pour parler de vos attentes, besoins, craintes, de votre projet de naissance.
- Pour vous informer du suivi de votre grossesse.
- Pour vous expliquer vos droits.
- Pour préparer au mieux la naissance de votre (vos) enfant(s) dans la maternité de votre choix.
- Pour poser toutes questions liées à votre grossesse et à la naissance qui vous préoccupent.
- Pour vous apporter un soutien si vous en éprouvez le besoin.

Vous pouvez exprimer des informations confidentielles au professionnel. Aucune information ne sera transmise à un autre professionnel sans votre accord.

À quel moment ?

Il est recommandé de réaliser cet entretien le plus tôt possible au cours de la grossesse, mais il peut aussi être fait à tout moment (un seul entretien).

L'EPP est facultatif mais doit vous être proposé lors de votre grossesse.

Par qui ? Ou ?

Par tous les professionnels de la grossesse organisés en réseau : sages-femmes libérales, de PMI, de maternités (publiques et privées), médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens libéraux, hospitaliers.

L'EPP se déroule dans le cadre du Réseau Périnatal du Val d'Oise qui se charge, sous mission de l'Agence Régionale de Santé, d'organiser et de coordonner sa mise en place, les formations, et les modalités de recueil des données issues de cet entretien.

Pour ce faire, des professionnels de la périnatalité ont créé une feuille de synthèse, associée à un guide méthodologique (cf ci-contre).

Pour plus d'informations sur ce document, vous pouvez contacter la coordination du RPVO (coordonnées au dos).

Quelle prise en charge ?

L'EPP est pris en charge à 100% par votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie. Si vous n'avez pas de couverture sociale, vous pouvez vous adresser à une sage-femme de PMI.

Que deviennent les données recueillies ?


Afin de faciliter le recueil des données issues de cet entretien, le RPVO met à disposition des professionnels réalisant l'EPP une **fiche de synthèse déclinée en 3 exemplaires carbonés** :

- Le 1er exemplaire vous est remis, vous pourrez le transmettre au professionnel de votre choix dans le cadre de votre prise en charge.
- Le 2e exemplaire est conservé par le professionnel.
- Le 3e exemplaire, **dépourvu de données médicales**, est envoyé à la coordination du RPVO aux fins d'évaluation (nombre d'entretiens réalisés, par qui).

Pour plus d'informations vous pouvez également consulter le site internet du RPVO où vous aurez accès à un annuaire des professionnels qui réalisent cet EPP (en cours de réalisation).

www.rpvo.org

FICHE D'EPP


Entretien Périnatal Précoce : Guide d'entretien du RPVO

Ce document est une proposition de support pour l'entretien périnatal.
Toutes les questions ne sont pas à aborder systématiquement.
Choisissez l'ordre ou laissez choisir la femme ou le couple

Vous pouvez commencer par : " Qui vous a proposé cet entretien ?"
Explorez les 3 dimensions pendant l'entretien : 1 - somatique ; 2 - sociale ; 3 - affective

SANTÉ GLOBALE	DIMENSION AFFECTIVE
<p>► Hygiène de vie : Régime alimentaire Prise de poids Automédication Conduites addictives : Alcool, tabac, drogues, médicaments (Psychotropes)</p> <p>► Activités : Professionnelle Physique et sportive</p> <p>► Sexualité : Informations à transmettre : ► Sur l'offre de soins dans le Val d'Osse ► Sur le suivi médical Exemple : nom du professionnel qui va la suivre, fréquence de consultations, CS de tabacologie...</p>	<p>► État psychologique : Sa perception Se sentir en sécurité Stress ou anxiété identifiés ? Épisodes dépressifs</p> <p>► Qualité du sommeil</p> <p>► Autour de la naissance : Vécu ou ATCD personnels Existe-t-il des peurs ou craintes par rapport à : La grossesse L'accouchement : douleur L'arrivée de l'enfant Croyances familiales par rapport à l'accouchement et à l'allaitement</p> <p>► Décès, rupture</p>
<p>INFORMATIONS RPVO</p> <p>► Hygiène de vie :</p> <p>► Site internet : Annuaire Tous les outils : Réunions d'information nutritionnelle N° Vert Parcours santé</p> <p>Projet de parentalité (Compétences parentales)</p> <p>► Comment la femme se projette-t-elle comme mère ? ► Comment le conjoint se projette-t-il comme père ? ► Expérience auprès du nourrisson ? ► Comment cet enfant est-il attendu par la famille ? (grands-parents, fratrie,...)</p>	<p>Place du père Relations de couple Situation familiale Aide à la maison Accompagnement de la grossesse Violence conjugale</p> <p>ENVIRONNEMENT SOCIAL</p> <p>► Vie quotidienne : Comment vivez vous ? Ressources / précarités / alimentation Logement / problèmes de logement (vit à l'hôtel, en foyer, héberge chez des tiers) Nombre de personnes au foyer Situation régulière ou sans papier</p> <p>► Déplacements Éloignement travail - domicile Éloignement domicile - maternité</p> <p>► Degré d'isolement et d'autonomie : Réseau familial/amical/caritatif (Présence/absence/absence) Capacité à s'orienter dans le système de soins (handicap, population migrante) Déménagement récent</p>

FICHE DE SYNTHÈSE


ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE
FICHE DE SYNTHÈSE

NOM PRÉNOM Date de Naissance / /

Tel Mail

Date de l'entretien / / Terme au moment de l'entretien (en SA)

Proposé par : Patiente elle-même ☐ MG ☐ G/O lib ☐ G/O hosp ☐ SF lib ☐ SF hosp ☐ SF PM ☐

Réalisé par : MG ☐ G/O lib ☐ G/O hosp ☐ SF lib ☐ SF hosp ☐ SF PM ☐

En présence du conjoint ☐ Accompagnant ☐ Terme prévu / /

Choix du lieu de naissance : Oui ☐ Lieu Non ☐

Contexte Somatique, Social, Affectif	Projet de Parentalité

Orientations proposées : Oui ☐ Non ☐

PM ☐ Psychologue ☐ Assistante Sociale ☐ Diététicienne ☐ Préparation à la Naissance et à la Parentalité ☐

Autres :
☐ Parcours de santé (allaitement, Prado, information nutritionnelle)
☐ Environnement social (CAF, vrèches, déclaration de grossesse,...)
☐ Associations (Préciser :)

Patiente accepte d'être recontactée par le RPVO après la naissance pour nous faire partager son expérience (à des fins d'évaluation) : Oui ☐ Non ☐

RPVO - novembre 2015


ENTRETIEN PRÉNATAL PRÉCOCE
FICHE DE SYNTHÈSE

NOM PRÉNOM Date de Naissance / /

Tel Mail

Date de l'entretien / / Terme au moment de l'entretien (en SA)

Proposé par : Patiente elle-même ☐ MG ☐ G/O lib ☐ G/O hosp ☐ SF lib ☐ SF hosp ☐ SF PM ☐

Réalisé par : MG ☐ G/O lib ☐ G/O hosp ☐ SF lib ☐ SF hosp ☐ SF PM ☐

En présence du conjoint ☐ Accompagnant ☐ Terme prévu / /

Choix du lieu de naissance : Oui ☐ Lieu Non ☐

ATTENTION !
CET EXEMPLAIRE EST À RETOURNER IMPÉRATIVEMENT AU RPVO



2 possibilités



Par scan :
En l'envoyant à la coordination du RPVO sur l'adresse : contact@rpvo.org

Par courrier postal :
En l'envoyant dans l'enveloppe jointe prévue à cet effet

Merci pour votre participation

Orientations proposées : Oui ☐ Non ☐

PM ☐ Psychologue ☐ Assistante Sociale ☐ Diététicienne ☐ Préparation à la Naissance et à la Parentalité ☐

Autres :
☐ Parcours de santé (allaitement, Prado, information nutritionnelle)
☐ Environnement social (CAF, vrèches, déclaration de grossesse,...)
☐ Associations (Préciser :)

Patiente accepte d'être recontactée par le RPVO après la naissance pour nous faire partager son expérience (à des fins d'évaluation) : Oui ☐ Non ☐

RPVO - novembre 2015

Évaluation des coûts de la prématurité en France

Cost-of-illness analysis of preterm births in France

PAR ANNE-LAURE SOILLY^{1,2}, CATHERINE QUANTIN^{3,4,5}, CATHERINE LEJEUNE⁵, JONATHAN COTTENET³, JEAN-BERNARD GOUYON⁶, SOPHIE BÉJEAN²

RÉSUMÉ

Objectifs

Évaluer les coûts associés à la prise en charge médicale des grands prématurés (≤ 32 semaines d'aménorrhée : SA) en France, dans la première année de vie, du point de vue de l'Assurance Maladie. Comparaison aux coûts associés aux autres naissances prématurées (33-37 SA) et à terme (≥ 37 SA).

Méthode

Extraction des données médicales et de remboursements issus du système d'information national de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) de l'ensemble des naissances en 2009-2010. Description et comparaison des distributions de coûts à l'aide du test statistique Mann-Whitney.

Résultats

Extraction de 467 106 naissances au final, dont 0,71 % de grands prématurés, sur 4,96 % de prématurés au total (< 37 SA). Les séjours hospitaliers des grands prématurés (resp. l'ensemble des prématurés) représentaient 14 % (resp. 26 %) du coût total hospitalier. Les coûts moyens associés étaient 25 fois supérieurs (resp. 7) à ceux des naissances à terme. L'ensemble des soins non-hospitaliers des grands prématurés représentaient 3 % (resp. 10 %) du coût total non-hospitalier. Les coûts moyens associés étaient 5 fois supérieurs (resp. 2 fois) à ceux des naissances à terme. Les résultats révèlent une relation inverse significative entre les coûts et l'âge gestationnel à la naissance, et d'importantes différences en termes de consommation de soins des grands prématurés comparés aux naissances à terme.

Conclusion

Cette étude du coût de la prématurité en France constitue un premier travail permettant de justifier sur le plan médico-économique la nécessité d'améliorer la prévention de la prématurité et de ses conséquences.

Mots-clés : Prématurité ; Analyse économique ; Coûts médicaux ; Prévention ; Bases de données médico-administratives.

ABSTRACT

Objectives

To evaluate the average direct medical costs of very preterm births (≤ 32 wGA) during the first year of life, within the framework of the French health insurance system. Comparison with other preterm (33-37 wGA) and term births (≥ 37 wGA).

Methods

Extraction from the French national health insurance information system (SNIIRAM) of all hospital stays and non-hospital care, and the amounts paid by the public insurance system, detailed for each birth in the 2009-2010 period. Mann Whitney tests were used for descriptive and comparative analyses.

Results

Extraction of 467,106 single births, among which 0.71 % were very preterm (and 4.96 % were preterm (< 37 wGA)). For very preterm births (and all preterm), the hospital stays accounted for 14 % (and 26 %) of the total hospital costs in the total population. The average hospital costs in the whole first year of life were 25 (and 7) times higher than those for term births. The non-hospital care accounted for 3 % (and 10 %) of the total non-hospital costs in the total population. The average non-hospital costs were 5 (and 2) times higher than those for term births.

Conclusion

Our work presents the first economic study of prematurity in France. It could be used to justify the implementation of the improved strategies to prevent prematurity and its consequences.

Keywords : Prematurity ; Cost Analysis ; Medical costs ; Prevention ; Medico-administrative database.

INTRODUCTION

Because of its consequences in terms of mortality and morbidity, preterm birth, defined as childbirths at less than 37 completed weeks or 259 days of gestation, is a public health problem worldwide ^[1,2]. In France, the rate of prematurity increased steadily from 6.8 % in 1998 to 7.2 % in 2003 and 7.4 % in 2010. The same pattern is observed in other industrialized countries since the early 1980s ^[1,3,5]. The rate in the USA is higher and has steadily increased to the current level of 12.3 % ^[6]. The rate of very preterm birth (≤ 32 completed weeks) in France was estimated at 1.6 %, 2.0 %, and 1.9 %, respectively ^[3,7]. This evolution can mostly be attributed to the increased use of assisted reproduction ^[7,8] but also to increased obstetric interventions, such as induced labour and caesarean section for maternal/foetal medical reasons or non-medical reasons ^[5,9], and to increased maternal age. Changes in other

1. CHU Dijon Bourgogne, Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation, USMR, F-21000 Dijon.
2. Laboratoire d'Économie de Dijon, Université Bourgogne Franche-Comté, EA 7467, Dijon, France.
3. CHRU Dijon, Service de Biostatistiques et d'Information Médicale (DIM), Dijon, F-21000, France ; Université de Bourgogne, Dijon, F-21000, France.
4. Biostatistics, Biomathematics, Pharmacoepidemiology and Infectious Diseases (B2PHI), INSERM, UVSQ, Institut Pasteur, Université Paris-Saclay, Paris, France
5. Inserm, CIC1432, Dijon, France ; Dijon University Hospital, Clinical Investigation Center, clinical epidemiology/clinical trials unit, Dijon, France.
6. Centre d'Étude Périnatale de l'Océan Indien (EA 7388), CHU de La Réunion, France.

factors that influence this rate have also been observed. These include higher body mass index, increased gestational diseases^[9, 11] as well as behavioural characteristics (smoking/drinking alcohol, other addictions) and socioeconomic conditions (single mother and/or unemployment and/or living in rural areas without a driver's license). These socioeconomic characteristics are often associated with irregular and inadequate monitoring of pregnancy^[3,9,11,13]. The contribution of all of these factors varies according to the gestational age (GA) at birth^[14].

Prematurity is also associated with a higher risk of adverse consequences for health in the short and long term compared with term births, and therefore requires specific and expensive health, education and social services^[1,2,14,15]. In the short term, children born prematurely are mostly affected by adverse neonatal outcomes, including chronic lung disease, severe brain injury, retinopathy of prematurity, necrotizing enterocolitis, and neonatal sepsis. In the long term, they have an increased risk of motor and sensory impairment, learning difficulties, behavioural problems and pulmonary dysfunction^[2,16]. The incidence and severity of these morbidities are inversely related to GA^[17,18]. It has also been estimated that half of the children with severe disabilities were born prematurely^[14]. Prematurity is also the leading cause of death in the first four years of life, and the second in children under 5 years in the World according to the World Health Organization (WHO), and it is responsible for 70 % of neonatal deaths in industrialized countries^[2]. In France, the stillbirth rate was assessed at 21.0 % at 24 – 32 weeks of GA (wGA) and the survival rate in the first month of life was assessed at 85.0 % of live births at 24 – 32 wGA (and 67.0 % of all births at 24 – 32 wGA). Stillbirth and survival rates are closely associated with GA^[19].

To justify the amount of resources allocated to health strategies, it is crucial to assess the economic burden of prematurity and to identify the main costs associated with its management. However, the cost of prematurity remains unknown in France. Only two French studies were published on this topic in 1984, but they cannot be extrapolated to the current French health system^[20]. The lack of studies for France was recently confirmed by a European report, which otherwise highlighted the definite and undeniably underestimated economic impact of prematurity in Europe, and a general lack of data for a real cost estimate^[21].

Several reviews in the non-French literature have analysed the economic consequences of preterm birth. They principally reported an inverse relationship between costs and GA at birth^[12, 22, 25]. A previous review of non-French literature we published^[26] on costs with regard to estimated GA underlined a clear relationship between costs and GA in all of the studies, but also variability in contexts, objectives, populations, methodologies and considerable variability in costs and results between studies. It was suggested that extrapolation to the French context and meta-analyses were not feasible. This review clearly suggested the need for a specific study in France and its multiple components. Such a study would provide useful information for the public decision-making process, by targeting the allocation of resources or any budget and by providing process in the planning of care^[27] at different levels of the health care organization^[28].

The objective of our study was to assess the costs of preterm births in France. Because very preterm birth is regarded as the main risk factor for medical complications and long-term handicap^[16, 22, 29, 31], we hypothesized that birth below 33 wGA would be associated with the highest medical costs.

We therefore aimed to evaluate direct hospital and non-hospital costs incurred because of prematurity during the first year of life in France, from the public health insurance system's point of view (the main funder of care in the first year of life). This study includes the cost distributions according to GA and also comparisons of costs between preterm and term infants with special attention paid to very preterm infants (GA \leq 32 wGA).

MATERIALS AND METHODS

Database

Our study used data extracted in 2012 from the "National Health Insurance Inter-Regime Information System" (SNIIRAM), managed by the National Health Insurance Fund for Salaried Workers (CNAMTS) for the early 2000s. It contains linked and anonymized detailed information on healthcare consumption and reimbursements for insurance beneficiaries, i.e. main insured and other persons covered (e.g. children)^[32]. These data concern all mandatory health insurance schemes (the general social insurance scheme, that covers 86 % of the French population; but also the scheme for agricultural workers and farmers; this for the self-employed and 12 additional other specific health insurance schemes). The SNIIRAM database collects all hospital and non-hospital care data, which come from different other sources of our French health system.

Hospital data, concerning all French public and private hospitals, come from a national database called "The French Medical Information System Program in Medicine, Surgery and Obstetrics" (PMSI-MCO), managed by the "French Agency for Information on Hospital Care" (ATIH), before being transmitted to the CNAMTS and included in the SNIIRAM. For 20 years, hospital data have been used for medical research purposes and the quality of the French hospital database has been confirmed in recent studies. It provides a huge amount of epidemiological information concerning hospitalized patients in France^[33,34].

Non-hospital care data come from the all regional primary health insurance funds, before being transmitted to the CNAMTS and included in the SNIIRAM, particularly in the "Inter Health Insurance Institutions Consumption Data" database (DCIR).

In order to reconstruct the whole care pathway for each individual, the CNAMTS uses an algorithm that ensures the chaining of all anonymous care consumption data, collected from various sources, for the same individual, while respecting anonymity^[35]. Further explanations on data sources and their configuration in the SNIIRAM are given in *appendix 1*.

Cost calculations for hospital and non-hospital care

The study distinguishes between hospitalizations and all other care services that do not require hospitalization (non-hospital care).

Concerning hospital costs, the study distinguishes both public and private sectors : For public sector, amounts paid by the public health insurance were estimated using the official hospitalization prices, the medical and administrative characteristics of stays, and the characteristics of the mother's insurance status. For private sector, as it is well known that some information may be missing, we systematically revised and completed information on related costs regarding admissions, using the usual calculation method (*appendix 2*).

Concerning non-hospital costs, reimbursements of amounts paid by the public health insurance system to patients for non-hospital services (including external services) are directly available in the SNIIRAM.

• The study population

The study population included all live births in France from January 1st, 2009 to February 28th, 2010 which were clearly identified in the Anonymized Abstracts of Stays (RSA) tables in the PMSI-MCO, with a clear GA, with all hospitalizations costed, and a successful chronological reconstruction of the anonymous hospital admissions pathway (*Figure 1*). The choice of the period of inclusion is explained by the fact that GA has systematically been recorded in the PMSI – MCO since

March 1st, 2009, and it was possible to extract births over a period of one year. Furthermore, it was also interesting to extract births in January and February 2009 for which the information on GA was available. Finally, the current availability of the data allowed follow-up until February 28th, 2011 and thus follow-up during the first year of life of the infants.

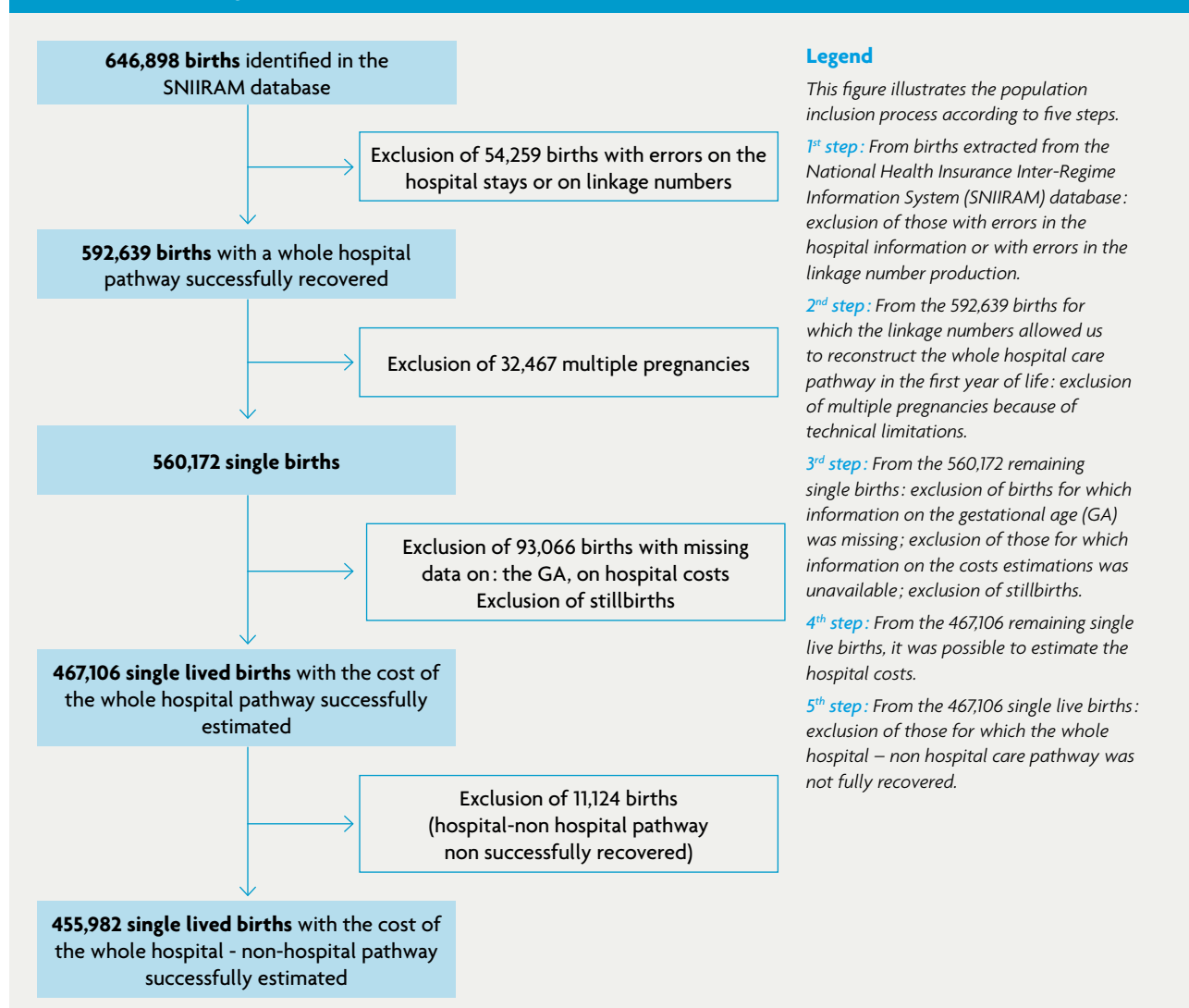
The studied population was restricted to single births clearly identified in the first year of life (*Figure 1*). For the descriptive analyses, the population was stratified according to GA : the population of very preterm births was defined by a GA ≤ 32 wGA ; the population of other preterm births (33 – 36 wGA) was stratified into two subgroups : moderate preterms (33 – 34 wGA) and late preterms (35 – 36 wGA).

For the comparative analyses, the population of very preterm births was compared with moderate and late preterms, and with term newborns (≥ 37 wGA). The overall population of preterm births (< 37 wGA) was compared with term newborns.

• Statistical analyses

Retrospective analyses of comprehensive data were carried out. The analyses refer to direct medical costs of hospitalizations and non-hospital care of preterm and term infants during their first year of life.

Figure 1 > DESCRIPTION OF THE POPULATION INCLUSION PROCESS



The descriptive analyses concern the distributions of the cumulative hospital costs of each subgroup of GA. These analyses were initially carried out for the first period of hospitalization (from birth until the first discharge/until death), and secondly for the entire first year of life (including the initial period and readmissions until the first anniversary). We then considered the distributions of the cumulative non-hospital costs of each subgroup of GA during the first year of life. These analyses include all non-hospital care from a population of births with a successful chronological reconstruction of the hospital-non-hospital care pathway. Finally, we considered the distributions of the cumulative total (hospital + non-hospital) costs of each subgroup of GA during the first year of life and assessment of the proportions of each expenditure item in the cumulative total costs.

The comparative analyses by GA concern the distributions of:

- cumulative hospital costs, in the first period and in the entire first year of life;
- cumulative non-hospital costs;
- cumulative total costs;
- each expenditure item in the cumulative costs.

All costs were described as mean (\pm SD). All comparisons of costs were carried out with an analysis of variance (ANOVA) and a Mann Whitney test, under the conditions of application. Comparisons of the proportions of each expenditure item in total costs between GA categories were carried out with a Chi-square test.

• Software

The management of databases and statistical analyses were performed with SAS (9.3) software ("Statistical Analysis System" software, SAS Institute Inc.).

RESULTS

• Population

A total of 592,639 births were clearly identified in the PMSI-MCO between January 1st, 2009 and February 28th, 2010, from which the chronological reconstruction of the anonymous hospital care pathway was successful. Of these 560,172 (94.52 %) births were identified as singleton, and for 467,106 (83.38 %) of them there was clear information on GA at birth, a successful assessment of hospitalization costs, and clear identification of live births status (Figure 1). Among these 467,106 births, 23,147 (4.96 %) were preterm (< 37 wGA): 3,318 (0.71 %) were very preterm (≤ 32 wGA) (particularly, 475 at 24 – 27 wGA and 2,843 at 28 – 32 wGA); 4,176 (0.89 %) were moderate preterm (33 – 34 wGA) and 15,653 (3.35 %) were late preterm (35 – 36 wGA). A total of 443,959 (95.04 %) were born at term (≥ 37 wGA).

• Average length of stay and average hospital costs in the first period of hospitalization

The average length of stay (LOS) in the first period was highest for low GA births and decreased significantly with increasing GA (table I). The average LOS for births at ≤ 32 wGA were 2.4 times higher than at 33 – 34 wGA, 6.3 times higher than at 35 – 36 wGA, and 11.1 times higher than at ≥ 37 wGA.

Table I > Average LOS (days) and hospital costs (€) in the first period according to GA categories. Comparisons between the ≤ 32 wGA category and the other preterm and term births categories, and comparisons between all preterms (< 37 wGA) and terms (≥ 37 wGA)

GA ^a category	N	Length of stay (days)		Hospital costs (€)	
		Mean (\pm SD ^c)	P	Mean (\pm SD ^c)	P
≤ 32 wGA ^b	3,318	48.87 (29.46)	Ref.	40,043 (34,843)	Ref.
33 – 34 wGA ^b	4,176	20.30 (14.60)	< 0.01	12,627 (15,919)	< 0.01
35 – 36 wGA ^b	15,653	7.81 (8.07)	< 0.01	3,947 (6,675)	< 0.01
≥ 37 wGA ^b	443,959	4.40 (2.86)	< 0.01	1,317 (2,242)	< 0.01
Preterms	23,147	15.95 (20.26)	Ref.	10,687 (20,119)	Ref.
Terms	443,959	4.40 (2.86)	< 0.01	1,317 (2,242)	< 0.01

aGA: Gestational Age - bwGA: Weeks of gestation - cSD: Standard Deviation

The average cost of hospitalization in the first period was also higher among low GA births and decreased significantly with increasing GA (table I). Those incurred for births at ≤ 32 wGA were 3.2 times higher than at 33 – 34 wGA, 10.1 times higher than at 35 – 36 wGA, and 30.4 times higher than at ≥ 37 wGA.

Admission to a Neonatal Intensive Care Unit (NICU) during the stay led to additional costs (appendix 1). The lower the GA, the greater the likelihood of admission to a NICU (p-value < 0.01). The rate of NICU admission during the first period was: 62.65 % for births at ≤ 32 wGA (85.05 % at 24 – 27 wGA and 58.99 % at 28 – 32 wGA), 15.01 % at 33 – 34 wGA, 3.64 % at 35 – 36 wGA, and 0.32 % at ≥ 37 wGA.

• Average cumulative length of stay and average cumulative hospital costs in the first year of life

The likelihood of at least one readmission during the first year of life was higher among low GA infants and decreased significantly with increasing GA (p-value < 0.01): 43.96 % for infants born at ≤ 32 wGA (48.42 % at 24 – 27 wGA and 42.95 % at 28 – 32 wGA); 30.03 % at 33 – 34 wGA, 22.78 % at 35 – 36 wGA, and 14.59 % at ≥ 37 wGA.

The average cumulative LOS during the first year of life was higher among low GA infants and decreased significantly with increasing GA (table II). For infants born at ≤ 32 wGA the average cumulative LOS was 2.4 times higher than at 33 – 34 wGA, 5.9 times higher than at 35 – 36 wGA, and 10.6 times higher than at ≥ 37 wGA.

The average cumulative cost of hospitalization during the first year of life was also higher among low GA infants and decreased significantly with increasing GA (table II). The average cumulative cost of hospitalization for infants born at ≤ 32 wGA was 3.1 times higher than at 33 – 34 wGA, 8.9 times higher than at 35 – 36 wGA, and 24.9 times higher than at ≥ 37 wGA.

► Average cumulative non-hospital costs in the first year of life

It was impossible to reconstruct the whole care pathway for 9,687 (2.07 %) of the 467,106 births included in the study. The amount paid by the health insurance agency was available for 455,982 (99.68 %) of the remaining births (Figure 1). The average cumulative cost of non-hospital care was assessed for 22,791 (5 % of the 455,982) newborns at < 37 wGA, for 3,279 (0.72 %) at ≤ 32 wGA, for 4,128 (0.91 %) at 33 – 34 wGA, for 15,384 (3.37 %) at 35 – 36 wGA, and for 433,191 (95.00 %) at ≥ 37 wGA. The average cumulative cost was also higher among low GA births and

Table II ► Average cumulative LOS (days) and cumulative hospital costs (€) during the first year of life according to GA categories.

Comparisons between the ≤ 32 wGA category and the other preterm and term births categories, and comparisons between all preterms (< 37 wGA) and terms (≥ 37 wGA)

GAa category	N	Length of stay (days)		Hospital costs (€)	
		Mean (± SD ^c)	P	Mean (± SD ^c)	P
≤ 32 wGA ^b	3,318	52.63 (31.40)	Ref.	43,041 (36,668)	Ref.
33 – 34 wGA ^b	4,176	22.28 (16.97)	< 0.01	14,077 (17,163)	< 0.01
35 – 36 wGA ^b	15,653	8.95 (10.30)	< 0.01	4,826 (8,627)	< 0.01
≥ 37 wGA ^b	443,959	4.96 (4.55)	< 0.01	1,728 (3,913)	< 0.01
Preterms	23,147	17.59 (22.23)	Ref.	11,973 (21,676)	Ref.
Terms	443,959	4.96 (4.55)	< 0.01	1,727 (3,906)	< 0.01

aGA: Gestational Age - bwGA: Weeks of gestation - cSD: Standard Deviation

Table III ► Average costs (€) of non-hospital care during the first year of life according to GA categories. Comparisons between the ≤ 32 wGA category and the other preterm and term birth categories, and comparisons between all preterms (< 37 wGA) and terms (≥ 37 wGA)

GAa category	N	Non-hospital costs (€)	
		Mean (± SD ^c)	P
≤ 32 wGA ^b	3,279	3,373 (4,614)	Ref.
33 – 34 wGA ^b	4,128	1,566 (2,462)	< 0.01
35 – 36 wGA ^b	15,384	1,043 (1,715)	< 0.01
≥ 37 wGA ^b	98,109	717 (910)	< 0.01
Preterms	22,791	1,473 (2,622)	Ref.
Terms	433,191	710 (907)	< 0.01

aGA: Gestational Age - bwGA: Weeks of gestation
cSD: Standard Deviation

Table IV ► Percentages of hospital costs and non-hospital costs in the cumulative total costs (€) in each GA category during the first year of life. Comparisons between the ≤ 32 wGA category and the other preterm and term births categories, and comparisons between all preterms (< 37 wGA) and terms (≥ 37 wGA)

GA ^a category	Hospital costs		Non-hospital costs	
	% in total costs	P	% in total costs	P
≤ 32 wGA ^b	92.76 %	Ref.	7.24 %	Ref.
33 – 34 wGA ^b	90.02 %	< 0.01	9.98 %	< 0.01
35 – 36 wGA ^b	82.31 %	< 0.01	17.69 %	< 0.01
≥ 37 wGA ^b	70.81 %	< 0.01	29.19 %	< 0.01
Preterms	89.11 %	Ref.	10.89 %	Ref.
Terms	70.81 %	< 0.01	29.19 %	< 0.01

aGA: Gestational Age - bwGA: Weeks of gestation

decreased significantly with increasing GA (table III). For births at ≤ 32 wGA, it was 2.2 times higher than at 33 – 34 wGA, 3.2 times higher than at 35 – 36 wGA, and 4.7 times higher than at ≥ 37 wGA.

The distribution of the most frequent non-hospital services in very preterm infants was: pharmacy (37.90 %); consultations (21.80 %); physiotherapy (17.00 %); biology (3.75 %); technical procedures (3.00 %); hospital pharmacy (2.59 %); medical supplies/equipment (2.25 %); nursery care (1.78 %); respiratory support (1.64 %); imaging (1.57 %); transportation (1.12 %); vaccines (1.07 %); medical visits at home (0.85 %).

The distribution of the most frequent non-hospital services in term infants was: pharmacy (48.74 %); consultations (30.18 %); physiotherapy (8.36 %); biology (2.04 %); medical supplies/equipment (1.69 %); imaging (1.48 %); vaccines (1.40 %); medical visits at home (0.90 %).

► Average cumulative total costs during the first year of life

In order to analyse the proportion of hospital costs and non-hospital costs in the total costs (hospital + non-hospital) incurred during the first year of life, according to GA categories, only newborns for which the whole care pathway was reconstructed were included. Therefore, the total costs were assessed from the same 455,982 births.

The total hospital cost incurred by the 455,982 newborns was € 1,028,391,723. Preterm births (< 37 wGA) and very preterm births (≤ 32 wGA) accounted for a significant proportion of the total cost. Preterm births accounted for € 274,731,601 (26.71%); very preterm births for € 141,726,471 (13.78%); births at 33 – 34 wGA for € 58,353,009 (5.67%); births at 35 – 36 wGA for € 74,652,121 (7.26%); and term births for € 753,660,122 (73.29%).

The total non-hospital cost incurred by the 455,982 newborns during the first year of life was € 344,263,800. Preterm births accounted for € 33,578,124 (9.75%); very preterm births for € 11,060,194 (3.21%); births at 33 – 34 wGA for

€ 6,468,452 (1.88%); births at 35 – 36 wGA for € 16,049,477 (4.66%); and term births for € 310,685,675 (90.25%).

The proportion of total hospital cost in the total cost was higher among low GA births and decreased significantly with increasing GA. Conversely, the proportion of total non-hospital cost in the total cost was smaller among low GA births and increased significantly with increasing GA (*table IV*).

DISCUSSION

This is the first study conducted in France to measure the economic burden of prematurity within the framework of a Health Insurance system. Both hospital and non-hospital costs were assessed in the first year of life of live-born singletons (survivors and non-survivors). All the average costs per newborn increased with decreasing GA. Several possible perspectives, expenditure items and time horizons have been adopted in the literature. All the reviewed studies reported a main finding of a clear inverse relationship between costs and GA at birth and in the first year of life ^[16, 22, 36, 37].

The major strength of this study is that it is based on the records of a large cohort of births and on a comprehensive database, which allowed us to evaluate the amounts paid by the public health insurance agency for hospital and non-hospital care of preterm and term births. The successful linkages of a large number of births with their corresponding hospital admissions and their non-hospital care consumptions allowed us to successfully reconstruct the whole care pathway ^[35] and to evaluate the main costs incurred by each GA category during the first year of life. Nearly all births in France (about 800,000) are recorded in the PMSI-MCO database: only deliveries at home (4‰) are not included. From the 560,172 singleton births recorded by the PMSI-MCO database, we have successfully reconstructed the trajectory of care over a 13-month period and estimated the costs for 83.4 % of them. All births could not be included because the information required for this study (GA, costs, and whole care pathway) was missing for some. We chose to limit results to single live-born infants because many technical limitations make the analysis of multiple births uncertain.

Our study provides information for the scientific community and for public decision makers on the magnitude of the average costs of preterm and very preterm births in France compared with the cost of term births. The study also highlights the differences in support needs in preterm and term infants.

First, the initial period of hospitalization concentrates the majority of hospital admission costs in the first year of life. In this period, the average LOS was longer than that for readmissions. It is also noteworthy that the average cumulative hospital and non-hospital costs were markedly higher for low GA births and decreased with increasing GA. Compared with term births, the average cumulative hospital cost of very preterm births was up to 30 times higher in the first period, and up to 25 times higher for the entire first year of life. The average cumulative non-hospital cost was 5 times higher in the first year of life. These results also showed that all other preterm births (33 – 36 wGA) also had higher cumulative costs compared with term births, a

finding that fits well with the inverse relationship between GA and both mortality and morbidity ^[38, 39].

Second, very preterm infants, other preterm and term infants account for 14 %, 13 % and 73 % of the cumulative hospital costs, respectively, and for 3 %, 7 % and 90 % of total non-hospital costs, respectively. Overall, the proportion of hospital costs is higher among low GAs and decreases significantly with increasing GA. Conversely, the proportion of non-hospital costs is smaller among low GAs and increases significantly with increasing GA.

Third, the distribution of outpatient services for preterm infants is different from that for term infants: prematurity increases the needs for physiotherapy, biology, respiratory support and hospital pharmacy.

Previous studies also reported significant cost differences between preterm and term infants. In the United States, the average hospital cost per survivor in the first period for infants born at < 28 wGA was 30 – 50 times higher than that for term births [36, 40, 41] (up to 56 times higher in our study). The cost for infants born at 28 – 32 wGA was 13 – 26 times higher than for those born at term (26 times higher in our study). In the literature, the average length of stay in the first period was also longer for low GA and decreased with increasing GA. As in our study, the percentage of low GA newborns readmitted to hospital was higher than that of other GA newborns ^[36, 40, 41].

Clinical studies have reported the long-term effects of prematurity ^[16]. Therefore economic studies should be developed to investigate the long-term consequences of prematurity, by including multiple points-of-view and multiple categories of costs, such as non-medical direct costs, indirect costs, or intangible costs.

The estimation of the costs of prematurity in France and its multiple components has a number of interests. In particular, it could be used to justify support for the reinforcement of perinatal care so as to:

- improve coordination and efficiency in the monitoring of pregnant women;
- improve the anticipation of high-risk cases; improve research to reduce the prematurity rate;
- diminish morbidities associated with prematurity.

Furthermore, prevention would avoid much of the physical and psychological suffering among patients and their families, the costs of which have not been evaluated. The economic benefits of these measures would be assessed, especially insofar as what these preventive measures would lead to in terms of costs avoided in the medium or long term ^[30]. It would also constitute a first step in the decision-making process, by orienting the allocation of resources or any budget and by providing process in the planning of care ^[27].

Our study presents some limits. We did not include the population of twin births for technical reasons. Further studies should be done when these technical problems will be solved. Furthermore, as stated in *appendix 2*, the evaluation of hospital costs was based on official tariffs, which can be very different between the public and the private hospital sectors, and that may change over one year. This may introduce a degree of variability in the costs we calculated

for each hospitalization in the same homogeneous group of diseases. Finally, our study did not include specific services during stays, for which complementary fees usually have to be estimated. It concerns the consumption of “expensive drugs” and “implantable medical devices” during stays. These hospital services were underrepresented in our databases, but in future studies, they must be taken into account.

It would be interesting to analyse the determinants of the higher costs of preterm births. Such an analysis could be done according to the type of disease as well as the following characteristics: the GA at birth, the gender, the length of stay, the technical level of the maternity unit, the type of professional consulted, and the region of birth. More generally, it would be interesting to perform analyses on a longer time horizon in order to know the evolution of care consumption and the evolution of costs after the first year of life.

CONCLUSION

Our study is the first to measure the financial impact of prematurity in France. The results presented in this paper highlight the magnitude of the cost of preterm births and particularly very preterm births in our country. Healthcare professionals, scientists, the public authorities and society at large need to be made aware of these results to underline the imperative of developing preventive measures against this public health problem.

REFERENCES

1. Beck S, Wojdyla D, Say L, et al. *The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity*. Bull World Health Organ 2010; Jan; 88 (1): 31-8.
2. Wen SW, Smith G, Yang Q, Walker M. *Epidemiology of preterm birth and neonatal outcome*. Semin Fetal Neonatal Med 2004; 9 (6): 429-35.
3. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. *Trends in perinatal health in metropolitan France between 1995 and 2003: results from the National Perinatal Surveys*. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2012; 41 (4): e1-e15.
4. Goldenberg RL. *The management of preterm labor*. Obstet Gynecol 2002; 100 (5Pt1): 1020-37.
5. Tucker J, McGuire W. *Epidemiology of preterm birth*. BMJ 2004; 329: 675-8.
6. Russel RB, Green NS, Steiner CA, et al. *Cost of hospitalization for preterm and low birth weight infants in the United States*. Pediatrics 2007; 120: e1-e10.
7. Blondel B, Kermarrec M. *French National Perinatal Survey 2010*. Paris: INSERM. 2011: 35, 88. Available from: <http://www.europeristat.com/reports/national-perinatal-health-reports.html> [accessed June 1, 2015].
8. Warner BB, Kiely JL, Donovan EF. *Multiple births and outcome*. Clin Perinatol 2000; 27 (2): 347-61.
9. Wen SW, Smith G, Yang Q, Walker M. *Epidemiology of preterm birth and neonatal outcome*. Semin Fetal Neonatal Med 2004; 9 (6): 429-35.
10. Davidoff MJ, Dias T, Damus K, et al. *Changes in gestational age distribution among US singleton births: impact on rates of late preterm births, 1992 to 2002*. Semin Perinatol 2006; 30: 8-15.
11. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. *Epidemiology and causes of preterm birth*. The Lancet 2008; 371: 75-84.
12. Zeitlin JA, Ancel PY, Saurel-Cubizolles MJ, Papiernik E. *Are risk factors the same for small for gestational age versus other preterm births?* Am J Obstet Gynecol 2001; 185 (1): 208-215.
13. Gayral-Taminh M, Daubisse-Marliac L, Baron M, Rème JM, Grandjean H. *[Social and demographic characteristics and perinatal risks for highly deprived mothers]* [Article in French]. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005; 34 (1C1): 23-32.
14. INSERM Collective Expert Reports. *Deficiencies and handicaps of perinatal origin: Screening and management*. Paris: INSERM. 2000: 1-376. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7124/> [accessed June 1, 2015].
15. Petrou S, Sach T, Davidson L. *The long-term costs of preterm birth and low birth weight: results of a systematic review*. Child Care Health Dev 2001; 27 (2): 97-115.
16. Petrou S. *The economic consequences of preterm birth during the first 10 years of life*. BJOG 2005; 110: 10-5.
17. Platt MJ. *Outcomes in preterm infants*. Public Health 2014 May; 128 (5): 399-403.
18. Marret S, Ancel PY, Marpeau L, et al. *Neonatal and 5-year outcomes after birth at 30-34 weeks of gestation*. Obstet Gynecol 2007; 110 (1): 72-80.
19. Larroque B, Samain H, and “Epipage group”. *[Epipage study: mortality of very premature infants and state of progress at follow up]* [Article in French]. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001; 30 (suppl. au n° 6): S33-S41.
20. Monset-Couchard M, Jaspard ML, De Bethmann O, Relier JP. *Cost of the initial care of children with birth weight less than or equal to 1 500 g in 1981*. Arch Fr Pediatr 1984 oct; 41 (8): 579-85.
21. EFCNI. *Too little, too late? EU Benchmarking report 2009-2010*. Available from: http://www.efcni.org/fileadmin/Daten/Web/Brochures_Reports_Factsheets_Position_Papers/benchmarking_report/EFCNI_report_light_copyright.pdf [accessed June 1, 2015].
22. Petrou S. *Economic consequences of preterm birth and low birthweight*. BJOG 2003; 20: 17-23.
23. Petrou S, Eddama O, Mangham L. *A structured review of the recent literature on the economic consequences of preterm birth*. Arch Dis Child Fetal Neonatal 2011; 96: F225-F32.
24. Zupancic JA, Richardson DK, Lee K, McCormick MC. *Economics of prematurity in the era of managed care*. Clin Perinatol 2000 (2): 483-97.
25. Zupancic JFA. *A Systematic Review of Costs Associated with Preterm Birth*. In: Behrman RE, Butler AS, editors. *Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention*. Washington: The National Academies Press. 2006:688-724.
26. Soilly AL, Lejeune C, Quantin C, Béjean S, Gouyon JB. *Economic analysis of the costs associated with prematurity from a literature review*. Public Health 2014; 128: 43-62.
27. Rice DP. *Cost of illness studies: what is good about them?* Inj Prev 2000; 6: 177-9.
28. Tarricone R. *Cost-of-illness analysis: What room in health economics?* Health Policy 2006; 77: 51-63.
29. Mangham LJ, Petrou S, Doyle LW, Draper ES, Marlow N. *The cost of preterm birth throughout childhood in England and Wales*. Pediatrics 2009; 123 (2): e312-27.
30. Clements KM, Barfield WD, Ayadi MF, Wilber N. *Preterm birth-associated cost of early intervention services: an analysis by gestational age*. Pediatrics 2007 Apr; 119 (4): e866-74.
31. Korvenranta E, Lehtonen L, Rautava L, et al. *Impact of very preterm birth on health care costs at five years of age*. Pediatrics 2010 May; 125 (5): e1109-14.
32. Tuppin P, De Roquefeuil L, Weill A, Ricordeau Y, Merlière Y. *French national health insurance information system and the permanent beneficiaries sample*. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2010; 5: 286-90.
33. Chantry AA, Deneux-Tharaux C, Cans C, et al. *Hospital discharge data can be used for monitoring procedures and intensive care related to severe maternal morbidity*. J Clin Epidemiol 2011 Sep; 64 (9): 1014-22.
34. Quantin C, Benzenine E, Ferdynus C, et al. *Advantages and limitations of using national administrative data on obstetric blood transfusions to estimate the frequency of obstetric hemorrhages*. J Public Health (Oxf). 2013 Mar; 35 (1): 147-56.
35. Quantin C, Gouyon B, Allaert FA, Cohen O. *Methodology for chaining sensitive data while preserving anonymity: an application to the monitoring of medical information*. Courrier des statistiques. English series n° 12. 2006. Available from: http://www.insee.fr/en/ffc/docs_ffc/cs113e.pdf [accessed October 7, 2015].
36. St John EB, Nelson KG, Cliver SP, Bishnoi RR, Goldenberg RL. *Cost of neonatal care according to gestational age at birth and survival status*. Am J Obstet Gynecol 2000 Jan; 181 (1Pt1): 170-5.
37. Cuevas KD, Siver DR, Broton D, Youngblut JM, Wilber N. *Preterm birth-associated cost of early intervention services: an analysis by gestational age*. Pediatrics 2007 Apr; 119 (4): e866-e74.
38. Elliott JP, Istwan NB, Jacques DL, Coleman SK, Stanziano GJ. *Consequences of nonindicated preterm delivery in singleton gestations*. J Reprod Psychol 2003; (9): 713-7.
39. Kirkby S, Greenspan JS, Kornhauser M, Schneiderman R. *Clinical outcomes and cost of the moderately preterm infant*. Adv Neonatal Care 2007; (2): 80-7.
40. Phibbs CS, Schmitt SK. *Estimates of the cost and length of stay changes that can be attributed to one-week increases in gestational age for premature infants*. Early Human Development 2006 Feb; (2): 85-95.
41. Gilbert WM, Nesbitt TS, Danielsen B. *The cost of prematurity: quantification by gestational age and birth weight*. Obstet Gynecol 2003; 102 (3): 488-92.

APPENDICES

Appendix 1 > Data sources and their configuration in the National Health Insurance Inter-Regime Information System (SNIIRAM)

Sources of hospital care data (PMSI-MCO database linked to the SNIIRAM)

The “French Medical Information System Program in Medicine, Surgery and Obstetrics” database (PMSI-MCO database) lists administrative and medical information related to all hospital admissions in the public and private sectors. This information is contained in “Anonymized Abstracts of Stays” (RSA) generated by each hospital admission. The successive RSAs of a patient with several hospitalizations are linked, thus allowing the chronological reconstruction of the hospital care pathway while respecting anonymity. This linkage is enabled via an anonymous patient-ID (a linkage number) that is previously generated for each hospital admission by replacing the patient’s social security number, date of birth and sex by an irreversible chaining key. This process involves a computer function named “Nominative Information Blanking Function” using an algorithm developed by Dijon University Hospital (France) [35].

I • Information provided by the RSA are: 1/the Homogeneous Group of Diseases (GHM: French Diagnosis Related Groups) in which the hospitalization is classified; 2/the level of neonatal care (monitoring, intermediate, intensive care); 3/the length of stay; 4/the diagnosis and procedures; 5/the hospital of admission; 6/the newborn’s characteristics (age at admission, gender, birth weight, term at birth, residential zip code). The RSA tables are similar for both public and private hospitals.

II • Additional medical tables can be linked to the RSAs in order to improve medical information and include the medical procedures performed, diagnosis, and the status of the hospital.

III • Other additional tables containing detailed administrative, consumption and economic information are also available in the SNIIRAM, and can be linked to the anonymous ID-patient. However, the structure of these additional tables can be different between the public sector and the private sector.

In the public sector, two types of additional information are available:

1 Tables containing informative data on the patient’s situation in terms of social security (needed to calculate the amounts finally

paid by the health insurance agency for hospital admissions – See appendix 2).

Indeed, for each hospital admission, the amounts paid by the health insurance agency have to be calculated using this information, combined with other external information, as in the first place the official prices published for each GHM in the public sector.

2 Billing files concerning hospital external services provided in the public sector (medical acts performed in hospital for non-hospitalized patients), for which the amounts paid by health insurance are directly available.

In the private sector, all of the hospital services (admissions and external services) are directly billed by the hospitals to the Health Insurance Agency and are therefore available in the SNIIRAM in the form of billing files.

Finally, the structured data tables are different between the public and private hospitals depending on the sources, level of information and logic of understanding and use.

Sources of non-hospital care data (DCIR database in the SNIIRAM)

The “Inter Health Insurance Institutions Consumption Data” database (DCIR database) is composed of a central table named “table of medical services”, which contains individual information on the medical services, beneficiaries, providers, hospitals, insurance institutions, and reimbursements from mandatory health insurance. Other tables with additional referential coding can be linked per patient to this main table in order to provide additional detailed information on the health care services consumed: medical consultations, hospital drug prescription, non-hospital drug prescription, biology exams, transportation, and implantable medical devices. Therefore this DCIR database contains all non-hospital care services provided in the extra-hospital sector (general practitioners, specialists, physiotherapists, supplementary examinations (biology, radiology...), functional rehabilitation, medical transportation, and reimbursements of prescribed drugs) but also all hospital external services performed in the private sector (indistinguishable from other non-hospital services).

Appendix 2 > Calculation of the cost of hospitalization within the framework of the health insurance system

Any hospitalization, whether in the public or private sector, is first costed on a basic amount (*a*), from which a second specific cost is then calculated according to the patient’s situation in terms of social security (*b*). It represents the exact amount paid by the health insurance agency to the hospital where the patient was treated.

The basic amount depends on prices published in the Official Bulletin of the French Republic, per GHM. These prices differ according to the sector (public or private), to the date of hospital release, and to the length of hospital stay. Any other additional amounts have to be added in cases of admission to a neonatology unit, or a neonatal intensive care unit, or a neonatal resuscitation unit. Finally, a geographical coefficient is applicable to the GHS price and to the additional amounts in order to take into account the specificity (e.g. property prices) in relation to the geographic location. These coefficients are official and available in the Official Bulletin.

The cost of hospitalization within the framework of the health insurance system includes the previously-calculated basic cost and additional information about daily amounts paid by the patient for

his stay (with a multitude of cases of exemption). Depending on the case, the cost of a stay paid by the health insurance agency corresponds to 100 % or 80 % of the previously-calculated basic cost of the stay, from which certain amounts paid by non-exempt patients may be deducted.

For the public sector, all of these steps were completed.

In the case of missing amounts in the private sector, basic hospitalization costs were recalculated and 100 % of the cost was considered paid by the health insurance agency because it concerned birth stays only. Indeed, the cost to the health insurance agency is always 100 % for birth stays, as the part paid by the patient is zero. Another difficulty with the private sector was that, unlike for the public sector, the official costs of hospital stays do not contain honorary fees. Private honorary fees are available separately in the billing files and must be taken into account. However, we did not include these honorary fees because they were not available for many stays in the private sector.

Le vaginisme

PAR **FANNY LAMBLA**, SAGE-FEMME

DÉFINITION

D'après la 4^e édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-IV), le vaginisme est une dysfonction sexuelle se définissant comme une contraction involontaire, répétée et persistante, des muscles périnéaux qui entourent le tiers externe du vagin, en cas de tentative de pénétration par le pénis, le doigt, un tampon ou un spéculum ⁽¹⁾. L'affection doit être à l'origine d'un désarroi marqué ou de difficultés interpersonnelles et ne doit pas être exclusivement due aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

La contraction peut aller de légère, responsable d'un certain resserrement et d'une certaine gêne, à sévère, empêchant la pénétration. Dans certains cas, l'intensité de la contraction peut être si sévère ou prolongée qu'elle est à l'origine d'une douleur. La notion de douleur n'est donc pas systématique dans le vaginisme.

L'évolution du vaginisme est habituellement chronique, à moins d'une amélioration par traitement.

PHYSIOPATHOLOGIE

Le vaginisme n'est pas une maladie, c'est une phobie de la pénétration associée à une réponse conditionnée de type pavlovien ⁽²⁾. Les éléments phobiques résultent d'expériences négatives réelles ou imaginaires associées à la sexualité ou à la pénétration, et/ou à une pathologie organique.

Ce trouble peut se manifester lors de toute tentative de pénétration, de contact vulvaire ou simplement à l'idée de la pénétration ⁽³⁾. Il est associé à une adduction des cuisses et à une augmentation du tonus global. Il s'accompagne également de signes comportementaux d'angoisse.

La séquence érotique reste intacte : le désir, l'excitation et l'orgasme sont possibles tant qu'une pénétration n'est pas tentée ou anticipée. La sexualité peut donc être satisfaisante sans pénétration et le couple organise sa sexualité avec le symptôme.

CLASSIFICATION

Le vaginisme primaire est la forme la plus fréquente ⁽³⁾. Il survient dès la première tentative de pénétration sexuelle par un partenaire.

Le vaginisme peut être situationnel et rendre impossible seulement certaines pénétrations. Il peut donc intervenir dans des situations non sexuelles (insertion d'un tampon, examen gynécologique...) alors que la pénétration lors des rapports sexuels est possible. C'est pour cette raison que la notion de dysfonction sexuelle est controversée ⁽⁴⁾. Au contraire, chez certaines patientes le vaginisme ne se produit qu'au cours des rapports sexuels. Le vaginisme absolu rend impossible toutes les pénétrations.

Les éléments phobiques résultent d'expériences négatives réelles ou imaginaires associées à la sexualité ou à la pénétration, et/ou à une pathologie organique.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de vaginisme, souvent très tardif, se pose sur la base de l'interrogatoire et de l'examen clinique.

L'interrogatoire est le point le plus important ^(5,6). Le degré de douleur, de peur de la douleur, de détresse, d'évitement et l'évocation de difficultés à la pénétration seront plus importants pour le diagnostic que la tonicité du périnée.

Il n'existe pas d'examen gynécologique officiel permettant de diagnostiquer le vaginisme mais il est néanmoins indispensable afin d'éliminer une pathologie organique.

Le diagnostic différentiel est la dyspareunie, douleur génitale associée aux rapports sexuels ⁽¹⁾. Cependant, la notion de douleur existe aussi dans le vaginisme. Différents auteurs ont cherché à étudier la différence entre vaginisme et dyspareunie, et pour certains la distinction entre les deux est impossible, d'autant plus que la dyspareunie est souvent impliquée comme étant la cause du vaginisme ⁽⁷⁾. Pour cette raison, la classification du DSM a évolué. La dyspareunie et le vaginisme sont maintenant regroupés dans la catégorie « Trouble lié à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration » dans le DSM-5 ⁽⁸⁾.

PRÉVALENCE

Les données sur la prévalence du vaginisme sont rares et il n'existe pas de valeur en population générale. Il pourrait toucher de 0,5 à 30 % des femmes selon les études ⁽⁹⁾. En France, la prévalence retenue semble être de 1 à 2 % ⁽¹⁰⁾.

ÉTIOLOGIES

L'étiologie du vaginisme reste controversée ^(4, 10). Elle serait multifactorielle : les mauvaises connaissances anatomiques, l'ignorance en matière de sexualité, les croyances erronées sur la sexualité, la culpabilité, la honte, le dégoût de la sexualité, la peur de la douleur, les fortes croyances religieuses, le contexte familial, l'éducation, les pathologies organiques induisant un vaginisme secondaire (dyspareunie, traumatismes obstétricaux, infections, malformations hyménéales, etc.).

Le choix du partenaire n'est pas anodin. Ce dernier est souvent décrit comme étant doux, gentil, attentionné et peut, par sa personnalité, provoquer ou exacerber le vaginisme. Il a tendance à être passif et à ne pas exprimer de demande sexuelle excessive. Le vaginisme pourrait également cacher

les dysfonctions sexuelles du conjoint et ainsi protéger le couple de la confrontation à ces problèmes.

Il a été soutenu que vivre ou assister à une agression sexuelle était un facteur de risque de développer un vaginisme. Cependant, lorsque l'on interroge les femmes sur les causes de leur vaginisme, l'abus sexuel est classé en dernière position ⁽¹¹⁾.

MOTIFS DE CONSULTATION

Les patientes souffrant de vaginisme consultent le plus souvent pour d'autres motifs que le vaginisme lui-même ⁽¹²⁾. Le premier de ces motifs est le désir d'enfant, mais il peut aussi s'agir de conjugopathies, de crainte de perdre le partenaire ou d'autres troubles sexuels.

LA PRISE EN CHARGE DU VAGINISME

La notion de guérison du vaginisme est difficile à établir car elle dépend de chaque femme. Les objectifs peuvent être d'accéder à la pénétration, d'avoir une sexualité épanouie, d'avoir du plaisir vaginal, de permettre un examen gynécologique, de procréer, de se sentir comme les autres femmes, de faire plaisir à son partenaire... ⁽⁵⁾.

Seuls des professionnels très sensibilisés au sujet et travaillant en réseau avec une équipe pluridisciplinaire peuvent prendre en charge ces femmes. Le programme thérapeutique doit être appliqué au couple et non à la femme seule, étant donné les caractéristiques particulières du conjoint et les habitudes sexuelles qui durent souvent depuis de nombreuses années.

En premier lieu, toute cause organique doit être traitée. C'est l'unique cas pour lequel la chirurgie présente une indication.

La prise en charge peut comprendre ^(5, 13) :

- Une psychothérapie en cas de problématiques spécifiques associées (troubles anxieux, phobies, abus sexuels, violences, troubles psychiques ou relationnels...);

Seuls des professionnels très sensibilisés au sujet et travaillant en réseau avec une équipe pluridisciplinaire peuvent prendre en charge ces femmes.

- De la kinésithérapie (relaxation vaginale et exercices de biofeedback);
- Une sexothérapie cognitivo-comportementale associant une éducation psycho-sexuelle, des exercices progressifs d'exploration génitale et de désensibilisation, et des entretiens psycho-dynamiques;
- Des techniques de relaxation comme l'hypnothérapie ou la méditation afin de favoriser la détente, diminuer les comportements phobiques et améliorer la réceptivité des sensations.

Les taux de réussite des différents traitements ont généralement été jugés excellents ⁽¹⁴⁾. Néanmoins, une revue systématique de la Cochrane de 2012 indiquait qu'il n'y avait que des preuves limitées provenant d'essais non contrôlés non randomisés pour recommander l'utilisation de la désensibilisation systématique ⁽¹⁵⁾. Cela peut s'expliquer par le très faible nombre d'études contrôlées randomisées et l'hétérogénéité des protocoles.

Le traitement du vaginisme par injection de toxine botulique a récemment été mis en exergue. En bloquant la libération d'acétylcholine, la toxine botulique empêche la transmission neuromusculaire, ce qui entraîne un relâchement musculaire. Une étude de 2012 montrait un taux de réussite de 95,8 % dans le cas de vaginismes réfractaires aux traitements habituels, après injection locale de toxine botulique au niveau du muscle pubo-rectal ⁽¹⁶⁾. Néanmoins cette technique ne prend pas en compte le contexte d'anxiété de la femme et rend cette zone sexuellement aréactive.

ÊTRE BIEN DANS SON ENVIE DE BÉBÉ

Avec la psychologue Valérie GRUMELIN et la gynécologue Véronique BIED DAMON (Le Guide de l'Infertilité)

Parfois, le désir de grossesse est là mais les **blocages émotionnels et psychologiques créent ce que l'on appelle une infertilité inexplicée**. Ces blocages émotionnels peuvent avoir plusieurs causes :

- Un traumatisme lié à sa propre naissance ou enfance
- Une phobie ou un choc
- La peur de ne pas y arriver (à cause de l'âge, de la pression familiale, des soucis du quotidien ...)

L'importance du coaching

Un coaching est important. C'est un guide, un conseil au quotidien, une écoute et une oreille attentive. Bien utiliser un coaching permet de trouver la force extérieure qui va vous donner l'apaisement intérieur et le déblocage émotionnel pour concevoir votre bébé.

EN SAVOIR +

WWW.MYBUBELLY.COM, le 1er coaching sur la préconception qui booste votre fertilité et vous aide même à choisir le sexe de votre bébé



Découvrez notre livre aux Editions Leduc.s

LES SAGES-FEMMES FACE AU VAGINISME

Les sages-femmes peuvent être amenées à établir le diagnostic de vaginisme et à suivre ces patientes quel que soit leur type d'activité. D'après un mémoire d'étudiante sage-femme réalisé auprès de 260 sages-femmes dans les Bouches du Rhône, 88 % d'entre elles avaient déjà été confrontées à des patientes souffrant de vaginisme et 97 % avaient rencontré des difficultés dans la prise en charge de ces patientes ⁽¹⁷⁾.

■ LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE ET LE SUIVI DE GROSSESSE

Le suivi gynécologique des femmes souffrant de vaginisme est souvent très pauvre ⁽¹⁰⁾. La plupart du temps elles n'entament un suivi que lorsqu'elles désirent une grossesse ou une fois qu'elles ont réussi à être enceintes. En effet, malgré le vaginisme, une grossesse est possible par rapport sexuel incomplet, éjaculation à la vulve, méthode à la seringue ou recours à l'aide médicale à la procréation.

Les consultations prénatales sont une épreuve pour ces patientes : elles décrivent des angoisses, des insomnies, des tachycardies accompagnées d'hypersudation. Elles ont peur de ce que les professionnels de santé peuvent penser d'elles et redoutent le toucher vaginal qu'elles vivent comme un traumatisme. Ces consultations constituent un moment important pour dépister le vaginisme. Le diagnostic doit en effet être le plus précoce possible afin de pouvoir les accompagner au mieux.

Dans le cas où la réalisation d'un examen gynécologique est indispensable, il convient de préparer la patiente : la mettre en confiance, lui expliquer les différentes étapes, lui demander son consentement... Elle doit pouvoir interrompre l'examen à tout moment et la position gynécologique ne doit pas être imposée. La position de Sims semble la plus adaptée : patiente en décubitus latéral et examinateur se tenant derrière elle.

La préparation à la naissance et à la parentalité et l'entretien prénatal précoce sont indispensables pour ces femmes. La PNP permet notamment une réassurance, une prise en charge du stress, la découverte du schéma corporel et une prise de conscience périnéale. Elle permet également de répondre aux questionnements sur le suivi de grossesse et l'accouchement. Des techniques de relaxation peuvent être proposées, comme la sophrologie ou l'hypnose.

■ LE SUIVI DU TRAVAIL

Du fait de la complexité à réaliser les touchers vaginaux, les sages-femmes sont confrontées à des difficultés pour diagnostiquer le début du travail et suivre son évolution ⁽¹⁷⁾. La pose d'une péridurale semble donc indiquée afin de faciliter les examens et d'améliorer le confort des patientes ⁽¹⁰⁾. Néanmoins, bien qu'efficace sur la douleur, elle ne permet pas toujours le toucher vaginal. Dans ce cas, il est préférable d'espacer voire d'éviter les touchers vaginaux. Il faudra plutôt se centrer sur d'autres signes cliniques comme la hauteur de la présentation, les contractions utérines et l'échelle de la douleur ⁽¹⁸⁾.

■ L'ACCOUCHEMENT

Il est communément admis que le vaginisme n'existe que pour les actes de pénétration de l'extérieur vers l'intérieur du vagin ⁽¹⁰⁾. Il n'intervient pas lors de la phase d'expulsion de l'accouchement. Cependant, plusieurs études et mémoires ont mis en évidence le fait que le vaginisme serait un facteur

de risque de complications obstétricales ^(10, 19, 20). Il induirait plus de grossesses prolongées, de déclenchements, d'extractions instrumentales, de césariennes, de lésions périnéales nécessitant une suture, d'utilisation d'analgésie péridurale et de vécus traumatiques de l'accouchement.

■ LE POST-PARTUM

Dans un premier temps, les femmes pensent à tort que leur vaginisme sera guéri par l'accouchement, ce qui n'est pas le cas. En effet, le vaginisme persiste après l'accouchement et il peut même s'aggraver chez certaines patientes ⁽¹⁰⁾. La rééducation périnéale est indispensable et permet à ces femmes d'apprendre l'anatomie féminine, de prendre conscience de leur corps et d'apprendre à relâcher leur périnée. •

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Texte révisé. Paris : Masson ; 2003.
2. Jeng C-J. *The Pathophysiology and Etiology of Vaginismus*. Taiwan J Obstet Gynecol 2004 ; 43 (1) : 105.
3. Coulomb M-A. *Le vaginisme en théorie* [en ligne]. Les journées SEXOGYN ; 4-5 mai 2012 ; Marseille, France. Disponible sur : <http://aius-sexogyn.fr/files/67/COULOMB.pdf>
4. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S. *Does vaginismus exist ? A critical review of the literature*. J Nerv Ment Dis 1999 ; 187 (5) : 26174.
5. Crowley T, Goldmeier D, Hiller J. *Diagnosing and managing vaginismus*. BMJ 2009 Jun ; 338 : b2284.
6. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, Cohen D, Amsel R. *Vaginal spasm, pain, and behavior : an empirical investigation of the diagnosis of vaginismus*. Arch Sex Behav 2004 ; 33 (1) : 5-17.
7. De Kruijff ME, ter Kuile MM, Weijenborg PT, van Lankveld JJ. *Vaginismus and dyspareunia : is there a difference in clinical presentation ?* J Psychosom Obstet Gynaecol. sept 2000 ; 21 (3) : 149-55.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th éd. Arlington : AP Publishing ; 2013.
9. Simons JS, Carey MP. *Prevalence of sexual dysfunctions : results from a decade of research*. Arch Sex Behav 2001 ; 30 (2) : 177-219.
10. Quiret-Rouselle B. *Vaginisme et grossesse : une meilleure compréhension pour une prise en charge adaptée*. Vocation sage-femme 2012 ; 11 (99) : 14-18.
11. Ward E, Ogden J. *Experiencing vaginismus - sufferers beliefs about causes and effects*. Sex Marital Ther 1994 ; 9 (1) : 33-45.
12. Brambilla M. *La place des sages-femmes en sexologie : étude descriptive auprès des sages-femmes sexologues de la région Rhône-Alpes*. Mémoire pour le diplôme d'État de sage-femme : Grenoble ; 2016.
13. Berville S. *Prise en charge initiale au cabinet de gynécologie* [en ligne]. 4^{es} journées AIUS SEXOGYN. Journées méditerranéennes de sexologie et de santé sexuelle ; 20-21 oct 2017 ; Marseille, France. Disponible sur : http://aius-sexogyn.fr/files/67/resume_2017/20_10_9H00_Sophie_BERVILLE.pdf
14. Lahaie M-A, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. *Vaginismus : a review of the literature on the classification/diagnosis, etiology and treatment*. Womens Health Lond Engl 2010 ; 6 (5) : 705-19.
15. Melnik T, Hawton K, McGuire H. *Interventions for vaginismus*. Cochrane Database Syst Rev 2012 ; 12 : CD001760.
16. Ferreira JR, Souza RP. *Botulinum toxin for vaginismus treatment*. Pharmacology 2012 ; 89 (5-6) : 256-9.
17. Grulier A. *Pour une meilleure prise en charge des femmes souffrant de vaginisme lors de la grossesse, de l'accouchement et de ses suites d'après l'expérience professionnelle de 260 sages-femmes des Bouches du Rhône*. Mémoire pour le diplôme d'État de sage-femme : Marseille ; 2010.
18. Serazin-Orsini L. *Vaginisme : prise en charge et accompagnement par la sage-femme* [en ligne]. 4^{es} journées AIUS SEXOGYN. Journées méditerranéennes de sexologie et de santé sexuelle ; 20-21 oct 2017 ; Marseille, France. Disponible sur : http://aius-sexogyn.fr/files/67/COMM_2017/09h15-lenaing-serazin-orsini.pdf
19. Tourrilhes E. *Vaginisme et pronostic de l'accouchement*. Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire d'Études De La Sexualité Humaine : Paris ; 2015.
20. Goldsmith T, Levy A, Sheiner E, Goldsmith T, Levy A, Sheiner E. *Vaginismus as an independent risk factor for cesarean delivery*. J Matern-Fetal Neonatal Med 2009 ; 22 (10) : 863-6.

SAVE THE DATE

IX^e Gynécologie Obstétrique et Reproduction 2018

46^e Journées Jean Cohen

PARIS 2018

**Vendredi 16 Novembre 2018
Samedi 17 Novembre 2018**



Organisme enregistré par l'Agence nationale du DPC
Retrouver toute l'offre du DPC sur www.monodpc.fr

UIC-P

16, RUE JEAN REY, 75015 PARIS



PRÉSIDENT : CHRISTIAN JAMIN
COORDINATION SCIENTIFIQUE : JOËLLE BELAISCH-ALLART

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

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



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

Inscription CFFEE adressée aux Editions ESKA CONGRÈS :

Adeline MARECHAL, Serge KEBABTCHIEFF

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

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

Violences sexistes et sexuelles au travail

« LES ATELIERS DU TRAVAIL », JOURNÉE DE FORMATION RPVO*, 21 JUIN 2018

PAR L'ASSOCIATION « LES ATELIERS DU TRAVAIL »

« Les Ateliers du Travail » est une association créée en 2013. Elle propose de l'accompagnement à l'emploi et un accompagnement lors de souffrance au travail et face aux violences sexistes et sexuelles au travail.

Les objectifs de l'association sont d'apporter une aide, une écoute, un soutien et un accompagnement dans le domaine du champ du travail (emploi, formation, projet professionnel, etc.) et de la santé au travail (souffrance au travail et violences sexistes et sexuelles au travail). L'association contribue ainsi au développement et à l'épanouissement de ces personnes dans leurs projets de vie au travail.

Mais elle a aussi comme objectif de favoriser l'égalité entre les hommes et les femmes dans le monde du travail.

Les valeurs de « Les ateliers du travail » sont un engagement éthique et une indépendance vis-à-vis du monde du travail. C'est aussi un engagement à une disponibilité dans l'accompagnement des personnes et une confidentialité des informations.

L'accompagnement des personnes victimes de violences sexistes et sexuelles sur le lieu de travail consiste, d'une part en une permanence juridique et, d'autre part en la possibilité d'intégrer un groupe de parole.

Mais aussi d'organiser des formations de sensibilisation sur les violences sexistes et sexuelles au travail à destination des professionnels, des salariés, etc.

Ces actions ont été labellisées par le ministère des Droits des femmes en 2016.

TYPE DE VIOLENCES SURVENUES AU TRAVAIL

Les violences survenant dans le cadre du travail peuvent prendre **différentes formes et avoir des causes multiples** :

- Morales,
- Sexuelles,
- Liées aux discriminations,
- Etc.

Sont inscrits dans la loi :

- Les agissements sexistes,
- Les agressions sexuelles,
- Le harcèlement sexuel.

DÉFINITIONS

• Agissements sexistes

Article L. 1142-2-1 du Code du Travail

« Nul ne doit subir d'agissement sexiste, défini comme tout agissement lié au sexe d'une personne, ayant pour objet ou pour

effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant. »

• Agressions sexuelles

Article 222-22 du Code Pénal

« Constitue une agression sexuelle toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise. »

Article 222-27 du Code Pénal - Peine encourue

Les agressions sexuelles autres que le viol sont punies de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.

• Harcèlement sexuel

Article L. 1153-1 du Code du Travail

Aucun.e salarié.e ne doit subir des faits :

1° Soit de harcèlement sexuel, constitué par des propos ou comportements à connotation sexuelle répétés qui, soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.

2° Soit assimilés au harcèlement sexuel, consistant en toute forme de pression grave, même non répétée, exercée dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

Article 222-33 du Code Pénal

1° « Le harcèlement sexuel est le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle qui, soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.

Article 222-33 du Code Pénal - Peine encourue

Les faits de harcèlement sexuel, en tant que tels, sont punis de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende et peuvent donner lieu au versement de dommages et intérêts.

LES DÉLAIS DE PRESCRIPTION POUR PORTER PLAINTE

TYPES DE VIOLENCES	TYPES INFRACTIONS	PRESCRIPTION
Agressions Sexuelles	Délit	6 ans à compter des faits
Viol	Crime	20 ans à compter des faits
Harcèlement Sexuel	Délit	6 ans à compter des faits

* RPVO : Réseau Périnatal du Val d'Oise

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

QUELQUES CHIFFRES...

- **1 femme sur 5** est victime de harcèlement sexuel au cours de sa vie professionnelle (étude du défenseur des droits en 2014).

CHIFFRES MARQUANTS DE L'ÉTUDE BVA (2016)

- **74 %** des femmes salariées non-cadres considèrent que, dans le monde du travail, les femmes sont régulièrement confrontées à des attitudes ou des décisions sexistes ;
- **1 femme non-cadre sur 2** a ainsi déjà été confrontée personnellement au sexisme ;
- **3 femmes sur 4** ont déjà entendu des blagues sexistes sur les femmes ;
- **2/3 des femmes** soulignent également « une stigmatisation des mères ».

Et ces attaques ou petites remarques insidieuses ne sont pas sans conséquences.

L'AGRESSEUR

Cela peut être un supérieur hiérarchique comme un ou des collègues.

Il n'existe pas de profil type : tout le monde peut être concerné.

Une personne est sélectionnée entre toutes et deviendra la cible d'un ou plusieurs agresseurs.

Comme dans toute violence, les relations entre la victime et son agresseur ne sont pas équilibrées. L'agresseur a une emprise sur sa victime qui devient en incapacité d'agir (anesthésiée).

L'AGRESSEUR UTILISE PLUSIEURS STRATÉGIES

- ☛ Il va d'abord séduire la victime ;
- ☛ Puis, il va l'isoler ;
- ☛ Ensuite, il va la rabaisser et la dévaloriser ;
- ☛ Enfin, il va tout faire pour inverser la culpabilité chez la victime.
- ☛ En instaurant un climat de peur, il va assurer son impunité.

CONSÉQUENCES DES VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES POUR LA VICTIME

■ CONSÉQUENCES PHYSIQUES

- Dans un 1^{er} temps il s'agira le plus souvent de sensations de stress, de fatigue, de troubles du sommeil, de migraine, de maux d'estomac...
- Puis, apparaîtront des troubles psychosomatiques graves à type de pertes de poids, troubles digestifs et/ou endocriniens, hypertension artérielle...

■ CONSÉQUENCES PSYCHIQUES

Ce sont des états dépressifs majeurs qui peuvent conduire au suicide, au stress post-traumatique, à la destruction de l'identité...

COMMENT AGIR FACE AU VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES AU TRAVAIL ?

■ DANS L'ENTREPRISE

Il faut en parler et saisir les représentants du personnel au travers leurs instances comme le CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail). Il faut demander à voir le médecin du travail.

■ À L'EXTÉRIEUR DE L'ENTREPRISE

- Consulter son médecin afin déjà d'obtenir un arrêt maladie et la mise en place de soins appropriés ;
- Ne pas hésiter à consulter des professionnels de santé dont l'expertise permet un soutien et une prise en charge psychologique adaptée (psychologue) ainsi que les associations d'accompagnement spécialisées dans les violences sexistes et sexuelles au travail ;
- Ne pas négliger le soutien des amis et de la famille ;
- Enfin, saisir l'Inspection du Travail ;
- En effet les solutions juridiques sont des étapes importantes pour aider la victime à cicatriser ses blessures psychiques (Hirigoyen, 2001) ;
- La victime peut faire une action en justice pour faire cesser ces agissements.

 www.lesateliersdutravail.org

KIOSQUE

DIPLÔME DÉLIVRÉ(E) Parole affranchie d'une étudiante infirmière

RAPHAËLLE JEAN-LOUIS

« Ma première journée se poursuit. Je sens que les soignants sont très distants, qu'ils n'ont pas forcément envie de s'investir auprès des étudiants. Nous sommes alors six stagiaires. Je commence à comprendre que, visiblement, ce service est connu pour être particulièrement difficile. On peut s'en sortir, mais il faut vivre au quotidien la violence, se taire, obtenir sa note et s'en aller. »

Je ne le sais pas encore, mais le cauchemar commence. »

Raphaëlle a connu le parcours dit classique d'une étudiante infirmière. Dynamique et motivée, elle multiplie les stages et prend grand plaisir à soigner tout en apprenant. Un seul stage va bouleverser son parcours. Devenue le souffre-douleur d'une équipe d'infirmières et d'aides-soignantes, elle subit pendant plusieurs mois humiliations et brimades de toutes sortes, sans oser en parler. Trois jours avant la fin du stage, elle craque.

Le cas de Raphaëlle est loin d'être unique. Les récentes études dénonçant les violences faites à l'hôpital ont mis en lumière les cas de maltraitance chez les étudiants en santé. Raphaëlle a souhaité témoigner à visage découvert; mieux encore, cette jeune femme, aujourd'hui infirmière, mais aussi réalisatrice et comédienne, a décidé d'en faire le sujet de son premier long-métrage.

En parallèle de son activité d'infirmière, Raphaëlle Jean-Louis a réalisé plusieurs courts-métrages. Passionnée de théâtre et de cinéma, elle se consacre actuellement à l'écriture de son premier long-métrage sur la profession des soignants et agents hospitaliers, inspiré de son histoire.



Éditions Michalon

160 Pages - Prix: 16 €

Format: 130 x 200 mm

Parution le 13 septembre 2018

ISBN: 978-2-84186-897-1

<http://www.michalon.fr>



Éditions Erès

Parution: 23 août 2018

EAN: 9782749260709

14x22, 152 pages - Prix: 16,50 €

www.editions-eres.com

LA TRANSMISSION MATERNELLE, À QUELLES CONDITIONS ?

JEAN MARIE FORGET

La transmission maternelle est la terre d'éveil de l'identité de l'enfant et, pour une fille, le relais de la féminité et de la reproduction de la vie. Elle correspond à une plaque tournante importante rarement étudiée comme telle.

L'auteur met en évidence la complexité de ce processus à l'œuvre tout au long de la vie. Concernant différemment le garçon et la fille, les conditions de la transmission maternelle exigent de prêter attention dans le même temps à deux versants du champ féminin – fonction maternelle et position féminine – qui peuvent s'intriquer entre eux de manière subtile ou s'exclure réciproquement comme des contradictions.

Jean Marie Forget s'intéresse à cet entre-deux et aux différents écartèlements de la position subjective féminine que rencontre tout être de parole à sa naissance, qu'il soit garçon ou fille, dans le rapport à sa mère. La transmission particulièrement délicate du féminin et du maternel, à différentes étapes de la vie, est abordée spécifiquement.

Jean Marie Forget, psychanalyste et psychiatre à Paris, est membre de l'ALI.

AGENDA EN BREF

● 27-28 SEPTEMBRE 2018

PARIS 3^e

Journées du Sénopôle Saint-Louis -
Territoire Nord

eska.fr

● 14-15 SEPTEMBRE 2018

MARSEILLE

8^{es} Rencontres à Deux Mains

ra2m.fr

● 4-5-6 OCTOBRE 2018

PAU - PALAIS BEAUMONT

Congrès INFOGYN

congres-infogyn.com

● 14 AU 20 OCTOBRE 2018

Semaine mondiale de l'Allaitement
Maternel 2018. Thème:

"L'allaitement: Racines de Vies"

coordination-allaitement.org

● 10-11-12 OCTOBRE 2018

LYON

34^{es} Journées d'Études des
Sages-Femmes Coordinatrices

www.ansfc.fr

● 15 NOVEMBRE 2018

PARIS

Journée Mondiale de l'Acupuncture
Maison de l'UNESCO

wad-o.com

● 16 NOVEMBRE 2018

TOMBLAINE (54)

1^{er} Colloque Grand Est

"Activité physique et Grossesse"

Contacts: l.galliot@chru-nancy.fr

ml.pichon@chru-nancy.fr

● 16-17 NOVEMBRE 2018

PARIS 15^e

46^{es} Journées Jean Cohen

congres.eska.com

● 16-17 NOVEMBRE 2018

PARIS

Congrès International de
l'acupuncture - WSCDA
(Cité des Sciences, Paris)

cerc-congres.com

● 24 NOVEMBRE 2018

PARIS

Les Rencontres de Port-Royal

relations-medicales.com

● 4-5 FÉVRIER 2019

ISSY LES MOULINEAUX (92)

17^{es} Journées du Collège National
des Sages-Femmes de France

cerc-congres.com

● 22-23 MARS 2019

ARCACHON

Séminaire annuel de l'Association
Française des Sages-Femmes
Acupuncteurs (AFSFA)

cerc-congres.com

CHOLESTASE INTRA-HÉPATIQUE GRAVIDIQUE

PAR **CHRISTINE TALOT**, SAGE-FEMME

La cholestase intra-hépatique de la grossesse est une affection spécifique de la grossesse qui apparaît le plus souvent au troisième trimestre de la grossesse et disparaît après l'accouchement. L'ictère régresse plus lentement que le prurit. Lors d'une grossesse ultérieure, le risque de récurrence est élevé.

PRÉVALENCE

- La plus fréquente des hépatopathies des 2^e et 3^e trimestres.
- La prévalence varie en fonction du pays : < 1 % en France, plus fréquente en Amérique du Sud et particulièrement au Chili et en Bolivie ainsi qu'en Finlande et en Suède en période hivernale.
- Plus fréquente en cas de grossesse gémellaire (les taux des hormones stéroïdiennes sont plus élevés).
- Plus fréquente en cas d'antécédent de cholestase gravidique.

PHYSIOPATHOLOGIE

Il s'agit d'un syndrome d'origine multifactorielle.

Une cholestase est l'ensemble des manifestations liées à la diminution ou à l'arrêt de la sécrétion biliaire. L'obstruction peut concerner les voies extra ou intra-hépatiques. Dans le cas d'une cholestase intra-hépatique, la diminution de la sécrétion biliaire est liée à des atteintes des hépatocytes.

- ▶ **Facteurs génétiques** : mutation du gène ABCB4 entraînant des lésions biliaires, mais certainement maladie multigénique.
- ▶ **Facteurs hormonaux** : sensibilité accrue à l'effet cholestasiant des œstrogènes et de la progestérone naturelle.
- ▶ **Facteurs exogènes** (alimentaires ou environnementaux) expliquant une variabilité saisonnière.

DIAGNOSTIC

▶ Signes cliniques

- **Prurit à 95 % parfois sévère** avec possibles lésions de grattage, souvent au 3^e trimestre, localisé préférentiellement à la paume des mains, la plante des pieds et au niveau du tronc. Il peut être généralisé en l'absence de pathologie dermatologique.
- Ictère rare 10 %.
- Pas de fièvre, ni hépatomégalie, ni hépatalgie.

▶ Signes biologiques

Le dosage des sels biliaires sériques est le marqueur le plus adapté. Le taux normal est inférieur à 10 micromoles par litre.

- **Transaminases** : augmentées > 2 fois la norme (peuvent être normales au début du prurit), en cas de cytolysse importante > 10 fois la norme, dosage du TP car possible insuffisance hépatique et risque de trouble de la coagulation.

- **Sels biliaires augmentés** > 10 micromoles par litre, à contrôler à jeun.
- **GamaGT** : dosage normal dans 2/3 des cas.
- **Créatinémie, uricémie** : dosage normal.
- Ictère à bilirubine conjuguée possible.

DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

- **En cas de prurit** : pathologie dermatologique, réaction allergique, prurit d'origine hématologique (maladie de Hodgkin).
- **En cas d'élévation des transaminases** : stéatose hépatique (polyuro-polydipsie, douleurs, nausées/vomissements), pré-éclampsie avec ou sans HELLP syndrome, hépatites virales (hépatite ABCE, CMV, EBV, HSV), hépatite médicamenteuse (interrogatoire +++), hépatite alcoolique.
- Échographie hépatique à la recherche d'une obstruction des voies biliaires.

CONSÉQUENCES FŒTALES

- Risque de prématurité.
- Risque de mort fœtal in utero, essentiellement avec des taux de sels biliaires supérieurs à 40 micromoles par litre.
- Une détresse néonatale.

CONSÉQUENCES MATERNELLES

- Fatigue, syndrome dépressif.
- Pronostic vital maternel jamais engagé.

CONDUITE À TENIR

- Acide ursodésoxycholique 15 mg/kg/j (au maximum 20 mg/kg et 2 g par jour) à prendre pendant le repas en 2-3 prises par jour : améliore le prurit et les anomalies biologiques, ne présente pas d'effets secondaires pour le fœtus.
- Hydroxyzine 25 mg pour calmer le prurit.
- Quantification du prurit, surveillance du RCF et du bilan biologique.
- Déclenchement en fonction de la gravité de la cholestase en raison du risque fœtal au plus tard à 39 SA.

POST-PARTUM

Contraception œstro-progestative autorisée si le bilan hépatique se normalise. Faire un contrôle 3 mois après le début de la contraception. •

Nicotine replacement therapy versus control for smoking cessation

BACKGROUND

Nicotine replacement therapy (NRT) aims to temporarily replace much of the nicotine from cigarettes to reduce motivation to smoke and nicotine withdrawal symptoms, thus easing the transition from cigarette smoking to complete abstinence.

OBJECTIVES

To determine the effectiveness and safety of nicotine replacement therapy (NRT), including gum, transdermal patch, intranasal spray and inhaled and oral preparations, for achieving long-term smoking cessation, compared to placebo or 'no NRT' interventions.

SEARCH METHODS

We searched the Cochrane Tobacco Addiction Group trials register for papers mentioning 'NRT' or any type of nicotine replacement therapy in the title, abstract or keywords. Date of most recent search is July 2017.

SELECTION CRITERIA

Randomized trials in people motivated to quit which compared NRT to placebo or to no treatment. We excluded trials that did not report cessation rates, and those with follow-up of less than six months, except for those in pregnancy (where less than six months, these were excluded from the main analysis). We recorded adverse events from included and excluded studies that compared NRT with placebo. Studies comparing different types, durations, and doses of NRT, and studies comparing NRT to other pharmacotherapies, are covered in separate reviews.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS

Screening, data extraction and 'Risk of bias' assessment followed standard Cochrane methods. The main outcome measure was abstinence from smoking after at least six months of follow-up. We used the most rigorous definition of abstinence for each trial, and biochemically validated rates if available. We calculated the risk ratio (RR) for each study. Where appropriate, we performed meta-analysis using a Mantel-Haenszel fixed-effect model.

MAIN RESULTS

We identified 136 studies; 133 with 64,640 participants contributed to the primary comparison between any type of NRT and a placebo or non-NRT control group. The majority of studies were conducted in adults and had similar numbers of men and women. People enrolled in the studies

typically smoked at least 15 cigarettes a day at the start of the studies.

We judged the evidence to be of high quality; we judged most studies to be at high or unclear risk of bias but restricting the analysis to only those studies at low risk of bias did not significantly alter the result. The RR of abstinence for any form of NRT relative to control was 1.55 (95 % confidence interval (CI) 1.49 to 1.61). The pooled RRs for each type were 1.49 (95 % CI 1.40 to 1.60, 56 trials, 22,581 participants) for nicotine gum; 1.64 (95 % CI 1.53 to 1.75, 51 trials, 25,754 participants) for nicotine patch; 1.52 (95 % CI 1.32 to 1.74, 8 trials, 4,439 participants) for oral tablets/lozenges; 1.90 (95 % CI 1.36 to 2.67, 4 trials, 976 participants) for nicotine inhalator; and 2.02 (95 % CI 1.49 to 2.73, 4 trials, 887 participants) for nicotine nasal spray.

The effects were largely independent of the definition of abstinence, the intensity of additional support provided or the setting in which the NRT was offered. A subset of six trials conducted in pregnant women found a statistically significant benefit of NRT on abstinence close to the time of delivery (RR 1.32, 95 % CI 1.04 to 1.69; 2129 participants); in the four trials that followed up participants post-partum the result was no longer statistically significant (RR 1.29, 95 % CI 0.90 to 1.86; 1,675 participants). Adverse events from using NRT were related to the type of product, and include skin irritation from patches and irritation to the inside of the mouth from gum and tablets. Attempts to quantitatively synthesize the incidence of various adverse effects were hindered by extensive variation in reporting the nature, timing and duration of symptoms. The odds ratio (OR) of chest pains or palpitations for any form of NRT relative to control was 1.88 (95 % CI 1.37 to 2.57, 15 included and excluded trials, 11,074

participants). However, chest pains and palpitations were rare in both groups and serious adverse events were extremely rare.

AUTHORS' CONCLUSIONS

There is high-quality evidence that all of the licensed forms of NRT (gum, transdermal patch, nasal spray, inhalator and sublingual tablets/lozenges) can help people who make a quit attempt to increase their chances of successfully stopping smoking. NRTs increase the rate of quitting by 50 % to 60 %, regardless of setting, and further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of the effect. The relative effectiveness of NRT appears to be largely independent of the intensity of additional support provided to the individual. Provision of more intense levels of support, although beneficial in facilitating the likelihood of quitting, is not essential to the success of NRT. NRT often causes minor irritation of the site through which it is administered, and in rare cases can cause non-ischaemic chest pain and palpitations.

Hartmann-Boyce J, Chepkin SC, Ye W, Bullen C, Lancaster T.

COCHRANE DATABASE SYST REV. 2018 MAY 31; 5: CD000146. DOI: 10.1002/14651858.CD000146. PUB5.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

To aim: viser, avoir pour but - *Withdrawal symptoms*: syndrome de sevrage - *Randomized trials*: essais randomisés - *Follow-up*: suivi - *The main outcome measure*: le critère de jugement principal - *Adverse events*: effets secondaires - *Licensed forms*: formes homologuées - *Increase the rate of quitting*: augmente le taux d'abandon - *Effectiveness*: efficacité - *Chest pain*: douleur thoracique.

Urinary stress incontinence and other maternal outcomes two years after Caesarean or vaginal birth for twin pregnancy: a multicentre randomised trial

OBJECTIVE

Does planned caesarean compared with planned vaginal birth lower the risk of problematic urinary stress, fecal or flatal incontinence?

DESIGN

Women between 32 0/7 and 38 6/7 weeks gestation with twin pregnancy were randomised to planned caesarean or planned vaginal birth.

SETTING

106 centers in 25 countries.

POPULATION:

2305/2804 enrolled in the study completed questionnaires at two years (82.2 % follow up): 1155 in the planned caesarean group, 1150 in the planned vaginal birth group.

METHODS

A structured self-administered questionnaire two years postpartum.

MAIN OUTCOME MEASURES

The primary maternal outcome and a secondary outcome of the Twin Birth Study was problematic urinary stress incontinence, or fecal, or flatal incontinence at two years.

RESULTS

Women in the planned caesarean group had lower problematic urinary stress incontinence rates compared with women in the planned vaginal birth group (93/1147 [8.1 %] vs 140/1143 [12.25 %], odds ratio, 0.63; 95 % confidence interval, 0.47 to 0.83; $p = 0.001$). Among those with problematic urinary stress incontinence, quality of life (measured by IIQ-7) was not different for planned caesarean vs planned vaginal birth groups (mean [SD]: 18.4 [21.0] vs 19.1 [21.5], $p = 0.82$). There were no differences in problematic fecal or flatal incontinence or other maternal outcomes.

CONCLUSIONS

Among women with twin pregnancy and no prior history of urinary stress incontinence, a management strategy of planned caesarean compared with planned vaginal birth reduces risk of problematic urinary stress incontinence at two years postpartum. Our findings show that prevalence but not severity of urinary stress incontinence was associated with mode of birth.

Hutton EK, Hannah ME, Willan AR, Ross S, Allen AC, Armson BA, Gafni A, Joseph KS, Mangoff K, Ohlsson A, Sanchez JJ, Asztalos EV, Barrett JFR; Twin Birth Study Collaborative Group.

BJOG. 2018 JUL 14. DOI: 10.1111/1471-0528.15407. [EPUB AHEAD OF PRINT]

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Planned caesarean: césarienne planifiée - **Urinary stress incontinence:** incontinence urinaire à l'effort - **Fecal incontinence:** incontinence fécale - **Flatal incontinence:** incontinence aux gaz - **Self-administered questionnaire:** questionnaire auto-administré - **Prior:** antécédent.

L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE

Cinq textes réglementaires - deux décrets et trois arrêtés émanant du Ministère des Solidarités et de la Santé et du Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, spécifient à présent et encadrent réglementairement l'exercice infirmier en pratique avancée.

Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée

« Art. D. 636-75. - La formation conduisant au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée est structurée en quatre semestres validés par l'obtention de 120 crédits européens. Le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée précise la mention acquise correspondant au domaine d'intervention de l'infirmier en pratique avancée, prévue à l'article R. 4301-2 du code de la santé publique.

« Il confère à son titulaire le grade de master. »

Notes

- Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée - JORF n° 0164 du 19 juillet 2018 texte n° 18.
- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique - JORF n° 0164 du 19 juillet 2018 texte n° 22.

- Décret n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée - JORF n° 0164 du 19 juillet 2018 texte n° 42.
- Arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée - JORF n° 0164 du 19 juillet 2018 texte n° 43.
- Arrêté du 18 juillet 2018 fixant la liste des pathologies chroniques stabilisées prévue à l'article R. 4301-2 du code de santé publique. JORF n° 0164 du 19 juillet 2018 texte n° 21.

Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

« Art. D. 4301-8. - L'infirmier est autorisé à exercer en pratique avancée dans l'un des domaines d'intervention prévus à l'article R. 4301-2, s'il remplit les conditions suivantes :

- « 1° - Obtenir le diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée délivré par les universités dans les conditions définies à l'article D. 636-81 du code de l'éducation, dans la mention correspondant au domaine d'intervention ;
- « 2° - Justifier de trois années minimum d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'infirmier ;
- « 3° - Être enregistré auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par un arrêté du ministre chargé de la santé. »

Réforme de la formation des professionnels de santé : entrée des étudiants infirmiers à l'université et rénovation des épreuves pour les internes en médecine

Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé et Frédérique Vidal, Ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation ont annoncé le 5 juillet deux réformes dans le secteur de la formation des étudiants en santé : l'entrée des étudiants en soins infirmiers à l'université avec la suppression du concours et la rénovation des épreuves pour les internes en médecine.

Dès la rentrée 2019, les étudiants en soins infirmiers seront inscrits à l'université et accèderont aux services universitaires. Les étudiants en soins infirmiers s'engageront pour trois années d'études sanctionnées par le diplôme d'État d'infirmier (diplôme reconnu grade licence). Le nouveau dispositif d'admission en Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) entrera en vigueur début 2019. Désormais, plus de concours mais des vœux formulés sur Parcoursup et une admission sur dossier.

PLUS D'INFORMATIONS

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180705_-_dp_-_universitarisation_des_infirmiers.pdf

Autre réforme pour les étudiants en médecine avec la rénovation des épreuves classantes nationales (ECN) qui seront remaniées pour les étudiants débutant leur externat (4^e année) en 2019.

L'examen de fin de 6^e année sera remplacé par trois notes : un examen en fin de 5^e année qui valide les acquis, un examen en fin de 6^e année plus axé sur les aspects cliniques, avec par exemple des épreuves en simulation, et une prise en compte du parcours de l'étudiant, notamment de ses stages.

PLUS D'INFORMATIONS

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180705_-_dp_-_etudes_medicales_renovées.pdf

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 16.05.18

Agnès Buzyn se félicite d'une nouvelle étape pour mieux soutenir les fumeurs dans leur démarche d'arrêt: deux traitements de substitution nicotinique sont désormais remboursables

Contre le fléau du tabagisme, Agnès Buzyn poursuit le combat qu'elle porte depuis toujours et se félicite de cette nouvelle étape pour le soutien de ceux qui souhaitent arrêter de fumer. Cette mesure du Plan Priorité Prévention présenté le 26 mars 2018 avec le Premier ministre vient compléter celles déjà prises, comme l'augmentation du prix des produits du tabac. Deux premiers traitements de substitution nicotinique sont désormais remboursables par l'assurance maladie: des « gommes à mâcher », depuis le 22 mars 2018 et des « patchs », depuis le 16 mai 2018.

Cette prise en charge permet à tous les patients l'accès à ces traitements de substitution, y compris aux plus modestes. Elle permet, en effet, de supprimer l'avance de frais systématique et d'avoir le même tarif pour un même produit sur tout le territoire, tout en permettant une durée de traitement adaptée à la dépendance.

À titre transitoire, le forfait d'aide au sevrage de 150 euros par an et par assuré sera maintenu jusqu'à la fin de l'année 2018.

L'objectif d'accompagner les fumeurs dans l'arrêt du tabac est un engagement fort et constant des pouvoirs publics. Il s'appuie sur des actions de prévention et de soutien emblématiques telles que l'opération « Mois sans Tabac », l'augmentation des prix du paquet de cigarettes et de tabac à rouler et sur le soutien quotidien des fumeurs par les professionnels de santé dans l'aide au sevrage tabagique.

La France compte plus de 13 millions de fumeurs quotidiens et le tabac est une source majeure de cancers, maladies cardio-vasculaires et d'insuffisance respiratoire. Faire progresser la part des fumeurs qui réussissent à arrêter, aider à multiplier les tentatives de sevrage, et ce dans toutes les tranches d'âges et catégories sociales constitue l'un des défis majeurs de la lutte contre le tabac des prochaines années. L'évolution qui se concrétise aujourd'hui contribue à relever ce défi.

« Soutenir les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer est un impératif, ils sont victimes du tabac. Mon engagement dans la lutte contre le tabac est entier et ne faiblira pas. » rappelle Agnès Buzyn.



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ JUIN 2018

Le laboratoire EFFIK est heureux de vous présenter :

Gynéfam® SUPRA

Complément alimentaire de grossesse
À LA POINTE DES RECOMMANDATIONS
POUR LA FEMME ENCEINTE¹



Boîte de 1 mois ACL 3 701 172 200 010



Boîte de 3 mois ACL 3 701 172 200 027

Gynéfam® SUPRA est un complément alimentaire de grossesse. Sa formule a été conçue afin d'être à la pointe des recommandations et connaissances scientifiques les plus récentes, pour accompagner le développement optimal de l'enfant et contribuer à l'équilibre global de la mère.

POURQUOI Gynéfam® SUPRA ?

Grâce à sa formule spécialement étudiée, Gynéfam® SUPRA répond aux besoins spécifiques de la femme pendant toute la grossesse. Une prise quotidienne de Gynéfam® SUPRA apporte à l'organisme les vitamines, oligo-éléments et minéraux utiles au bon déroulement de la grossesse.

Gynéfam® SUPRA CONTIENT :

- **De la vitamine B9** (ou acide folique) : sous une forme innovante, le Quatrefolic®. Le Quatrefolic® est la forme biologiquement active d'acide folique et permet une supplémentation en folates adéquate pour plus de femmes. La supplémentation en acide folique augmente le statut maternel en folates. Un faible statut en folates chez la mère augmente les risques d'apparition d'anomalies du tube neural chez le fœtus en développement. L'effet bénéfique est obtenu par la consommation journalière de 400 µg d'acide folique, un mois avant et jusqu'à trois mois après la conception. Les folates jouent un rôle dans le processus de division cellulaire et contribuent à la croissance des tissus maternels durant la grossesse. Les folates interviennent dans le métabolisme de l'homocystéine. Les ANC pour la femme enceinte sont de 400 µg/j tout au long de la grossesse.
- **De la vitamine B12** : La vitamine B12 participe à un métabolisme énergétique normal et au métabolisme de l'acide folique. L'association de la vitamine B12 et de la vitamine B9, contribue au métabolisme normal de l'homocystéine.
- **De la vitamine D** : Gynéfam® SUPRA apporte la dose quotidienne de vitamine D recommandée par l'Académie Nationale de Médecine pour les femmes enceintes, soit de 800 à 1 000 UI/j, dès le début de la grossesse².
- **De l'iode** : L'iode contribue à la production normale des hormones thyroïdiennes et au fonctionnement normal de la thyroïde. Gynéfam® SUPRA apporte la dose quotidienne d'iode recommandée par l'ANSES pour les femmes enceintes soit 200µg dès le début de la grossesse.
- **Du sélénium** : Le sélénium contribue à une fonction thyroïdienne normale. Gynéfam® SUPRA apporte 100 % des apports recommandés.

MODE D'EMPLOI ► Une capsule par jour à prendre avec un verre d'eau au milieu d'un repas.

PRÉCAUTIONS D'EMPLOI Gynéfam® SUPRA :

- Ne pas dépasser la dose journalière recommandée. Ne pas prendre plus d'une capsule par jour.
- Consommer Gynéfam® SUPRA avant la date de péremption indiquée sur la boîte.
- Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
- La consommation simultanée de ce complément alimentaire et de plusieurs produits riches en iode et/ou en vitamine D est déconseillée.
- L'apport de fer fourni par Gynéfam® SUPRA s'ajoute aux autres sources alimentaires. Consulter son médecin ou sa sage-femme sur la dose de fer adaptée à sa situation.
- En cas d'anomalie de la thyroïde, consulter d'abord son médecin.
- Éviter en cas d'allergie connue à l'un des composants. Gynéfam® SUPRA capsules contient l'allergène suivant : huile de poisson.
- Demander l'avis d'un professionnel de santé avant de prendre ce complément alimentaire. Gynéfam® SUPRA est un complément alimentaire à consommer dans le cadre d'une alimentation variée et équilibrée et d'un mode de vie sain.

1. Recommandations HAS pour l'acide folique (sous forme de Quatrefolic®) pour Gynéfam® Supra et de l'Académie Nationale de Médecine pour la vitamine D.

2. Académie Nationale de Médecine : Statut vitaminique, rôle extra-osseux et besoins quotidiens en vitamine D. Rapport, conclusions et recommandations. Février 2012.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 01.08.18



Rougeole en France, données de surveillance au 1^{er} août 2018

La rougeole touche actuellement plusieurs régions françaises et l'augmentation rapide du nombre de cas depuis le début de l'année peut faire craindre une nouvelle épidémie importante sur l'ensemble du territoire. Dans ce contexte, Santé publique France publie un point de situation et rappelle que la vaccination est le seul moyen de se protéger contre la rougeole.

Après avoir diminué entre 2012 et 2016, le nombre de cas de rougeole augmente de manière importante depuis novembre 2017. Cette situation est la conséquence d'une couverture vaccinale insuffisante chez les nourrissons (79 % avec deux doses de vaccin au lieu des 95 % nécessaires), les enfants et les jeunes adultes. La très nette augmentation du nombre de cas depuis novembre 2017 en Nouvelle Aquitaine se prolonge en 2018, avec la survenue de plusieurs foyers épidémiques dans cette région ainsi que dans d'autres régions françaises.

Une personne atteinte de rougeole peut contaminer 15 à 20 personnes

La rougeole est une infection virale très contagieuse et potentiellement grave pour laquelle il n'existe pas de traitement curatif. C'est une maladie qui ne touche pas seulement les jeunes enfants mais également les adolescents et les jeunes adultes. La rougeole est due à un virus respiratoire qui se transmet par la projection de gouttelettes salivaires ou respiratoires, en particulier lors de la toux et des éternuements. La contagiosité des cas de rougeole débute environ quatre jours avant l'éruption et dure jusqu'à quatre jours environ après le début de l'éruption.

La vaccination est le seul moyen d'être protégé contre la rougeole

Santé publique France rappelle la nécessité d'une couverture vaccinale très élevée dans la population (au moins 95 % avec deux doses de vaccin chez les enfants et les jeunes adultes). Une telle protection collective permettrait d'éliminer la maladie et ses complications et ainsi protéger également les personnes les plus fragiles ne pouvant être elles-mêmes vaccinées (nourrissons de moins d'un an, femmes enceintes, personnes immunodéprimées). Il est donc impératif que toutes les personnes nées à partir de 1980 aient reçu deux doses de vaccin.

À compter du 1^{er} janvier 2018, la vaccination contre la rougeole est **obligatoire chez le nourrisson, qui doit recevoir une dose du vaccin combiné Rougeole-Oreillons-Rubéole**

(ROR) à l'âge de 12 mois et une seconde dose entre 16 et 18 mois.

Plus il y a de personnes vaccinées, plus on évite le risque d'épidémie.

EN SAVOIR PLUS

- **Vaccination-info-service** (page dédiée à la rougeole) : <http://www.vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/Rougeole>
- **OUTILS D'INFORMATION** : <http://invs.santepubliquefrance.fr/10000/themes/rougeole/outils.asp>

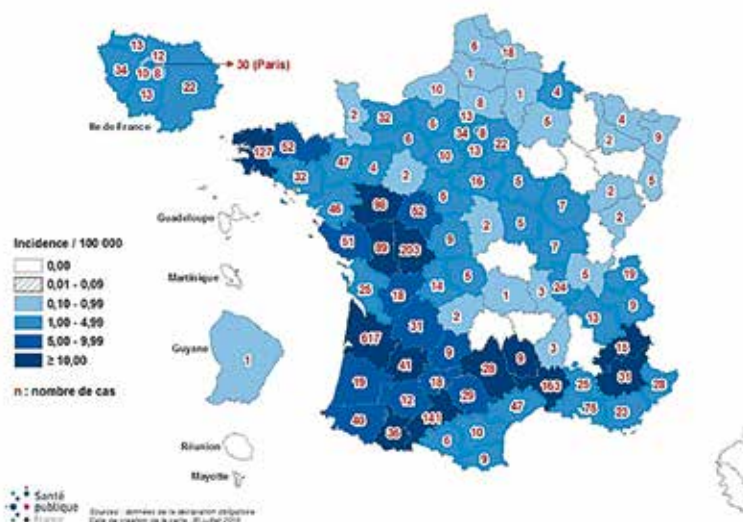
- **La rougeole : comprendre pour agir** : <http://invs.santepubliquefrance.fr/10000/themes/rougeole/comprendre-agir.asp>
- **Épidémie de rougeole en France. Actualisation des données de surveillance** : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites>

Situation épidémiologique en France au 1^{er} août 2018

- Baisse du nombre de nouveaux cas hebdomadaires : rapide depuis le pic épidémique (S-13 à S-18), puis stabilisation autour de 40 cas hebdomadaires (S-21 à S-26) et autour de 20 cas en moyenne au cours des trois dernières semaines ;
- Au 29 juillet 2018, 2 741 cas déclarés depuis le 6 novembre 2017 ;
- 86 départements ont déclaré au moins 1 cas au cours de la période, mais actuellement seules 2 régions ont encore des foyers actifs ;
- Depuis la semaine 13, diminution du nombre de cas en Nouvelle Aquitaine, aucun foyer actif ;
- Incidence la plus élevée chez les moins de 1 an : 29,4 cas/100 000 habitants ;
- 22 % des cas déclarés ont été hospitalisés ;
- 89 % des cas de rougeole sont survenus chez des sujets non ou mal vaccinés ;
- 3 décès depuis le début de l'année 2018.

Incidence cumulée et nombre de cas de rougeole déclarés, par département du 6 novembre 2017 au 29 juillet 2018 (données provisoires n = 2741)

Cas déclarés de rougeole, par département de résidence (6 nov 2017 au 29 juillet 2018)



+ D'INFO Bulletin épidémiologique rougeole. Données de surveillance au 1^{er} août 2018.

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rougeole/Points-d-actualites/Bulletin-epidemiologique-rougeole.-Donnees-de-surveillance-au-1er-aout-2018>

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 04.09.18



Journée mondiale du SAF : premières estimations nationales des troubles causés par la consommation d'alcool et une campagne nationale

A l'occasion de la Journée mondiale de sensibilisation au Syndrome d'Alcoolisation Fœtale qui s'est tenue le 9 septembre, Santé publique France :

- publie pour la première fois une estimation nationale des troubles causés par l'alcoolisation fœtale diagnostiqués chez les nouveau-nés ;
- présente les résultats du Baromètre santé 2017 sur la consommation d'alcool pendant la grossesse ;
- déploie à partir du 9 septembre et durant un mois, une campagne nationale d'information dans la presse et sur le Web, à la fois auprès du grand public et des professionnels de santé : toute consommation d'alcool pendant la grossesse est susceptible de présenter un risque, imposant le principe de précaution « zéro alcool pendant la grossesse ». Cette campagne est déclinée dans les DOM.

Boire de l'alcool pendant la grossesse est toxique pour le fœtus et peut entraîner diverses complications (retard de croissance, atteintes du système nerveux central, malformations...), dont le syndrome d'alcoolisation fœtale est la forme la plus grave. La consommation d'alcool pendant la grossesse représente la première cause de handicap mental non génétique et d'inadaptation sociale de l'enfant en France. L'état actuel des connaissances ne permet pas de définir le seuil de consommation d'alcool en dessous duquel il n'y aurait pas de risques pour le bébé. Ainsi les autorités sanitaires recommandent-elles par principe de précaution de s'abstenir de toute boisson alcoolisée pendant la grossesse.

Alcoolisation fœtale : les premières estimations en France

Malgré l'impact sanitaire et social de ces troubles, aucune estimation nationale ni de comparaisons régionales récentes n'étaient à ce jour disponibles. L'étude ¹ menée par Santé publique France a permis pour la première fois de mesurer la fréquence des cas de SAF et d'autres conséquences de l'alcoolisation fœtale dans les séjours hospitaliers des enfants durant leur premier mois de vie au niveau national et régional.

Ainsi, en France, entre 2006 et 2013, 3 207 nouveau-nés (soit une naissance par jour) ont présenté au moins une conséquence liée à l'alcoolisation fœtale dont pour 452 d'entre eux (soit une naissance par semaine) un syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF).

Ces chiffres sont sous-estimés compte tenu de la difficulté à diagnostiquer ces troubles en période néonatale et n'incluent pas les diagnostics posés ultérieurement. Cependant, ils permettent de mieux caractériser le fardeau que représente l'alcoolisation fœtale.

Grossesse et alcool : la consommation occasionnelle encore trop fréquente

Selon les données du Baromètre santé 2017 ² publiées par Santé publique France, la consommation d'alcool pendant la grossesse, n'est pas rare en France. En effet, parmi les femmes interrogées, enceintes au moment de l'enquête ou mères d'un enfant de moins de 5 ans :

- Près de 6 femmes sur 10 ont déclaré avoir été informées des risques de la consommation d'alcool par le médecin ou la sage-femme les suivant ou les ayant suivies ;
- 1 sur 10 a déclaré avoir consommé de l'alcool occasionnellement pendant sa grossesse.

Bien que moins élevée qu'en 2010 (2 femmes sur 10 selon les résultats de l'Enquête Nationale Périnatale), cette proportion reste importante puisqu'elle pourrait avoir eu un impact sur près de 90 000 naissances.

Une campagne d'information rappelant le principe de précaution

Santé publique France lance à partir du 9 septembre et durant tout le mois une grande campagne d'information qui repose sur une médiatisation offline ciblant les femmes en âge de procréer complétée par une campagne digitale d'influence.

La campagne média a pour vocation de promouvoir le principe de précaution en évoquant

particulièrement la consommation occasionnelle d'alcool pendant la grossesse. Le message est pédagogique, transparent et accessible : « *Parce qu'aujourd'hui personne ne peut affirmer qu'un seul verre soit sans risque pour le bébé : par précaution, zéro alcool pendant la grossesse* ». Elle sera déployée dans les titres de la presse féminine, parentale, people et dans les quotidiens gratuits en métropole et en affichage dans les départements d'Outre-Mer.

Pour les régions ultra-marines, Santé publique France renforce la campagne média en proposant aux radios locales des chroniques prêtes à diffuser.

Le volet digital complète ce dispositif : 3 web-influenceurs apporteront à travers des vidéos une illustration concrète de l'abstinence pendant la grossesse et proposeront des stratégies d'évitement à utiliser.

Le relais par les professionnels de santé, car ils sont des acteurs majeurs pour informer les femmes enceintes et leur entourage des dangers liés à l'alcool et insister sur la recommandation « zéro alcool pendant la grossesse ». Pour les accompagner dans leur pratique, des outils informatifs (affiches et dépliants) seront mis à disposition du public dans les salles d'attente des professionnels de santé.

1. Identification dans les bases de données médico-administratives des troubles causés par l'alcoolisation fœtale durant la période néonatale. Étude de faisabilité à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013.

2. Enquête téléphonique réalisée du 5 janvier au 18 juillet 2017 auprès d'un échantillon représentatif de la population des personnes âgées de 18 à 75 ans – Le volet consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse a été mené auprès de 1614 mères d'enfant de cinq ans ou moins incluses dans l'enquête et 186 femmes enceintes.

Alcool Info Service, le site de Santé publique France répond à toutes les questions

Les femmes ayant des questions concernant la consommation d'alcool au cours de leur grossesse peuvent se tourner vers le dispositif d'aide à distance Alcool Info Service (téléphone et internet). Il leur propose 7 jours/7 :

- un soutien et un accompagnement par des professionnels expérimentés dans ce domaine.
- une rubrique « alcool & grossesse » sur le site internet <http://www.alcool-info-service.fr/alcool-et-vous/alcool-grossesse/enceinte-boire-alcool> qui délivre de manière simple, au travers d'articles et de vidéos pédagogiques, les recommandations et les aides concrètes en cas de difficultés.
- un annuaire permettant de trouver une structure d'aide spécialisée la plus proche de chez soi : <http://www.alcool-info-service.fr/alcool-et-vous/alcool-grossesse/accueil>



1^{er} COLLOQUE
GRAND-ESTTOMBLAINE (54)
16 NOVEMBRE 2018

Activité Physique et Grossesse

Tordre le cou aux idées reçues...

08h30 Accueil des participants
09h00 Ouverture de la journée09h30 Y a-t-il vraiment des idées reçues ?
Chez les professionnels ?
Chez les patientes ?Bienfaits de l'activité physique sur
la grossesse physiologique09h45 Bénéfices de l'activité physique sur
l'organisme de la femme enceinte10h00 Bénéfices de l'activité physique sur
la grossesse physiologique

10h15 Bénéfices sur l'enfant à naître

10h30 Et l'activité sexuelle ?

10h45 Échanges avec la salle

11h00 Pause

Bienfaits de l'activité physique
dans un contexte de risque
obstétrical ou de pathologie avérée11h30 Impacts de l'activité physique sur
l'apparition des pathologies
gravidiennes

11h45 Y a-t-il encore une indication au repos ?

12h00 Métiers dits « physiques » et grossesse :
qu'en pense le médecin du travail ?12h15 Place de l'activité physique dans le
projet Féderatif Hospitalo-Universitaire
« 1000 jours pour la santé »

12h30 Échanges avec la salle

12h45 Buffet déjeunatoire

Et en pratique...

14h00 Table ronde

"Quels leviers pour encourager
les patientes enceintes à pratiquer
une activité physique raisonnée ?"• Comprendre les mécanismes du
plaisir et de la motivation• Utiliser le RPIB : outil de Repérage
Précoce et Intervention Brève

• Expérience de la maternité de Lille

Échanges avec la salle

15h30 Pause

15h45 Table ronde

Partage d'expériences

• Le yoga prénatal : un chemin vers
la conscience de soi et de son bébé• La gymnastique sensorielle
comme outil de bien-être physique
et psychique pendant la grossesse• Le coaching pendant la grossesse
deviendrait-il une tendance
d'aujourd'hui ?

Échanges avec la salle

17h00 Clôture de la Journée

Comité d'organisation : Laurence Galliot, Marie-Laure
Pichon, Sages-Femmes, Enseignantes, Nancy, Véronique
Guillot, Sénatrice de Meurthe-et-Moselle - Anouchka
Chabeau, Directrice Régionale et Départementale de la
Jeunesse, des sports et de la Cohésion Sociale Grand Est -
Valérie Jurin, Vice-Présidente de la Cohésion Sociale à la
Métropole du Grand Nancy - Sophie Guillaume, Présidente du
Collège National des Sages-Femmes de France.LIEU : Maison des Sports
13 Rue Jean Moulin - 54510 Tomblaine

CONTACTS :

l.galliot@chru-nancy.fr

03 83 34 36 84

m.pichon@chru-nancy.fr

au 03 83 34 36 85

DÉCOUVREZ UNE
FORMATION ORIGINALE

Vous cherchez des solutions pour répondre aux demandes de traitement de vos patientes et dire autre chose que "ça va passer... je ne peux rien vous prescrire, tout est contre-indiqué pendant la grossesse".

L'homéopathie uniciste peut vous **aider à prescrire un remède fiable et efficace** pour répondre à la demande de prise en charge globale des patientes à toutes les étapes importantes de leur vie. Vous pourrez ainsi favoriser le développement harmonieux de la grossesse et l'accouchement physiologique.

POUR EN SAVOIR PLUS sur cette formation de **4 week-ends** pour la gynécologie-obstétrique, visitez le site Internet de notre école INHF Paris :

www.inhfparis.com



FORMATIONS ANSFL 2018

Organisme de formation enregistré
sous le n° 93 05 00814 05TARIFS, DATES, ADHÉSION **www.ansfl.org**

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

ÉCHOGRAPHIE ET EXAMENS
COMPLÉMENTAIRES DANS LE SUIVI
DE LA GROSSESSE NORMALEIntervenantes : Évelyne Rigaut (SF-Écho)
Lorraine Guénéral (Biologiste)

Date et lieu : Organiser un groupe : contactez-nous

LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION
ET DE GYNÉCOLOGIE DE PRÉVENTIONIntervenante : Annie Sirven (SF)
Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)

• Session I : Date : 16-17-18 oct 2018

• Session II : Date : 2019

(Pré-requis : session I)

L'INSTALLATION EN LIBÉRAL

Intervenante : Laurence Platel (SF)
Date : 15 nov 2018 à Paris 15*

LA PRATIQUE LIBÉRALE :

CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS

Intervenante : Laurence Platel (SF)
Date et lieu : Organiser un groupe : contactez-nousINITIATION À LA PENSÉE CRITIQUE
LES SAGES-FEMMESIntervenante : Amélie Battaglia (SF)
Date et lieu : Organiser un groupe : contactez-nousLES CONSULTATIONS DE GROSSESSES
À BAS RISQUESIntervenante : Amélie Battaglia (SF)
Date et lieu : Organiser un groupe : contactez-nous

Toutes nos formations : FIF-PL

LA SEXOLOGIE DANS L'ACCOMPAGNEMENT
DE NOS PATIENTES ET DE LEURS CONJOINTSIntervenante : Nicole Andrieu (SF) • Session I
Dates : 17-18 sept à Paris 14* - 24-25 oct à
Angers (49) - 5-6 nov à Lille (59)

EUTONIE : RÉÉDUCATION EN POSTNATAL

Intervenante : Martine Gies (SF)

• Session I : Découverte

Date et lieu : Organiser un groupe :
contactez-nous

• Session II : Les pathologies urinaires

Date : voir site (Pré requis : session I)

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

• Session III : Retrouver la mobilité et le dynamisme

Date : 27-28 sept 2018 (Pré requis : session II)

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

• Session IV : Analyse du mouvement. Respect

de soi, de l'autre

Date : 28-29 nov 2018 (Pré requis : session III)

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

ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE
ET LA PARENTALITÉ

Intervenante : Odile Tagawa (SF)

• Session I : Prénatal

Dates : 27-28 sept 2018 - Lieu : Marseille

11-12 oct 2018 - Lieu : Essonne (91)

• Session II : Postnatal

Dates : 24-25 janvier 2019 - Lieu : Marseille

7-8 février 2019 - Lieu : Essonne (91)

Contact Formation ANSFL : Martine Chayrouse
formation@ansfl.org - Tél. : 07 82 19 11 59N'féraïdo®
modelages
la accompagnant
BientraitanceOUI
À LA BIEN-TRAITANCE
OBSTÉTRICALE

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

Cycle I : 5 au 7 nov 2018

Cycle II : 8 au 10 nov 2018

* D.Jacquin D.O.

Dates Agen

Cycle I : nouvelles dates à venir

Dates Agen

Cycle II : 21 au 23 nov 2018

Volet uro-gynécologique**

Rééducation manuelle par voie externe

Modelages : Bassin, organes pelviens & périnée

Dates Paris

8 au 10 octobre 2018

Dates Agen

19 au 21 sept 2018

** Francine Augère S.F.

Contact et intervenant

Dominique Jacquin, OSTÉOPATHE D.O.

Tél. : 05 62 28 39 94

www.nferaido.com



Pour une bonne prise en compte de vos annonces ou de leurs mises à jour, nous vous recommandons de nous les adresser

AU PLUS TARD LE 10 DU MOIS PRÉCÉDENT. ✉ congres@eska.fr



**Association
Nationale Natation
& Maternité**
PIONNIÈRE DEPUIS 1977

PRÉPARATION À LA NAISSANCE

ET ACTIVITÉS PRÉ ET POSTNATALES
EN MILIEU AQUATIQUE

Formations bi-annuelles

Prochaines formations

► Clamart (92)

- **Stage prénatal**: les 22, 23, 24 octobre 2018
- **Stage postnatal**: le 25 octobre 2018

► *Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes*

Programme et inscription

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

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



**Formations
en haptonomie**

CIRDH FRANS VELDMAN

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

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


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

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


RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTIONS
Tél.: 01 42 01 68 20
Mail : cirdhfv@haptonomie.org
www.haptonomie.org




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 présentielle (dates indiquées ci-après)
- 3^e étape non présentielle

Niveau 1

- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 22 au 25/10/2018 et du 19 au 22/11/2018
- **St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse**
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 10 au 13/09/2018 et du 8 au 11/10/2018
- **Vergèze (30) - La Clé des Chants**
Formatrice: Corinne Roques
- prochaines dates à venir

Niveau 2

- **Vergèze (30) - La Clé des Chants**
Formatrice: Corinne Roques
- du 11 au 14/09/18 et du 9 au 12/10/2018
- **St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse**
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 1^{er} au 4/10/2018 et du 12 au 15/11/2018
- **La Réunion - Cogohr**
Formatrice: Corinne Roques
- Novembre 2018: dates à définir
- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- prochaines dates à venir

Travail Corporel en Rééducation Périnéale

- Durée: 4 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
Formatrice: Corinne Roques
Programmation en région possible. Nous contacter.

Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

- Durée: 3 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 17 au 19 septembre 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 intra-établissements en Hypnose Médicale



Module 1 Communication hypnotique en milieu médical

3 jours, 21 H

Public : Equipe de soins (médicale, paramédicale, AS, auxiliaires de puériculture, et selon établissement, autre personnel en contact avec les patients)

Pour une optimisation pédagogique, groupes de 15 stagiaires pour tous les modules hormis Communication (18 stagiaires)

Module 2 Induire l'état d'hypnose et mener une séance d'hypnose

3 jours, 21 H

Public : équipe médicale et paramédicale

Module Analgésie, anxiolyse, confort en situation d'urgence

3 jours, 21 H

Public : équipe médicale et paramédicale

Module Pratique et protocoles en périnatalité

3 jours, 21 H

Public : équipe médicale et paramédicale (prioritairement sages-femmes)

Module Techniques avancées d'hypnose

3 jours, 21 H

Approfondissement des techniques d'hypnose et gestion des situations plus complexes : approche du traumatisme, peurs, dépression.
Public : équipe médicale et paramédicale

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



contact@medicformation.fr



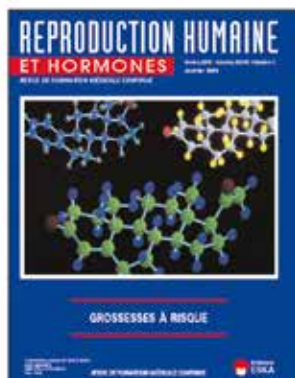
01 40 92 72 33

Medic Formation, 79 rue de Sévres, 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT

N° de déclaration d'activité: 11 95 04903 95 - Agréé ANDPC 1251 - Agréé DOXEJO/Intercertif-oref Réf: 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 CONGRÈS :
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)* Retraité(e)*
FRANCE	79,00 €	43,00 €
D.O.M.	84,00 €	53,00 €
EUROPE OCCIDENTALE	92,00 €	55,00 €
T.O.M./ÉTRANGER	94,00 €	58,00 €

* Joindre attestation.

Abonnement collectif de service 156,00 €

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

ABONNEMENT 2018

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 - T. 01 42 86 55 65 - F. 01 42 60 45 35

Sous la direction de Jean Freney et Philippe Riegel

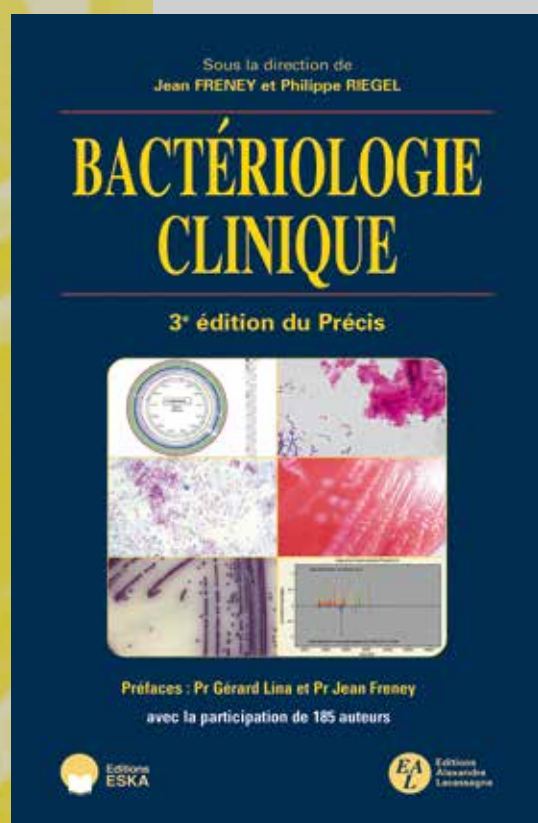
BACTÉRIOLOGIE CLINIQUE

3^e ÉDITION DU PRÉCIS

Édition
entièrement
remaniée
et augmentée
185 auteurs

Les grands thèmes traités

- Le diagnostic bactériologique
- Ecologie et pouvoir pathogène des bactéries
- Qualité et Accréditation
- Agents antibactériens
- Cocci Gram +
- Bacilles Gram +
- Actinomycètes et mycobactéries
- Cocci Gram -
- Entérobactéries
- Bactéries à Gram négatif autres que les entérobactéries (autres BG-)
- Anaérobies
- Bactéries de culture difficile



L'ouvrage de référence
en langue française
qui couvre tous
les aspects
de la bactériologie ;
du fondamental
à la pratique quotidienne

Également disponible
en version numérique



Fondateurs : Jean FRENEY (Directeur honoraire),
François RENAUD, Roland LECLERCQ, Philippe RIEGEL

À qui s'adresse ce volume et ses mises à jour ?

- ◆ Laboratoires d'analyses médicales
- ◆ Professionnels de la bactériologie
- ◆ Maternité et gynécologie
- ◆ Etablissements hospitaliers, réanimation, chirurgie, CLIN...
- ◆ Laboratoires pharmaceutiques
- ◆ Facultés de Médecine, de Pharmacie, Dentaire, Sciences, Ecoles vétérinaires, Ecoles d'ingénieurs, DUT, BTS
- ◆ Industries pharmaceutiques
- ◆ Bibliothèques et institutions

**Commandez dès maintenant
pour bénéficier
du tarif de souscription**

190 € jusqu'au 17 septembre 2018

230 € à partir du 18 septembre 2018

BON DE COMMANDE ACCOMPAGNÉ DE VOTRE RÈGLEMENT À RETOURNER À :

Éditions ESKA - 12, rue du Quatre-Septembre - 75002 PARIS
Tél : 01 42 86 55 75 - Fax : 01 42 60 45 35

<http://www.eska.fr>



GRANDIR NATURE

Votre partenaire de confiance pour accompagner les mamans allaitantes

Numéro dédié aux professionnels : 03 88 50 07 99



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

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



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

Consultante-lactation@grandir-nature.com



NUMÉRO DÉDIÉ AUX MAMANS
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

N° Vert 0 800 622 833
DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H15 À 19H00



GRANDIR NATURE

aider les mamans



leblogallaitement.com

www.grandir-nature.com

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

² LPPR : code 1105712 (12,07€) pour la location hebdomadaire ; code 1140252 (6,04€) pour le set de pompage simple. Grandir Nature est un prestataire conventionné N° FINESS 672656030