

LES **DO**

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE



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

#485 NOVEMBRE 2018

45^e année ISSN 0767-8293

DOSSIER GRAND PRIX EVIAN 2018



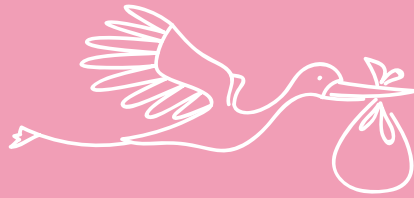
MAÏEUTIQUE 27^e édition du Grand Prix evian des Sages-Femmes

PÉDIATRIE État des lieux des réhospitalisations des nouveau-nés après la sortie de la maternité lors de leurs 28 premiers jours de vie

GYNÉCOLOGIE/OBSTÉTRIQUE Influence du remplissage vasculaire en salle de naissance

SANTÉ PUBLIQUE Évaluation de la satisfaction lors de la première consultation en gynécologie, chez les jeunes

SCIENCES HUMAINES Des outils du coaching adaptés à la pratique et à l'identité professionnelle des sages-femmes



Grand Prix evian[®] des Sages Femmes

***Les sages-femmes :
toujours au cœur des préoccupations
et des engagements d'evian***

*Dès 1948 evian proposait aux sages-femmes
une eau minérale naturelle dont la pureté,
issue des Alpes, ne nécessitait pas de la faire bouillir,
la rendant idéale pour la préparation des biberons
ainsi que pour l'hydratation des mères allaitant leur bébé.*

*Depuis 1992, evian est à l'écoute des sages-femmes
et œuvre au quotidien pour valoriser ce merveilleux métier,
et ceci dès la formation.*

*En 27 ans d'existence, le Grand Prix evian
des Écoles de Sages-Femmes a récompensé
et promu plus de 200 mémoires de fin d'études.*

L'EAU DES MAMANS ET DES BÉBÉS DEPUIS PLUS DE 50 ANS



- 02** **ÉDITORIAL**
À propos des avis du CCNE
BENOÎT LE GOEDEC
- 04** **MAÏEUTIQUE**
- DOSSIER 27^e ÉDITION DU GRAND PRIX EVIAN DES SAGES-FEMMES**
- 04** Quel est le bénéfice d'une 3^e heure à dilatation complète sur le mode d'accouchement?
CLARA ROLLET
- 09** Le déclenchement artificiel du travail au C.H.U d'Angers, vers une utilisation non systématique de l'oxytocine?
CAMILLE ETTIENNE
- 10** Quand le *serious game* s'invite en salle de naissance: intérêt de la simulation numérique dans la formation des étudiants sages-femmes pour la prise en charge de l'hémorragie du post-partum
ANNA FAVARETTO
- 13** La vaccination contre la coqueluche: la stratégie du cocooning
LAURE TOCQUEVILLE
- 15** Le vécu et la gestion de la douleur à l'accouchement: expériences dans un espace physiologique de naissance
CAMILLE TURQUOIS

- 17** Accoucher en plateau technique lors de l'accompagnement global à la naissance: motivations et satisfaction des patientes
ÉVA VITRAI
- 20** **PÉDIATRIE**
État des lieux des réhospitalisations des nouveau-nés après la sortie de la maternité lors de leurs 28 premiers jours de vie
ANNE CIBIEL-MARIN
- 26** **GYNÉCOLOGIE | OBSTÉTRIQUE**
Influence du remplissage vasculaire en salle de naissance
MARGOT GIUDICELLI
- 29** **SANTÉ PUBLIQUE**
Évaluation de la satisfaction lors de la première consultation en gynécologie, chez les jeunes
CAMILLE VIGNAUD
- 36** **SCIENCES HUMAINES**
Des outils du coaching adaptés à la pratique et à l'identité professionnelle des sages-femmes
CHANTAL FRECCIAMI
- 41** KIOSQUE
- 41** AGENDA EN BREF
- 42** FICHE TECHNIQUE
Le périnée
LAURINE MORDINI
- 43** RECHERCHE
- 44** COMMUNIQUÉS
- 46** FORMATIONS



LES DO

ÉDITIONS ESKA

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

Photo de couverture
Grand Prix evian

POUR VOUS ABONNER,
RETOURNEZ-NOUS LE
BULLETIN EN **PAGE 02.**

LES ANNONCEURS

- | | | | |
|---|-------------------------------|--|--|
| C2 Grand Prix evian des sages-femmes | 03 Matilia | 46 Association Nationale Natation & Maternité | 47 Institut Naissance & Formation |
| C3 19 ^e Journée sur l'AMP | 13 Mybubelly | 47 NFERAIDO | 48 Médicformation |
| C4 Grandir Nature | 25 Journées Jean Cohen | 47 ANSFL | |

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
appaedit@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

Anne CIBIEL-MARIN, Sage-Femme
Camille ETTIENNE, Faculté de Santé, Université d'Angers
Anna FAVARETTO, Faculté de Médecine et de Maïeutique, Université Catholique de Lille
Clara ROLLET, École de Sages-Femmes de Baudelocque (Paris)
Laure TOCQUEVILLE, École de Sages-Femmes de Rouen
Camille TURQUOIS, École de Sages-Femmes de Bordeaux
Éva VITRAI, École de Sages-Femmes de Clermont-Ferrand
Chantal FRECCIAMI, Cabinet de coaching Aktobel
Margot GIUDICELLI, Sage Femme
Laurine MORDINI, Sage-Femme
Camille VIGNAUD, 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 propriété exclusive des Éditions ESKA. Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Revue adhérente au S.N.P.M., membre de la F.N.P.S. Commission paritaire n° 0222 T 81395. Signataire de la Convention U.D.A. S.N.P.M. Dépôt légal: Novembre 2018

À propos des avis du CCNE

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**

Le CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique) a donné son avis favorable à l'extension de la PMA aux couples de femmes et aux femmes célibataires. La majorité des Français y étaient favorables et ont intégré qu'il n'y avait pas un modèle unique de famille. Mais il faudra protéger les couples de femmes et leurs enfants des relents d'homophobie ayant émergé après la loi pour le mariage pour tous.

Il préconise aussi la levée d'anonymat du don de gamètes, avec l'accord du donneur, pour répondre aux besoins de l'histoire et de l'accès aux origines. Le premier avis n'est pas étranger au second car le sperme reste le produit d'un homme qui ne peut donc pas ne pas être parlé. Les demandes d'accès aux origines par des associations et certains psychanalystes ont fait le reste.

La cryoconservation des ovocytes est autorisée pour permettre aux femmes en pleine fertilité de conserver leurs ovocytes pour plus tard sans

subir la loi de la nature qui abaisse la fécondité après 35 ans. Le CCNE donne cet avis au nom de la liberté des femmes à pouvoir vivre leur vie et leur temps personnel ou social sans compromettre leur maternité future. Néanmoins les grossesses ne sont pas garanties...

Le transfert, après le décès du conjoint (s'il avait donné son accord) d'un embryon cryo-conservé fait aussi l'objet d'un avis favorable.

La maternité l'emporte. La puissance du ventre des femmes aussi...

Alors il faut assumer ces changements fondamentaux pour défendre les droits humains. Et continuer à réfléchir aussi, notamment pour ceux dont le sexe ne permet pas de porter un enfant et qui ne peuvent donc se passer d'une femme pour fonder leur famille. En effet, seule la GPA a été interdite.

Mais tout ceci n'est qu'avis, attendons maintenant de voir ce qu'en fera le législateur... •

			<h2>ABONNEMENT 2018</h2>																
<h3>TARIF D'ABONNEMENT</h3> <p>11 NUMÉROS PAR AN</p>																			
<p>Abonnement Particulier</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Plein tarif</th> <th>Étudiant(e)s* Retraité(e)s*</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FRANCE</td> <td>79,00 €</td> <td>43,00 €</td> </tr> <tr> <td>D.O.M.</td> <td>84,00 €</td> <td>53,00 €</td> </tr> <tr> <td>EUROPE OCCIDENTALE</td> <td>92,00 €</td> <td>55,00 €</td> </tr> <tr> <td>T.O.M./ÉTRANGER</td> <td>94,00 €</td> <td>58,00 €</td> </tr> </tbody> </table> <p>* Joindre attestation.</p> <p>Abonnement collectif de service 156,00 €</p> <p>En cas de règlement incomplet, l'abonnement sera réduit proportionnellement.</p>		Plein tarif	Étudiant(e)s* Retraité(e)s*	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 €	<p>VOS COORDONNÉES</p> <p><input type="checkbox"/> M^{me} <input type="checkbox"/> M^{lle} <input type="checkbox"/> M. (en lettres capitales)</p> <p>Nom Prénom</p> <p>Adresse</p> <p>Code postal [][][][][] Ville</p> <p>Pays Téléphone</p> <p>E-mail</p> <p>Exercice professionnel (Libéral, PMI, Public, Privé, Autre)</p> <p>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</p>			
	Plein tarif	Étudiant(e)s* Retraité(e)s*																	
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 €																	
<p>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</p>																			

Nébilia®

MADE IN FRANCE

L'ÉQUILIBRE NUTRITIONNEL DE BÉBÉ AU QUOTIDIEN

SANS HUILE
DE PALME
DEPUIS 2012



Enrichi en bifidus
Enrichi en oméga 3 et 6
Convient aussi en relais
ou complément
de l'allaitement maternel



Matilia & Nébilia

www.nebilia.fr

27^e édition du Grand Prix evian des Sages-Femmes



À l'occasion de la 27^e édition du Grand Prix evian des Sages-Femmes, six jeunes diplômées lauréates ont présenté leur mémoire devant un jury composé d'experts pluridisciplinaires de la périnatalité, présidé par Isabelle Derrendinger, Directrice de l'École de Sages-Femmes de Nantes. Nous vous présentons les résumés des mémoires primés dans les deux catégories : le Prix Scientifique et le Prix Spécial du Jury.

LES LAURÉATES 2018

PRIX SCIENTIFIQUE

Camille Ettienne
Anna Favaretto
Clara Rollet

PRIX SPÉCIAL DU JURY

Laure Tocqueville
Camille Turquois
Éva Vitrai

LES MEMBRES DU JURY PLURIDISCIPLINAIRE

Isabelle Derrendinger, Sage-Femme Directrice de l'École de Nantes et Secrétaire Générale du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes,

Marie-Sophie Chavet, Pédiatre Praticien Hospitalier en Néonatalogie et en Maternité à l'Hôpital Trousseau à Paris,

Martine Chauvière, Sage-Femme Coordinatrice au Centre Hospitalier René Pleven de Dinan,

Anne Chantry, Sage-femme enseignante de l'école de Baudelocque et chercheuse en santé publique et épidémiologiste, unité de recherche mixte Inserm/université Paris Descartes 1153,

Isabelle Hervo Desmeure, Sage-Femme Enseignante à l'École de Sages-Femmes de Nantes.

PRIX SCIENTIFIQUE

Clara ROLLET, Faculté de Médecine de Paris, École de sages-femmes de Baudelocque, Université Paris Descartes

1^{ER} PRIX SCIENTIFIQUE

QUEL EST LE BÉNÉFICE D'UNE 3^E HEURE À DILATATION COMPLÈTE SUR LE MODE D'ACCOUCHEMENT ?

RÉSUMÉ

OBJECTIFS > L'objectif principal de l'étude était d'évaluer l'association entre une 3^e heure à dilatation complète et le mode d'accouchement. L'objectif secondaire était d'évaluer l'association entre une 3^e heure à dilatation complète et la morbidité maternelle et néonatale.

MÉTHODE > Il s'agit d'une étude rétrospective, bicentrique de type « ici-ailleurs » en intention de traiter incluant les femmes primipares à bas risque avec un fœtus unique en présentation céphalique, ayant accouché à terme (≥ 37 SA) sous analgésie péridurale et qui ont atteint la dilatation complète (DC) avec un rythme cardiaque fœtal non suspect. Les femmes de l'étude ont accouché entre septembre et décembre 2016 dans deux maternités parisiennes, l'une ayant un protocole autorisant 3 heures d'expectative à dilatation complète (maternité A) et l'autre, un protocole n'autorisant pas plus de 2 heures d'expectative (maternité B). De façon à évaluer l'association entre le protocole d'expectative à dilatation complète et le mode d'accouchement, nous avons réalisé des analyses univariées et multivariées par régression logistique afin d'obtenir des odds ratios bruts et ajustés.

RÉSULTATS > Les deux populations de l'étude étaient homogènes sur les caractéristiques préexistantes à la gros-

sesse, les caractéristiques de la grossesse, du travail et de l'accouchement. La durée moyenne de la phase de descente était plus élevée dans la maternité A (protocole 3 heures à DC) que dans la maternité B (protocole 2 heures à DC) ($p < 0,001$). Le protocole autorisant une 3^e heure d'expectative à dilatation complète permettait de diminuer significativement, et indépendamment des caractéristiques des femmes, de la grossesse et des autres caractéristiques du travail et de l'accouchement, de 36 % les accouchements opératoires par rapport à un protocole n'autorisant que 2 heures d'expectative (ORa = 0,64 ; IC95 % [0,43 - 0,96] ; $p = 0,030$). Nous observons une diminution significative des accouchements par voie basse instrumentale (ORa = 0,62 ; IC95 % [0,40-0,95] ; $p = 0,030$) avec un protocole autorisant une 3^e heure d'expectative à dilatation complète et aucune différence concernant le taux de césarienne ($p = 0,447$) entre les deux maternités. Nous n'avons pas mis en évidence d'augmentation de la morbidité materno-néonatale associée à la présence d'un protocole autorisant 3 heures d'expectative à dilatation complète.

CONCLUSION > Notre étude a montré une diminution significative des accouchements opératoires et plus précisément des extractions instrumentales avec un protocole autorisant une 3^e heure d'expectative à dilatation complète par rapport à un protocole n'en autorisant que deux, sans augmentation de la morbidité materno-néonatale associée.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

> PROBLÉMATIQUE

Quel est l'impact de la durée de la phase de descente du 2^e stade du travail obstétrical sur le mode d'accouchement et sur la morbidité materno-néonatale chez la primipare à bas risque ?

> HYPOTHÈSES

Nos hypothèses étaient les suivantes :

Nous avons supposé qu'une 3^e heure d'expectative à dilatation complète permettait d'augmenter le taux d'accouchement par voie basse spontanée.

Par ailleurs, nous avons présumé que l'allongement de la durée à dilatation complète pouvait entraîner une augmentation de la morbidité maternelle et néonatale : avec une augmentation des hémorragies de la délivrance, une augmentation des déchirures périnéales et une diminution du pH artériel à la naissance.

> POPULATION D'ÉTUDE

Nous avons inclus dans l'étude les femmes primipares avec un fœtus unique en présentation céphalique ayant accouché à terme (≥ 37 SA) sous analgésie péridurale entre septembre et décembre 2016 dans deux maternités parisiennes. Toutes les femmes devaient avoir atteint la dilatation complète avec un rythme cardiaque fœtal non suspect, c'est-à-dire qu'elles n'avaient pas nécessité d'intervention de deuxième ligne pendant le premier stade du travail (réalisation d'un pH au scalp).

Nous souhaitons inclure uniquement les femmes à bas risque obstétrical, toutes les femmes avaient donc un âge compris entre 18 et 35 ans et un IMC entre 17 et 30 kg/m². Nous avons inclus uniquement les femmes sans antécédents médicaux, gynécologiques ou obstétricaux qui viendraient perturber le déroulement de la grossesse et du travail.

Ainsi, nos critères d'exclusion étaient les suivants :

- Les femmes qui avaient une maladie chronique : cardiopathie, maladie auto-immune, diabète préexistant à la grossesse (insulino-dépendant ou non), cancer, épilepsie, hypertension artérielle préexistante à la grossesse.
- Les femmes qui avaient une pathologie gynécologique : utérus cicatriciel d'origine gynécologique, fibrome, malformation génitale, antécédent de chirurgie de la vulve ou du vagin.
- Les femmes qui avaient présenté une complication de la grossesse : hypertension artérielle gravidique, prééclampsie, anomalie de la placentation, diabète gestationnel déséquilibré avec retentissement fœtal, rupture prématurée des membranes avant 37 SA.
- Les femmes qui n'avaient pas atteint la dilatation complète : césarienne programmée avant le travail et césarienne en cours de travail avant dilatation complète.
- Les femmes qui avaient présenté des anomalies du rythme cardiaque fœtal nécessitant une surveillance de deuxième ligne pendant le premier stade du travail.
- Les femmes dont le fœtus était en siège ou en présentation transverse.
- Les femmes dont le fœtus présentait une malformation, un retard de croissance intra-utérin (RCIU), un petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) inférieur au 3^e percentile ou une macrosomie supérieure au 97^e percentile.
- Les femmes qui avaient consommé de l'alcool et/ou des drogues de façon régulière pendant la grossesse.

Pour sélectionner la population, nous avons utilisé les recommandations des bonnes pratiques de la HAS de 2007 sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes et certaines études concernant le 2^e stade du travail qui s'intéressent aussi aux primipares à bas risque. Les critères d'inclusions et d'exclusions nous permettaient d'obtenir une population homogène de femmes ayant eu une grossesse de déroulement normale. Nous souhaitons en effet, exclure les « fœtus fragiles » et les situations maternelles qui nécessitent de limiter la durée du 2^e stade du travail.

> DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Nous avons réalisé cette étude dans deux maternités de Paris : la maternité XXX de type III ayant réalisé 5 306 naissances en 2017 et la maternité XXX de type IIb ayant réalisé 3 517 naissances en 2017.

Ces deux maternités ont été choisies car les protocoles concernant la gestion du 2^e stade du travail différaient. L'une d'entre elles avait un protocole autorisant 3 heures d'expectative à dilatation complète en l'absence d'un rythme cardiaque fœtal suspect, nous l'appellerons « maternité A » pour la suite de l'étude ; l'autre avait un protocole n'autorisant pas plus de 2 heures d'expectative à dilatation complète, peu importe le RCF, nous l'appellerons « maternité B ». Les deux maternités avaient un protocole non restrictif concernant la durée des efforts expulsifs.

Nous avons aussi sélectionné ces maternités du fait de leur proximité géographique afin que les caractéristiques des populations soient les plus proches possibles. Le fait que les maternités soient de type différent importait peu car l'étude concernait uniquement les patientes à bas risque.

Nous avons choisi d'étudier les dossiers des femmes ayant accouché sur la fin de l'année 2016. Nous avons débuté le recueil de données par les dossiers du 1^{er} septembre 2016 dans les deux maternités puis nous avons inclus tous les dossiers qui entraient dans nos critères de sélection jusqu'à obtenir le nombre de femmes à inclure. Concernant la maternité A, nous avons recueilli les dossiers des accouchements ayant eu lieu entre le 1^{er} septembre et le 22 décembre 2016 et concernant la maternité B, entre le 1^{er} septembre et le 25 décembre 2016.

Nous ne souhaitons pas recueillir les données de l'année 2017 car l'étude PASST (NCT03018860), concernant la durée des efforts expulsifs chez les primipares à bas risque, avait débuté dans les deux maternités et risquait d'entraîner un biais dans notre étude.

Le recueil de données a été effectué entre juillet et décembre 2017. Les données ont été recueillies de façon anonyme puis entrées dans une base de données du logiciel Excel.

Concernant la maternité A, nous avons eu accès à une base de données comprenant toutes les femmes primipares, avec un âge compris entre 18 et 35 ans et un IMC entre 17 et 30 kg/m², qui avaient accouché à terme, sous analgésie péridurale en présentation du sommet sur l'année 2016. Cela concernait 1 522 femmes. Cette base de données contenait les antécédents médicaux et gynécologiques des femmes, leur situation de dépendance vis-à-vis des toxiques, ainsi que les éventuelles pathologies développées pendant la grossesse. À partir de cette base de données, nous avons pu exclure 323 femmes qui ne correspondaient pas à nos critères de sélection. Parmi les 1 199 dossiers restants, 383 femmes avaient accouché entre le 1^{er} septembre et le 22 décembre 2016.

Ces 383 dossiers médicaux ont été ouverts aux archives de la maternité A. À la lecture des dossiers, nous avons exclu 78 femmes qui ne correspondaient pas à nos critères (parité > 1, pH au scalp avant dilatation complète, césariennes en cours de travail avant DC, pathologies maternelles ou fœtales, grossesses gémellaires) ou qui avaient un dossier incomplet ou introuvable (n = 4). Finalement, nous avons inclus 305 femmes dans la maternité A.

Concernant la maternité B, nous avons obtenu la liste de toutes les naissances entre le 1^{er} septembre 2016 et le 31 décembre 2016. Cela correspondait à 1 127 naissances. Nous avons sélectionné à partir des registres d'accouchements toutes les femmes primipares, avec un âge compris entre 18 et 35 ans, qui avaient accouché à terme, sous analgésie péridurale, d'un fœtus unique en présentation du sommet. Après cette sélection, nous obtenions 372 femmes ayant accouché entre le 1^{er} septembre et le 25 décembre 2016. Ces 372 dossiers médicaux ont été ouverts sur les postes informatiques de la maternité B. Après lecture des dossiers, nous avons exclu 63 femmes qui n'entraient pas dans nos critères d'inclusions (IMC > 30, parité > 1, accouchements sans APD, césariennes avant dilatation complète, macrosomie, RCIU, prééclampsie, accouchements par le siège) ou qui avaient un dossier incomplet (n = 6). Finalement, nous avons inclus 309 femmes dans la maternité B.

➤ NOMBRE DE SUJETS À INCLURE

Notre analyse consistait à comparer deux proportions observées sur deux maternités différentes. Nous souhaitions évaluer l'association entre la durée de la phase de descente et le mode d'accouchement. Cependant, cette association n'étant pas décrite dans la littérature, le nombre de sujets à inclure ne pouvait pas être déduit de taux précédemment publiés. La seule donnée dont nous disposions pour réaliser le calcul d'effectif était le taux de césarienne pendant le travail (peu importe la dilatation cervicale) chez les primipares à bas risque dans chacune des maternités.

La proportion de césariennes observée pendant le travail chez la primipare à bas risque était de 12,2 % dans la maternité A et d'environ 20 % dans la maternité B en 2016. Nous avons donc réalisé l'estimation du nombre de sujets à inclure à partir de la proportion de césariennes pendant le travail, en faisant l'hypothèse qu'environ 30 % des césariennes étaient complètes soit 3,7 % dans la maternité A. Nous cherchions à démontrer une supériorité entre les deux groupes, c'est-à-dire que le protocole de la maternité A permettait une amélioration du taux d'accouchement par voie basse de 5 % (soit de 91,3 % à 96,3 %). Il s'agissait donc d'un test unilatéral.

Nous avons placé le risque de première espèce alpha à 5 % et la puissance du test à 80 %. Nous devions donc inclure 287 patientes dans chaque groupe soit 574 femmes pour les deux maternités afin de montrer un taux d'accouchement par voie basse spontanée significativement supérieur dans la maternité A. Comme l'hypothèse des 30 % de césariennes réalisées à dilatation complète était aléatoire, nous avons décidé d'inclure 5 % de femmes supplémentaires soit environ 300 femmes dans chaque groupe.

➤ CRITÈRES DE JUGEMENT

Le critère de jugement principal était le mode d'accouchement, étudié grâce à une variable à deux classes : accouchement par voie basse spontanée et accouchement opératoire (regroupant les accouchements instrumentaux et les césariennes).

Les critères de jugement secondaires étaient le mode d'accouchement (en trois classes), la morbidité maternelle évaluée par la présence d'une hémorragie de la délivrance et/ou de lésions périnéales et la morbidité néonatale évaluée par le pH artériel au cordon prélevé à la naissance, un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 min de vie et un transfert en service de néonatalogie ou de réanimation.

➤ VARIABLES RECUEILLIES

■ VARIABLES À EXPLIQUER

Le mode d'accouchement étudié en 2 classes dans un premier temps : voie basse spontanée et accouchement opératoire (regroupant les voies basses instrumentales et les césariennes); puis en 3 classes : voie basse spontanée, voie basse instrumentale et césarienne.

Concernant les issues maternelles, les variables évaluées étaient :

- L'estimation des pertes sanguines (EPS) en ml étudiée de façon continue et estimée grâce à des sacs de recueil dans les deux maternités.
 - L'hémorragie de la délivrance (HDD) lorsque l'EPS était supérieure ou égale à 500 ml et/ou que l'hémorragie était notifiée dans le dossier médical. Nous avons relevé les hémorragies sévères définies par l'instauration d'un traitement par Sulprostone (Nalador®), la nécessité d'une transfusion sanguine, une estimation des pertes sanguines supérieure à 1 000 ml ou l'utilisation d'un dispositif de tamponnement intra-utérin (Ballon de Bakri®).
- Les causes d'hémorragie de la délivrance étaient classées en fonction du nombre de causes : 1, 2 ou 3 causes. Les causes relevées étaient : l'atonie utérine, la rétention placentaire, les lésions génitales et périnéales et les saignements opératoires ou d'hystérotomie.
- Les lésions périnéales, étudiées en 3 classes : périnée intact et éraillure, déchirure périnéale simple des 1^{er} et 2^e degrés et épisiotomie, périnée complet non compliqué (déchirure du 3^e degré). Il n'y avait pas de déchirure du 4^e degré relevée dans cette étude.

Concernant les issues néonatales, les variables évaluées étaient :

- L'Apgar à 5 min de vie étudié en 2 classes : supérieur à 7 et inférieur ou égal à 7.
- Le pH artériel au cordon étudié en 3 classes : supérieur ou égale à 7,20, entre 7 et 7,20 et inférieur ou égal à 7.
- Le transfert en service de réanimation ou de néonatalogie étudié en 2 classes : oui ou non.

Le motif de transfert séparé en 3 classes : détresse respiratoire, détresse respiratoire dans un contexte infectieux et souffrance ou évaluation neurologique.

■ VARIABLES EXPLICATIVES

Concernant les durées du travail, les variables recueillies afin de calculer les durées du travail étaient :

- L'heure d'entrée en salle de naissance (horaire du toucher vaginal entraînant l'entrée en salle de naissance),
- L'heure au diagnostic de la dilatation complète,
- L'heure de début des efforts expulsifs et l'heure de naissance.

Les durées étudiées étaient les suivantes :

- La durée du premier stade du travail calculée à partir de l'heure d'entrée en salle de naissance et de l'heure du diagnostic de la dilatation complète. Nous avons étudié cette variable en 2 classes: durée strictement inférieure à 12 heures et durée supérieure ou égale à 12 heures.
- La durée du 2^e stade du travail calculée à partir de l'heure du diagnostic de la dilatation complète et de l'heure de la naissance de l'enfant. Cette variable a été étudiée de façon continue.
- La durée de la phase de descente calculée à partir de l'heure du diagnostic de la dilatation complète et de l'heure du début des efforts expulsifs. Nous avons étudié cette variable de façon continue puis en 4 classes: strictement inférieure à 1 heure, comprise entre 1 et 2 heures, entre 2 et 3 heures et supérieure ou égale à 3 heures. Pour les césariennes, le calcul de la durée était effectué à partir de l'heure du diagnostic de la dilatation complète et de l'heure de la naissance de l'enfant.
- La durée de la phase d'expulsion calculée à partir de l'heure du début des efforts expulsifs et de l'heure de la naissance de l'enfant et étudiée de façon continue et en 2 classes: strictement inférieure à 30 minutes et supérieure ou égale à 30 minutes. Les césariennes étaient classées dans la catégorie « *non renseigné* » car la notion de durée d'expulsion n'était pas pertinente dans cette situation.

Concernant les caractéristiques préexistantes à la grossesse, les variables recueillies étaient :

- L'âge de la mère à l'accouchement en années, calculé à partir de la date d'accouchement et de la date de naissance de la mère. L'âge a été étudié en 3 classes: [18-25 [ans, [25- 30 [ans et [30-35 [ans.
- L'indice de masse corporelle avant la grossesse en kg/m², séparé en 3 classes [17-18,5 [, [18,5-25[et [25-30 [. L'IMC a été calculé à partir des variables: taille maternelle et poids maternel avant la grossesse, recueillies dans les dossiers.
- L'origine géographique de la mère, étudiée initialement en 8 classes: Europe, DOM-TOM, Amérique du Nord, Amérique du Sud, Asie, Moyen Orient, Afrique du Nord et Afrique subsaharienne puis regroupée secondairement en 5 classes: Europe, Afrique du Nord, Afrique subsaharienne, Asie et autre.
- Le niveau d'études de la mère, étudié en 3 classes: niveau inférieur au baccalauréat, niveau baccalauréat et études supérieures. Lorsque seule la profession de la femme était renseignée dans le dossier, nous avons retenu le niveau d'étude équivalent à la profession.
Les professions pour lesquelles le niveau d'études n'était pas identifiable de façon certaine ont été classées dans la catégorie « *non renseigné* ».
- La protection sociale de la mère, étudiée en 4 classes: sécurité sociale et mutuelle, couverture maladie universelle (CMU), aide médicale de l'État (AME) et aucune protection sociale. Les femmes qui avaient une assurance étrangère ont été classées dans la catégorie « *sécurité sociale et mutuelle* ».
- Le statut marital de la mère séparée en 2 classes: les femmes seules ou célibataires et les femmes mariées ou vivant en couple.

Concernant les caractéristiques de la grossesse, les variables recueillies étaient :

- La prise de poids pendant la grossesse en kg, étudiée en 2 classes: < 15 kg et ≥ 15 kg. La prise de poids a été obtenue en calculant la différence entre le poids maternel avant la grossesse et le poids à la dernière consultation de grossesse (consultation du 9^e mois).
- La consommation de tabac pendant la grossesse, recueillie à la première consultation à la maternité et étudiée en 2 classes: oui et non. L'arrêt du tabac en cours de grossesse n'a pas été étudié.
- La hauteur utérine (HU) à la dernière consultation de grossesse soit entre 34 SA et 39 SA + 6 jours, étudiée en 2 classes: strictement inférieure à 34 cm et supérieure ou égale à 34 cm
- Les pathologies de la grossesse, étudiées en 3 classes: absence de pathologie, une pathologie et deux pathologies. Les pathologies relevées étaient les suivantes :
 - **Pathologies maternelles:** diabète gestationnel (DG) sous régime bien équilibré, diabète gestationnel sous insuline bien équilibré, menace d'accouchement prématuré (MAP), hépatite B chronique, cerclage en début de grossesse pour antécédent de conisation, grossesse sous Aspégic® pour antécédent de fausses couches à répétition, grossesse sous anticoagulants pour antécédent d'accident thromboembolique ou présence d'une mutation génétique, anémie modérée (≥ 9,5 g/L), thrombopénie modérée de fin de grossesse (sans contre-indication à une analgésie péridurale) et hypothyroïdie ;
 - **Pathologies fœtales:** oligoamnios et hydramnios découvert en fin de grossesse (après l'échographie du 3^e trimestre), petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) > 3^e percentile et/ou surveillance de la croissance fœtale accrue pendant la grossesse, macrosomie < 97^e percentile, artère ombilicale unique (AOU) et dilatation pyélique modérée.
- Le terme d'accouchement, recueilli directement dans les dossiers et étudié en 5 classes: [37-38 [SA, [38-39 [SA, [39-40 [SA, [40-41 [SA, ≥ 41 SA.

Concernant les caractéristiques du travail obstétrical, les variables recueillies étaient :

- Le mode d'entrée en travail, étudié en 2 classes: spontané ou déclenché (toutes méthodes confondues). L'indication du déclenchement était séparée en 4 classes: grossesse prolongée ≥ 41 SA, rupture prématurée des membranes sans mise en travail, diabète gestationnel sous insuline et autres indications. La catégorie « *autres indications* » regroupait les déclenchements pour: diminution des mouvements actifs fœtaux (MAF), anomalie de liquide amniotique à 39 SA ou 40 SA (hydramnios, oligoamnios ou anamnios), diabète gestationnel sous régime, PAG entre le 5^e et le 10^e percentile, condition locale favorable et désir maternel.
- La dilatation cervicale à l'entrée en salle de naissance (SDN) correspondant à l'examen vaginal générant l'entrée en salle de naissance ou dans certains cas, à la dilatation cervicale au début du partogramme. Cette variable a été étudiée en 2 classes: entrée en salle de naissance < 5 cm de dilatation ou ≥ 5 cm.
- Le mode de rupture des membranes étudié en 3 classes: rupture avant l'entrée en travail ou rupture prématurée

des membranes, rupture pendant le travail (artificielle et spontanée) et rupture à dilatation complète. La rupture à dilatation complète a été séparée en 2 catégories : rupture tempestive ou rupture artificielle.

- La couleur du liquide amniotique (LA) à l'expulsion, séparée en 3 classes : liquide clair, liquide teinté et liquide méconial.
- L'utilisation d'oxytocine pendant le travail, étudiée en 2 classes : oxytocine et pas d'oxytocine. La catégorie « utilisation d'oxytocine » était séparée en 3 classes en fonction du moment d'instauration de l'oxytocine : début avant 5 cm de dilatation, entre 5 et 9 cm et à dilatation complète. Parmi les situations d'oxytocine débuté à dilatation complète, nous avons relevé les femmes pour qui l'oxytocine a été introduit après 2 heures de dilatation complète.
- La durée d'utilisation de l'oxytocine, séparée en 3 classes : ≤ 2 heures, entre 2 et 10 heures et ≥ 10 heures.
- Le rythme cardiaque fœtal suspect, étudié en 2 classes : suspect et non suspect. Le RCF était classé dans la classe « suspect » lorsqu'une mesure de pH était réalisée à dilatation complète (même si le résultat était normal) et dans les situations pour lesquelles le RCF nécessitait de débiter les efforts expulsifs précocement.

Concernant les caractéristiques de l'accouchement, les variables décrites étaient :

- Les motifs d'extraction instrumentale, séparés en 2 classes : « non-progression » et « anomalie du rythme cardiaque fœtal » (ARCF). Les motifs relevés étaient ceux indiqués dans le dossier d'accouchement. Les extractions instrumentales pour anomalie du rythme cardiaque fœtal et celles pour non-progression dans un contexte d'ARCF ont été regroupées dans la catégorie « ARCF ». Les extractions pour non-progression de la présentation, hors ARCF, ont été classées dans la catégorie « non-progression ».
- Les motifs de césarienne, séparés en 2 classes : césarienne pour « non-engagement à dilatation complète » et pour « ARCF et non-engagement à dilatation complète ». Les motifs relevés étaient ceux indiqués dans le compte rendu opératoire de la césarienne. Les césariennes pour ARCF à dilatation complète sur une présentation non engagée ont été regroupées dans la catégorie « ARCF et non engagement à dilatation complète ». Les césariennes pour non-engagement de la présentation hors ARCF, ont été classées dans la catégorie « non-engagement à dilatation complète ». Les césariennes réalisées après un échec d'extraction instrumentale ont été classées dans la catégorie « non-engagement ».
- La hauteur de la présentation au début des efforts expulsifs, séparée en 4 classes : présentation céphalique non engagée, engagée partie haute, engagée partie moyenne et engagée partie basse. Dans les cas où la hauteur renseignée dans le dossier était double, la variable retenue était la plus haute, par exemple pour : « présentation partie haute - partie moyenne » nous avons retenu « partie haute ».
- Le moment d'engagement de la présentation a pu être connu car nous avons recueilli la hauteur de la présentation à dilatation complète, à 1 heure, à 2 heures et à 3 heures de dilatation complète ainsi que la hauteur de la présentation au début des efforts expulsifs.

Cette variable a été étudiée en 4 classes : engagement avant 2 heures de dilatation complète, engagement entre

2 et 3 heures de dilatation complète et engagement après 3 heures de dilatation complète et pas d'engagement.

- La présentation de dégagement : occipito-pubien (OP) et occipito-sacrée (OS).
- Les conduites à tenir en cas de variété postérieure à dilatation complète que nous avons séparées en 3 classes : rotation manuelle pendant le 2^e stade (descente et expulsion), rotation spontanée pendant le 2^e stade et échec de rotation manuelle.
- Le poids et la taille de naissance étudiés de façon continue.
- Le périmètre crânien (PC) à la naissance étudié en classes : < 34 cm, [34 - 36 cm] et > 36 cm.

➤ STRATÉGIE D'ANALYSE

Nous avons commencé l'analyse par une description des caractéristiques des populations des deux maternités afin de nous assurer de leur comparabilité en termes de caractéristiques préexistantes à la grossesse (âge, IMC, origine géographique, niveau d'études, protection sociale, statut marital). Nous avons également comparé les caractéristiques de la grossesse, du travail et de l'accouchement selon la maternité d'origine.

Afin d'évaluer si le mode d'accouchement était associé au protocole d'expectative à dilatation complète des maternités, nous avons réalisé une analyse univariée comparant selon le mode d'accouchement : la maternité d'accouchement, les caractéristiques préexistantes à la grossesse et les caractéristiques de la grossesse. Cette analyse nous permettait d'obtenir des odds ratio bruts (ORb) et leurs intervalles de confiance à 95 % (IC95 %).

Nous avons ensuite réalisé une analyse multivariée par régression logistique permettant de déterminer si les différences observées sur le mode d'accouchement étaient liées de manière indépendante au protocole d'une des deux maternités ou liées aux caractéristiques individuelles des femmes. Pour cette analyse multivariée, nous avons réalisé un ajustement sur les facteurs retrouvés dans l'analyse univariée et sur les facteurs connus comme étant associés au mode d'accouchement (l'âge maternel, l'IMC avant la grossesse, le terme, le mode d'entrée en travail et l'utilisation d'oxytocine). Cette analyse nous permettait d'obtenir les odds ratios ajustés (ORa) et leurs intervalles de confiance à 95 % (IC95 %).

Ensuite, afin de répondre à nos objectifs secondaires nous avons effectué une comparaison du mode d'accouchement en trois classes : voie basse spontanée, voie basse instrumentale et césarienne, selon la maternité d'origine par analyse univariée puis à l'aide d'une régression logistique multinomiale multivariée. Et afin d'étudier le lien entre les protocoles d'expectative à dilatation complète et les issues maternelles et néonatales, nous avons comparé ces dernières entre les deux maternités.

Enfin nous avons réalisé une analyse descriptive comparant les femmes présentant une phase de descente d'une durée supérieure à 3 heures à celles avec une phase de descente inférieure à 3 heures, visant à étudier le profil de ces femmes.

➤ ANALYSES STATISTIQUES

Pour les variables continues, nous avons calculé les moyennes et leurs écarts-types. Le test statistique utilisé pour la comparaison de ces variables était le test de Student. Les critères d'application du test de Student ont été vérifiés avant la réalisation des tests.

Pour les variables catégorielles, nous avons calculé les nombres et pourcentages. Les tests statistiques utilisés pour comparer ces variables étaient le test de Chi2 ou le test exact de Fisher selon les conditions d'application de ces tests.

Les données manquantes ont constitué un groupe appelé « non renseigné » et n'ont pas été utilisées dans les calculs car elles représentaient des échantillons faibles, inférieurs ou proches de 5 %.

Le risque alpha de première espèce était fixé à 5 %. Les logiciels utilisés pour réaliser les analyses statistiques étaient BiostaTGV en ce qui concerne les analyses univariées et Stata 13.0 pour les analyses multivariées.

➤ CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES

Il s'agissait d'une étude observationnelle, utilisant des informations recueillies de façon anonyme à partir de dossiers médicaux de femmes. Cette étude a été approuvée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés: CNIL n° 1755849.

Le recueil des données a été effectué avec l'accord de XXX, chef de service de la maternité XXX et de XXX, chef de service de la maternité XXX.

Camille ETTIENNE, Faculté de Santé, Université d'Angers

PRIX SCIENTIFIQUE

LE DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL AU C.H.U D'ANGERS, VERS UNE UTILISATION NON SYSTÉMATIQUE DE L'OXYTOCINE ?

RÉSUMÉ

CONTEXTE ➤ En 2016, 22 % des patientes ont bénéficié d'un déclenchement artificiel du travail en France. Cette pratique n'est pas standardisée et une option d'expectative a été peu étudiée.

OBJECTIF ➤ Montrer que 2 heures d'expectative après l'amniotomie dans le cadre d'un déclenchement ne nuisent pas à la santé materno-fœtale.

MATÉRIEL ET MÉTHODE ➤ Étude rétrospective, monocentrique, observationnelle, réalisée au CHU d'Angers. Deux groupes appariés de 100 patientes ont été analysés. Elles avaient accouché selon un déclenchement artificiel du travail entre 2015 et 2017. Une analyse en sous-groupes, avec appariement des patientes selon leur IMC (inférieur ou supérieur à 30 kg/m²) ou leur parité (primipare ou multipare), a été réalisée.

RÉSULTATS ➤ Aucune différence concernant le taux de césarienne n'a été mise en évidence ($p = 0,37$), tout comme le taux d'extraction instrumentale, d'HPP ou d'hyperstimulation utérine. Les résultats néonataux n'indiquaient pas non plus de différence (poids, pH artériel, Apgar à 5 min < 7, admission en néonatalogie). On observe une diminution significative de la quantité totale d'oxytocine utilisée pendant le travail ($p = 0,04$) et un allongement de la durée du travail dans le groupe « oxytocine retardée ». Le groupe « nullipares » possède un taux significativement augmenté d'HPP ($p = 0,03$). Parmi les multipares, l'oxytocine n'a été introduite que chez 70 % des patientes.

CONCLUSION ➤ Une attitude expectative permet d'économiser de l'oxytocine mais augmente la durée totale du travail, sans augmenter la morbi-mortalité materno-fœtale en salle de travail, excepté pour le taux d'HPP chez les nullipares.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

➤ SCHÉMA D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude quantitative, descriptive, rétrospective, monocentrique réalisée au C.H.U. d'Angers (maternité de niveau III). Les données ont été recueillies entre le 7 avril 2015 et le 23 août 2017.

➤ MATÉRIEL ET MÉTHODE

La population cible est l'ensemble des femmes bénéficiant d'un déclenchement artificiel du travail à la maternité du C.H.U d'Angers. La population source est l'ensemble des femmes ayant accouché à terme. Les dossiers de l'année 2017 ont été sélectionnés à l'aide des codages PMSI « déclenchement oxytocine ». Les dossiers de l'année 2016 ont été sélectionnés à l'aide des codages PMSI « déclenchement ».

Les dossiers de l'année 2015 ont été sélectionnés par la lecture des cahiers d'accouchement puis les numéros de dossiers ont été retrouvés grâce au logiciel de gestion des patients (MEVA).

Pour chaque dossier, une vérification des critères d'inclusion et d'exclusion a été faite à l'ouverture du dossier par la lecture de celui-ci.

Les critères d'inclusion sont : une présentation fœtale céphalique, un utérus sain.

Les critères d'exclusion sont : les accouchements prématurés (avant 37 semaines d'aménorrhée), les utérus cicatriciels, la rupture spontanée des membranes avant la mise en travail, les grossesses multiples, la mise en travail spontanée.

Les données systématiquement recueillies sont :

- **Caractéristiques maternelles :** parité, gestité, âge, indice de masse corporelle, ethnie, consommation de tabac, pathologies associées.
- **Caractéristiques du travail :** terme, pathologie liée à la grossesse, indication du déclenchement, mode de déclenchement, score de Bishop à la décision du mode de

déclenchement, délai entre amniotomie et accouchement, délai entre amniotomie et mise en place de la perfusion d'oxytocine, péridurale et le moment où elle a été mise en place, hyperactivité utérine (hypercinésie ou hypertonie).

- **Caractéristiques sur l'utilisation de l'oxytocine** : dose totale reçue (mUI), débit maximum utilisé (mUI/min).
- **Caractéristiques de l'accouchement** : mode d'accouchement (par voie basse, instruments, césarienne), l'indication retenue pour l'intervention, hémorragie de la délivrance.
- **Caractéristiques concernant le nouveau-né** : poids, score d'APGAR à 5 minutes de vie < 7, pH à la naissance, hospitalisation en néonatalogie.

Certaines données ont dû être calculées à partir d'éléments dans le dossier :

- **La quantité totale d'oxytocine utilisée** : dose obtenue en multipliant et additionnant les débits d'oxytocine indiqués dans le dossier obstétrical en mUI/min par la durée d'administration correspondante, en minutes.
- **Les hyperactivités utérines ou hyperstimulations utérines** ont été recueillies par la lecture des enregistrements cardio-tocographiques.

Bien qu'il n'existe pas de définition consensuelle de l'hyperstimulation utérine, la définition de celle-ci a été retenue comme celle de l'American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) et le CNGOF. Ils définissent l'hyperstimulation utérine par une hypercinésie de plus de 5 CU/10 min pendant au moins 20 minutes ou une contraction de durée supérieure ou égale à 2 min ou une contraction de durée normale, mais survenant dans la minute après la précédente.

Les indications du déclenchement ont été regroupées ainsi :

- **Pathologies maternelles** : cholestase gravidique, hypertension artérielle, protéinurie isolée, prééclampsie, traitement maternel nécessitant une fenêtre thérapeutique, saignements du 3^e trimestre ;
- **Pathologies fœtales** : ARCF, RCIU/PAG, suspicion de macrosomie, allo-immunisation fœto-maternelle, dystocie de présentation ;
- Diminution des mouvements actifs fœtaux ;
- Grossesse prolongée ;
- **Diabètes** : diabète gestationnel ou préexistant à la grossesse ;

- **Anomalies du liquide amniotique** : hydramnios, oligoamnios ;
- **Autres** : convenance, antécédent de mort fœtale in utero, sciatalgie, asthénie, antécédent de dystocie des épaules, dystocie de démarrage.

Les données ont été recueillies à l'aide d'un fichier Excel 2017 (Microsoft Office 2017) par la lecture du dossier obstétrical, du partogramme et de l'enregistrement cardio-tocographique.

Les références des dossiers inclus et leurs numéros d'anonymat ont été consignés dans un fichier Excel également.

Les données ont été recueillies entre 2015 et 2017. 150 dossiers dans chaque groupe ont pu être inclus. Puis, pour éliminer le biais principal dû à la disparité des populations entre les deux groupes, un appariement a été réalisé selon la parité, l'IMC (kg/m²) et le mode de déclenchement.

Pour la parité, deux groupes ont été retenus : les primipares et les multipares. Pour l'IMC, la limite a été fixée à 30 kg/m² soit la définition de l'obésité. C'est aussi à partir de cette définition de l'obésité qu'apparaissent des complications obstétricales.

Concernant le mode de déclenchement : soit les patientes étaient déclenchées directement avec l'amniotomie et l'utilisation d'oxytocine, soit une maturation par prostaglandines avait lieu précédemment.

Ainsi, deux groupes de 100 patientes ont pu être appariés, avec les mêmes parités, IMC et modes de déclenchement.

Ayant été prouvé que le pronostic d'accouchement dépend de la parité de la patiente et de son IMC, il semblait intéressant de faire une analyse en sous-groupe. Une analyse en sous-groupe a été réalisée concernant les nullipares, les multipares, les patientes obèses et les patientes ayant un IMC normal.

L'analyse descriptive a été réalisée avec Excel 2017, les variables quantitatives ont été décrites par la valeur moyenne et l'écart-type (si les moyennes étaient proches) ou par la médiane et les valeurs minimum et maximum (si les valeurs étaient considérées comme différentes). L'analyse comparative de ces variables a été réalisée par le test t de la loi de Student. Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage de l'effectif total ou du sous-groupe. L'analyse comparative de ces variables a été réalisée par le test du Khi2 ou le test de Fisher (quand l'effectif était inférieur à cinq). Les trois tests ont été réalisés grâce au site BiostaTGV. Le risque alpha de première espèce a été défini à 95, soit un seuil de significativité $p < 0,05$.

Anna FAVARETTO, Faculté de Médecine et de Maïeutique, filière maïeutique, Université Catholique de Lille

PRIX
SCIENTIFIQUE

QUAND LE SERIOUS GAME S'INVITE EN SALLE DE NAISSANCE : INTÉRÊT DE LA SIMULATION NUMÉRIQUE DANS LA FORMATION DES ÉTUDIANTS SAGES-FEMMES POUR LA PRISE EN CHARGE DE L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM

RÉSUMÉ

INTRODUCTION > L'hémorragie du post-partum (HPP) est une pathologie obstétricale pouvant mettre en jeu le pronostic vital de la parturiente. L'amélioration de sa prise en charge

est un enjeu de santé publique puisque l'HPP représente la première cause de mortalité maternelle dans le monde. Le Comité National d'Experts qui analyse ces décès montre qu'ils sont en majorité évitables. Dans ce contexte, il est nécessaire d'améliorer la formation des professionnels qui

y sont confrontés. Véritable outil pédagogique, la simulation permet d'améliorer les pratiques. Du mannequin créé par M^{me} Ducoudray, sage-femme au XVIII^e siècle, à l'avènement de la simulation haute-fidélité dans les années 2000, la simulation a prouvé de nombreux bénéfices pédagogiques. La simulation numérique combine un support ludique et une intention éducative, elle supprime la contrainte temporelle et de disponibilité physique des apprenants. L'objectif de ce mémoire est d'analyser la place de la simulation numérique, grâce à un « serious game », dans la formation des étudiants sages-femmes.

MATÉRIEL ET MÉTHODE > Cette étude est réalisée auprès des étudiants de première année de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques (FASMA1), soit les étudiants de 4^e année, au sein d'un département maïeutique. Deux groupes ont été formés aléatoirement : le groupe 1 test « PerinatSims » (n = 14) bénéficiant d'une formation sur le « serious game » PERINATSIMS® et le groupe 2 « Témoin » (n = 13) bénéficiant d'une formation classique. Par l'intermédiaire d'une évaluation écrite identique, cette étude compare l'acquisition et le maintien des connaissances à plusieurs reprises dans le temps (Pré-test, Post-test 1 à un mois, Post-test 2 à six mois). Puis, lors de la séance sur mannequin haute-fidélité en laboratoire de simulation (schéma pédagogique actuel), les actes réalisés et ceux oubliés dans chaque groupe ont été relevés. À la sortie de cette séance, chaque participant s'est auto-évalué à l'aide d'une échelle de Likert sur le niveau d'aisance, d'assurance et de stress ressenti.

RÉSULTATS > L'étude retrouve une amélioration significative des connaissances à 1 mois avec une dégradation des résultats à 6 mois similaire dans les deux groupes. L'étude démontre dans le groupe 1, une aisance et une assurance supérieure au groupe 2 de même qu'un niveau de stress inférieur au cours des séances de simulation haute-fidélité. Enfin, en laboratoire de simulation, le groupe 1 a réalisé de meilleures performances techniques que le groupe 2.

DISCUSSION > L'apprentissage de la prise en charge de l'HPP nécessite une répétition régulière des entraînements pour le maintien des connaissances, facilitée par l'outil numérique. Cependant son intégration dans les structures de formation est freinée par son coût à l'achat et la formation nécessaire des enseignants. Le « serious game » permet ainsi une préparation efficace des étudiants sages-femmes entre le cours magistral et le laboratoire de simulation tant au niveau théorique qu'au niveau technique.

MÉTHODOLOGIE

> CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉTUDE

Du 31 mars au 3 novembre 2017, une étude portant sur l'évaluation des pratiques pédagogiques a été menée au sein du département maïeutique. Cette étude qui s'est déroulée en quatre phases a été menée auprès des étudiants en première année de Formation Approfondie en Sciences Maïeutiques (FASMA1), dans la mesure où l'enseignement théorique sur l'hémorragie du post-partum et la formation sur mannequin en laboratoire de simulation haute-fidélité sont dispensés en FASMA1.

L'effectif total était de 28 participants incluant l'investigatrice. Dans un premier temps, les 27 participants (investigatrice non incluse) ont été répartis aléatoirement en 2 groupes

puis pseudo-anonymisés, soit n = 14 dans le groupe 1 « PerinatSims » et n = 13 dans le groupe 2 « Témoin ». Par la suite, pour le bon déroulement de la séance en laboratoire de simulation, des binômes ont été tirés au sort dans chaque groupe. Afin de pouvoir constituer des duos, une étudiante du groupe 2 a été désignée aléatoirement pour constituer un binôme avec l'investigatrice. Ce binôme n'a pas été évalué lors de la séance en laboratoire de simulation. Lors de cette phase, ce sont alors 26 étudiants qui ont été évalués. Pour finir, lors de la troisième phase, les participants ont retrouvé leurs groupes initiaux, ramenant par conséquent, l'effectif final à 27 participants.

L'étudiante investigatrice principale de l'étude de même que tout étudiant redoublant la quatrième année de formation, qui aurait de ce fait déjà bénéficié des formations théorique et pratique n'ont pas été inclus.

Les critères de jugements étudiés étaient : la connaissance théorique, la performance, l'aisance, l'assurance, le stress.

Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été effectuée sous le n° 2047658. L'étude bénéficie également des autorisations nécessaires de la structure de formation.

> OUTILS

Afin d'attribuer une éventuelle place à la simulation informatique représentée par le « serious game » PERINATSIMS® dans notre schéma pédagogique de formation des étudiants en sciences maïeutiques, nous avons décidé de l'évaluer.

Selon Donald McCain, docteur américain reconnu pour son travail dans le domaine de l'économie et de l'éducation, l'évaluation a pour but de déterminer et d'améliorer la valeur d'une formation. Elle permet alors d'apprécier une formation dans le but de l'instaurer, de la maintenir, de l'améliorer ou de la supprimer. Aussi, dans une démarche de recherche de la meilleure méthode d'évaluation, a été retenu le modèle de Donald Kirckpatrick. Ce chercheur invente dans les années 50 un modèle d'évaluation de référence au niveau mondial qui comprend quatre niveaux d'évaluation : réactions, apprentissages, comportements et résultats. Chaque niveau est construit à partir des informations provenant du niveau précédent (niveau d'impact complémentaire) ; plus on avance dans les niveaux, plus l'évaluation est fine et rigoureuse.

Nous avons choisi d'utiliser un niveau 3 où il s'agit de repérer par l'intermédiaire de questionnaires à plusieurs reprises dans le temps, les connaissances, compétences et attitudes acquises lors de la formation qui donneraient lieu à une réutilisation dans la pratique professionnelle.

■ PRÉ-TEST

Le premier test appelé « Pré-test » était un test d'évaluation des connaissances. Il a été conçu en trois parties : un algorithme (noté sur 34) détaillant la prise en charge de l'hémorragie du post-partum en phase initiale et en phase critique, élaboré à partir de l'algorithme de prise en charge de l'HPP d'un réseau de périnatalité. La deuxième partie comportait des cas cliniques (notés sur 4) inspirés d'ouvrages de référence en gynécologie-obstétrique. Enfin, la troisième partie comportait des questions à choix multiples (QCM), notés sur 14,4 et créés à l'aide d'ouvrages de préparation aux Épreuves Nationales Classantes en gynécologie-obstétrique. Ce test a été validé par un médecin gynécologue-obstétricien.

La pondération est de 1/5, soit 0,20 par bonne réponse. Il n'a pas été retenu de barème à points négatifs car il a été considéré que l'erreur ne pourrait annuler la compétence que pourrait avoir montrée l'apprenant. Au total, la note montre le nombre de bonnes réponses que le participant a données. Ce barème a été choisi dans le but d'être le plus facile à corriger et à interpréter, ainsi que le plus juste pour l'étudiant.

■ PERINATSIMS®

PERINATSIMS® est un simulateur médical numérique destiné aux professionnels, étudiants et réseaux de périnatalité. Cet outil pédagogique comprend divers scénarii sur la prise en charge des urgences obstétricales et plus particulièrement sur l'hémorragie du post-partum. Il a été conçu en collaboration avec l'Université Paris Descartes, l'école de sages-femmes Saint Antoine et un studio 3D. Flexible, sur ordinateur ou tablette, il permet en équipe ou en solo, un entraînement interactif, immersif et reproductible à l'envie. L'apprentissage est personnalisé : on peut se concentrer sur un aspect de la prise en charge, conforter ses acquis, apprendre de ses erreurs en répétant les scénarii à l'infini. L'apprenant peut répéter une tâche, une manœuvre, une procédure tout en apprenant par l'erreur, ce qui n'est plus tolérable en stage.

■ POST-TEST 1

Un deuxième test d'évaluation des connaissances a été effectué juste après l'entraînement pour le groupe 1 sur le logiciel PERINATSIMS® ou la séance de révision pour le groupe 2. Afin d'identifier les groupes, il a été demandé au participant d'inscrire son numéro de groupe sur la feuille d'examen. Le contenu de l'évaluation était le même que pour le « Pré-test ».

■ POST-TEST 2

Un troisième et dernier test d'évaluation des connaissances a été effectué le 29 novembre 2017, soit 6 mois après le début de l'étude. Le contenu était identique aux précédentes évaluations théoriques.

■ GRILLE DE RECUEIL DES DONNÉES

Lors de la séance en laboratoire de simulation, nous avons relevé les actes réalisés par chaque binôme mais aussi ceux qui ont été oubliés, afin d'évaluer les performances des étudiants. La grille de recueil de ces actes a été construite à partir de l'algorithme de prise en charge de l'HPP proposé par un réseau de périnatalité.

■ ÉCHELLE DE LIKERT

À la fin de la séance en laboratoire de simulation, chaque participant a pu s'auto-évaluer en répondant à trois questions sur le stress, l'aisance et l'assurance. Les choix de réponse étaient proposés sous la forme d'une échelle de Likert. C'est une échelle construite par un psychologue américain, Rensis Likert, reconnu pour son apport à la mesure des attitudes. Par cette échelle de jugement, la personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord vis-à-vis d'une affirmation énoncée.

> DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Après le recueil du consentement éclairé des participants, l'étude s'est déroulée en plusieurs étapes.

■ PREMIÈRE PHASE

En premier lieu, les étudiants ont tous assisté au cours théorique sur l'hémorragie du post-partum dispensé par un

médecin gynécologue-obstétricien exerçant en milieu hospitalier. Quelques jours après ce cours, nous avons effectué une première évaluation des connaissances théoriques sur l'hémorragie du post-partum appelée « Pré-test ». Ce premier test a eu lieu le 31 mars, il a permis de connaître le niveau de connaissances de départ de chaque étudiant.

■ DEUXIÈME PHASE

Dans un deuxième temps, les participants ont été randomisés en deux groupes. Le groupe 1 « PerinatSims » a bénéficié d'une séance de 2 h 30 sur le « serious game » PERINATSIMS®, tandis que le groupe 2 « Témoin » avait à disposition pendant 2 h 30 des cas cliniques, des informations supplémentaires et une révision de l'enseignement théorique sur l'hémorragie du post-partum. Ces documents ont été créés à partir d'études, d'actualités, et d'extraits d'ouvrages de référence en gynécologie et en obstétrique. Pendant 2 h 30, le groupe 1 test s'est entraîné sur plusieurs scénarii de prise en charge d'une hémorragie du post-partum. Les décisions, les stratégies thérapeutiques et les actions ont été décidées en groupe puis exécutées sur le « serious game » par une étudiante volontaire. Au terme de la prise en charge, le logiciel a proposé un retour sur expérience détaillé, soulignant les actions manquantes et celles bien réalisées. Au terme de ces deux séances différentes, une deuxième évaluation des connaissances théoriques appelée « Post-test 1 » dont le contenu était identique à la première évaluation, a été réalisée dans le but d'observer une éventuelle progression dans chaque groupe.

■ TROISIÈME PHASE

À partir du 7 avril a eu lieu la troisième phase au sein d'un laboratoire de simulation haute-fidélité. Répartis aléatoirement en binômes, les étudiants ont participé à une séance sur l'hémorragie du post-partum à l'aide d'un mannequin connecté. La séance s'est déroulée en trois parties : le « briefing », la séance de simulation, le « débriefing ».

Lors du « briefing », le cadre de la séance et ses objectifs précis ont été expliqués. Ce temps indispensable a permis aux participants de se familiariser avec le matériel (possibilités et limites du mannequin, matériel à disposition), de présenter le contexte et l'environnement (locaux, présence de tiers). Le formateur a rappelé aux apprenants mais également aux observateurs le principe de confidentialité, les règles déontologiques et l'absence de jugement porté. Pour finir, il a été demandé aux participants de ne pas diffuser et partager les scénarii des cas présentés afin de ne pas biaiser le déroulement des séances de simulation à venir pour les participants suivants.

Dans un deuxième temps, pour une durée de 30 minutes, deux étudiants ont joué le rôle de deux sages-femmes confrontées à la survenue d'une hémorragie du post-partum chez une femme venant d'accoucher. Ils ont dû prendre en charge cette complication obstétricale sur le simulateur patient comme dans la réalité. Le mannequin, Laerdal SimMom® est piloté par ordinateur et a la possibilité de respirer, parler, répondre à des stimuli lors d'interventions. Ils obéissent à un scénario préétabli, les constantes vitales et l'état clinique peuvent varier. Un gynécologue-obstétricien et un anesthésiste étaient présents et prêts à intervenir à la demande. Au cours du scénario, l'ensemble des actions réalisées et celles oubliées ont été répertoriés par l'investigatrice. Dans une salle attenante se tenaient des observateurs étudiants qui avaient déjà bénéficié de la séance sur mannequin.

Au terme du scénario, le « débriefing » a permis un temps d'analyse et de synthèse associant une réflexion sur la mise en situation simulée et des conseils de la part des professionnels invités à participer. Les binômes ont pu également s'auto-évaluer à l'aide d'une échelle de Likert sur plusieurs critères : l'assurance, l'aisance et le stress ressentis lors de la séance.

■ QUATRIÈME PHASE

La dernière phase a eu lieu en novembre 2017, à 6 mois du début de l'étude sous forme d'évaluation des connaissances théoriques appelée « Post-test 2 » pour observer les connaissances acquises et restantes quelques mois plus tard.

➤ MÉTHODOLOGIE STATISTIQUE

Pour l'analyse descriptive, la médiane et l'écart interquartile sont présentés pour résumer les variables quantitatives, tandis que le mode est utilisé pour les variables qualitatives en raison de faibles effectifs.

Pour les analyses univariées, le test des rangs de Wilcoxon-Mann-Whitney a été utilisé pour comparer les notes et les performances entre les groupes tandis que le test des rangs signés de Wilcoxon pour échantillons appariés a été utilisé pour comparer les notes des groupes entre chaque test.

Le seuil de significativité est fixé à 5 % soit $p = 0.05$. Le logiciel utilisé est R-3.4.4.

PRIX SPÉCIAL DU JURY

Laure TOCQUEVILLE, École de sages-femmes de Rouen

1^{er} PRIX
SPÉCIAL
DU JURY

LA VACCINATION CONTRE LA COQUELUCHE : LA STRATÉGIE DU COCOONING

RÉSUMÉ

CONTEXTE ➤ La coqueluche est une maladie respiratoire contagieuse d'origine bactérienne. Elle peut atteindre les adultes, mais également les nouveau-nés pour lesquels les complications peuvent conduire au décès de l'enfant. Dans 80 % des cas le nourrisson serait contaminé par son entourage proche, les parents en étant les premiers vecteurs. C'est pourquoi depuis 2004 la stratégie du cocooning a été mise en place. Le principe est de vacciner les parents ou futurs parents afin qu'ils ne contractent pas la maladie et ainsi diminuer le risque de transmission à leur enfant.

L'objectif de ce travail est de s'intéresser aux connaissances des femmes sur la stratégie du cocooning. Secondairement, l'intérêt est de trouver des axes d'amélioration afin de mieux

informer les patientes et obtenir une couverture vaccinale plus large dans l'entourage proche des nouveau-nés et nourrissons.

MATÉRIEL ET MÉTHODES ➤ Cette étude multicentrique et descriptive a été réalisée auprès de 173 accouchées à l'aide d'un questionnaire anonyme. Les critères d'exclusion de cette enquête étaient les patientes ne parlant pas français couramment, les mineures, les accouchées qui étaient séparées de leur nouveau-né, ainsi que les patientes à JO de leur accouchement. L'enquête a eu lieu dans deux maternités de niveau III. Une analyse statistique a ensuite été réalisée afin de tester la significativité des résultats.

RÉSULTATS ET DISCUSSION ➤ Seules 36 % des patientes affirment avoir été informées sur la stratégie du cocooning. De plus, la couverture vaccinale chez les femmes

Suite p. 14

BOOSTER SA FERTILITÉ : comment suivre un régime dans une vie bien remplie ?

Avec le nutritionniste **Raphaël GRUMAN** et le comité médical **MyBuBelly**

Il est prouvé depuis longtemps que l'alimentation joue un rôle important dans la fertilité. Ainsi en période de désir d'enfant, il est préférable de réadapter son alimentation quotidienne en privilégiant les aliments qui favorisent la fertilité (antioxydants, vitamine B9, omega-3...) et en supprimant ou en diminuant ceux qui au contraire la défavorisent.

L'importance du coaching en diététique de préconception.

Il n'est pas simple d'adapter une nouvelle façon de s'alimenter à ses contraintes quotidiennes et à son rythme de vie. C'est là tout l'intérêt d'un coaching personnalisé. Un coaching est important. C'est un guide, un conseil au quotidien, une écoute et une oreille attentive qui saura vous proposer la bonne réponse à chacune de vos questions.

C'est dans cet objectif qu'a été élaborée la méthode **MyBuBelly**, le 1^{er} coaching en ligne 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

En savoir +
WWW.MYBUBELLY.COM

nouvellement accouchées est actuellement insuffisante en France puisque seules 32 % étaient à jour de leur vaccination anti-coqueluche au moment de l'enquête. Les patientes ayant été informées par un professionnel de santé sont sensiblement plus vaccinées que les autres, d'où la nécessité de délivrer une information de qualité.

Nous avons, dans un deuxième temps, pu constater que les patientes ne connaissent pas les risques encourus par leur enfant s'il contracte la coqueluche. Or les patientes informées à ce sujet sont significativement plus vaccinées que celles qui ne l'ont pas été. Dans le but de promouvoir au mieux la prévention de la maladie chez les enfants de moins de 6 mois, il est donc de notre devoir de nous efforcer d'informer davantage les patientes à ce sujet.

PROPOSITIONS D'AXES D'AMÉLIORATION > Il serait important d'informer les patientes sur la stratégie du cocooning dès leur désir de grossesse afin de mettre à jour leur vaccination et qu'ainsi cette dernière soit efficace dès la naissance de l'enfant. La consultation du carnet de santé des patientes est essentielle, couplée à la délivrance d'une ordonnance si besoin et ce, même pendant la grossesse pour une vaccination ultérieure. De plus, les patientes sont demandeuses d'une trace écrite de l'information reçue, demande à laquelle nous avons répondu par la réalisation d'une plaquette.

CONCLUSION > L'information d'un maximum de patientes au sujet de la prévention de la maladie et des risques pour l'enfant s'il la contracte nous permettrait donc d'obtenir une couverture vaccinale plus large.

MÉTHODOLOGIE EMPLOYÉE

> OUTILS D'ENQUÊTE

L'étude s'appuie sur une enquête descriptive, quantitative et prospective. Notre choix d'outil d'enquête était un questionnaire majoritairement à questions fermées. Le questionnaire était composé de trois parties.

La première partie s'intéressait aux généralités concernant la femme. La seconde partie était centrée sur les informations reçues par la patiente et également sur ses connaissances en général sur la maladie. Il nous a semblé pertinent de connaître comment et quand elle a été informée (avant la grossesse, en anténatal ou bien en postnatal). Mais aussi le type de professionnel qui l'a renseignée (pédiatre, sage-femme, gynécologue-obstétricien, médecin traitant...). Enfin, dans la dernière partie de ce questionnaire, nous nous sommes centrés sur la prévention de la maladie. Nous avons questionné les femmes sur leurs connaissances quant à la stratégie du cocooning et avons voulu savoir si ces dernières ainsi que leur conjoint étaient vaccinés. Nous les avons également interrogées sur la manière dont elles pourraient être mieux sensibilisées aux risques de la maladie pour leur nouveau-né.

Les réponses aux questionnaires ont été saisies à l'aide du logiciel Excel dans des tableaux de valeurs ainsi que la représentation par des graphiques explicatifs. Des tests statistiques ont été réalisés à l'aide du site internet « BiostaTGV » pour vérifier la significativité des résultats.

> DÉMARCHÉ

■ DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

L'enquête a été réalisée de mi-novembre 2017 à fin mars 2018 à

l'aide d'un questionnaire anonyme qui a été distribué aux patientes hospitalisées en suites de couches après leur accouchement.

Cette étude est multicentrique puisque nous avons interrogé des patientes dans deux maternités de niveau III.

Le questionnaire a été établi de mi-août à mi-novembre 2017 à l'aide du logiciel Word. Une fois terminé, il a été validé par M^{me} XXX ainsi que le Dr XXX, respectivement guidante et directeur de ce mémoire. Dans un second temps, nous l'avons transmis et avons demandé l'accord de M^{me} XXX et M^{me} XXX, sages-femmes coordinatrices en maïeutiques, afin de pouvoir le distribuer au sein de la maternité du CHU de XXX. Nous l'avons également transmis à M. XXX, sage-femme coordinateur du service de suites de couches du centre hospitalier XXX de XXX. Leur accord nous a alors été donné.

Nous avons ensuite commencé par tester le questionnaire auprès de sept patientes hospitalisées dans le service des suites de couches du CHU. Ces sept patientes ont été choisies de manière aléatoire et représentative de la population étudiée. Ce test a été réalisé auprès des patientes dans le but de se rendre compte des questions qui auraient pu être mal comprises, mais également afin d'ajouter éventuellement des propositions à certaines questions. Cela a donc permis d'ajouter l'item « pas de suivi de grossesse » à la question 10 qui interroge la patiente sur le ou les professionnel(s) de santé ayant suivi la grossesse. Nous avons également pu ajouter l'item « oui, pendant mon séjour en maternité » à la question 23 qui demande à la patiente si un professionnel de santé a consulté son carnet de vaccination. Il a aussi été rajouté une case « date du jour » et une autre « date de votre accouchement » afin de connaître la durée du séjour au moment où le questionnaire a été rempli. Ceci a été fait afin d'être objectif car une patiente à J1 de son accouchement n'aura certainement pas reçu autant d'informations qu'une femme à J3. Nous avons également chronométré le temps de remplissage afin de pouvoir donner une idée aux futures patientes du temps à y consacrer. Les patientes ayant testé le questionnaire ont toutes mis entre 6 et 8 minutes pour le remplir.

L'enquête a donc été réalisée dans les deux maternités suivantes de la région :

- **Centre hospitalier XXX de XXX (Maternité de niveau 3)**: réalisant mon stage intégré au sein de cette maternité, j'ai pu distribuer des questionnaires aux patientes de suites de couches de début janvier à fin février et ainsi récupérer 85 questionnaires.
- **Centre hospitalier universitaire de XXX (Maternité de niveau 3)**: La distribution des questionnaires dans cette maternité s'est réalisée de fin novembre à fin décembre pendant la période de cours, puis de mi-février à fin mars. Le CHU étant proche du lieu où étaient dispensés nos cours. Nous avons récupéré 88 questionnaires au sein de cette maternité.

Ce choix d'établissement s'est fait du fait de la forte activité rencontrée au sein de ces deux services. De plus, il fallait que ce soit deux maternités de même niveau afin d'avoir des prises en charge relativement similaires de la part des professionnels de santé.

La distribution des questionnaires se faisait en fin de matinée, afin de ne pas perturber l'activité du service, avec une explication individuelle à chaque patiente dans le but qu'elle comprenne l'intérêt de ce questionnaire. Cette information auprès de la patiente était dispensée par moi-même. Une autre

étudiante sage-femme (en SMA4) a contribué à ce travail en distribuant une quarantaine de nos questionnaires au CHU. Sur l'ensemble de l'enquête, seule une patiente a refusé de prendre un questionnaire, par manque de temps pour le remplir.

Les patientes remplissaient ensuite le questionnaire dans la journée, sans notre présence, et le rendaient ensuite, sous enveloppe pour conserver leur anonymat, au personnel soignant qui le remettait alors dans une urne dans la salle de soins. Nous avons distribué des questionnaires une à deux fois par semaine et récupérons en même temps ceux remplis par les patientes la semaine précédente.

■ PATIENTES INTERROGÉES

Les patientes sollicitées pour cette étude sont les patientes

majeures, hospitalisées en suites de couches ou en unité Kangourou dans les deux maternités étudiées, après un accouchement par voie basse (eutocique ou non) ou suite à une césarienne (quelle que soit l'indication de cette dernière).

Par ailleurs, ont été exclues de l'enquête les patientes hospitalisées en suites de couches et séparées de leur bébé (transféré dans un service différent), mais également celles dont l'enfant était mort-né ou décédé à la naissance. Nous n'avons pas retenu non plus les patientes mineures, ni celles ne parlant pas ou peu le français. De plus, les patientes à JO de la naissance n'ont également pas fait partie de l'étude car nous estimions qu'elles n'auraient pas encore eu le temps d'être informées que ce soit par le pédiatre ou la sage-femme lors du séjour en suites de couches.

Camille TURQUOIS, École de sages-femmes de Bordeaux, Université de Bordeaux

PRIX SPÉCIAL
DU JURY

LE VÉCU ET LA GESTION DE LA DOULEUR À L'ACCOUCHEMENT : EXPÉRIENCES DANS UN ESPACE PHYSIOLOGIQUE DE NAISSANCE

RÉSUMÉ

INTRODUCTION > La douleur est une composante inévitable de l'accouchement. Sa prise en charge peut varier selon le lieu d'accouchement. Majoritairement les naissances ont lieu sous anesthésie péridurale, à l'hôpital. Aujourd'hui, par souhait d'une naissance moins médicalisée, de plus en plus de femmes se tournent vers des lieux différents de ces établissements de santé. En maison de naissance ou en espace physiologique, où la péridurale n'est pas une possibilité, des sages-femmes réalisent un accompagnement global auprès des femmes et leur proposent des techniques médicales alternatives et complémentaires pour gérer la douleur de l'accouchement.

OBJECTIF > Comprendre le vécu de la douleur chez les femmes ayant accouché sans péridurale dans un espace physiologique de naissance, ce qu'elles ont mobilisé et ce sur quoi elles se sont appuyées pour gérer la douleur

MÉTHODE > Nous avons choisi de mener une étude qualitative par entretiens semi-directifs chez six femmes ayant accouché dans un espace physiologique de naissance entre le mois de novembre 2017 et janvier 2018. Le recrutement s'est effectué par l'intermédiaire d'une sage-femme libérale travaillant à l'espace physiologique. Les entretiens ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien élaboré après une revue de la littérature. Ils ont été codifiés pour assurer l'anonymat de chaque participante. Notre étude a respecté les principes éthiques présentés dans la déclaration d'Helsinki et a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.

ANALYSE > La douleur, perçue de manière positive et utile par les femmes, les a conduites à décider de ne pas avoir recours à la péridurale, en privilégiant un accouchement qu'elles qualifient de naturel. Le soutien par un proche a été considéré comme l'élément le plus important dans la gestion de la douleur. La relation de confiance établie avec la sage-femme et fondée sur un accompagnement global a également joué un rôle primordial. La préparation à la naissance axée sur des

médecines alternatives et complémentaires peu reconnues, comme la sophrologie, les méthodes de relaxation, ou encore les massages, apporte aussi des outils utiles aux femmes pour les aider à faire face à la douleur.

CONCLUSION > Cette étude a permis de mieux comprendre les attentes et les besoins des femmes qui ont décidé de ne pas recourir à l'analgésie péridurale. En 2017, la Haute Autorité de Santé (HAS) encourage le soutien continu, individuel et personnalisé pour accompagner au mieux les femmes lors de ce moment important et des interventions médicales réduites à leur minimum pour les grossesses physiologiques. En 2018, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a également émis des recommandations sur une expérience positive de la maternité. Ces récentes recommandations devraient encourager les sages-femmes et les établissements de santé à remettre en question leurs pratiques, à prendre en compte davantage le choix des femmes dans leur projet de naissance et à respecter au mieux la physiologie de l'accouchement dans le cadre de grossesses à bas risques.

MÉTHODOLOGIE

> OBJECTIF

L'objectif principal de cette étude est de comprendre comment des femmes qui ont choisi d'accoucher sans péridurale dans un espace physiologique, ont vécu leur accouchement et plus précisément la douleur durant leur accouchement.

> OBJECTIF SECONDAIRE

L'objectif secondaire est de comprendre ce que les femmes ont mobilisé et ce sur quoi elles se sont appuyées pour gérer la douleur.

> TYPE D'ÉTUDE

Afin d'atteindre nos objectifs, nous avons choisi de réaliser une étude qualitative. Cette méthode, qui s'appuie ici sur des entretiens semi-directifs, est la mieux adaptée pour notre recherche

qui s'inscrit dans une « démarche compréhensive qui permet d'étudier les phénomènes sociaux en profondeur » (Singelton and Straits, 1999). L'entretien semi-directif est un dialogue ouvert avec la femme, lui permettant de s'exprimer librement (Imbert, 2010). Il permet d'étudier en profondeur le ressenti et le vécu des femmes concernant leur accouchement. En effet, l'étude qualitative semble la plus appropriée pour évoquer ce thème (Morse, 2015). Contrairement à une étude avec approche quantitative qui ne décrirait par des chiffres statistiques que l'intensité de la douleur ressentie, par exemple l'approche qualitative va permettre d'explorer l'expérience de la douleur par des femmes qui ont fait le choix d'accoucher sans anesthésie péridurale.

> LIEU D'ÉTUDE

Nous avons choisi de réaliser l'étude au sein d'un espace physiologique de naissance car comme dans les maisons de naissance, dans ce lieu de naissance, les femmes n'ont pas recours à la péridurale. Cette unité est un service à part entière situé dans une maternité privée qui permet l'accueil des patientes qui souhaitent un accouchement avec une moindre médicalisation. Ce lieu de naissance ne prend en charge que des femmes présentant une grossesse physiologique, à terme, avec un fœtus en présentation céphalique sans pathologies, et qui ont exprimé leur souhait d'accoucher sans analgésie péridurale.

L'espace physiologique permet un accompagnement global tout au long de la grossesse, « il associe une femme (ou un couple) et une équipe de trois sages-femmes libérales, du début de la grossesse à la fin du post-partum. Cela permet à un couple et à l'équipe de sages-femmes d'établir une solide relation, basée sur l'écoute et la confiance mutuelle ». Cet espace est géré en totale autonomie par les sages-femmes qui travaillent en étroite collaboration. En cas de survenue d'une anomalie durant le travail ou l'accouchement, sa situation à proximité du bloc obstétrical et du bloc chirurgical permet un transfert rapide vers le plateau technique.

L'équipe assure le suivi et les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Ces séances sont données sous forme théorique et pratique. Au cours de ces dernières, l'hypnose, la sophrologie, ou encore les techniques de massages et points d'acupression sont proposées aux femmes en leur laissant le choix en fonction de leurs préférences. L'organisation de l'espace de naissance permet à chaque femme de rencontrer tous les membres de l'équipe afin que l'accouchement soit réalisé par un professionnel déjà connu.

Un rendez-vous avec un obstétricien de la polyclinique, établissement de santé partenaire de l'espace physiologique, est obligatoire, ainsi qu'une consultation avec un anesthésiste en cas d'éventuelles complications qui impliquerait une prise en charge de la patiente par la polyclinique, située à proximité.

La structure offre aux femmes enceintes des techniques autres que médicamenteuses pour soulager la douleur. Elle est constituée d'une grande salle équipée d'une baignoire, d'un ballon de travail, ainsi que d'un drapé suspendu. Au sein de l'espace physiologique, se trouvent également des parties communes avec une cuisine et un salon pour recréer au mieux un environnement chaleureux.

> POPULATION DE L'ÉTUDE

La population de l'étude est constituée de femmes qui ont accouché dans l'espace physiologique depuis moins de deux mois et qui ont accepté de participer à notre étude. Les femmes

mineures ou sous tutelle et celles ne parlant pas français n'étaient pas éligibles pour l'étude.

Nous avons rencontré six femmes. Nous avons souhaité limiter le nombre à six, afin de pouvoir étudier de façon approfondie leur ressenti. Nous les avons rencontrées entre 15 jours et 2 mois après l'accouchement.

> MODALITÉS DE RECRUTEMENT

Une lettre d'information expliquant l'étude et décrivant son objectif a été transmise aux femmes éligibles par courrier électronique, par une sage-femme de l'espace physiologique de naissance. Cette lettre d'information comprenait les coordonnées téléphoniques et l'adresse électronique de la personne chargée du recrutement.

Après avoir pris connaissance de la lettre et donné leur consentement à participer à l'étude, les femmes m'ont contactée par courrier électronique ou par téléphone afin de convenir d'une date et d'un lieu de rendez-vous.

> RECUEIL DES DONNÉES

Les données recueillies sont issues de la conduite d'entretiens. Ces derniers ont été réalisés à partir d'un guide d'entretien constitué de thèmes et de sous-thèmes issus d'une revue de la littérature. Ces grands thèmes abordent : le suivi de la grossesse, la préparation à la naissance et à la parentalité, les techniques de soulagement de la douleur, et le vécu et la gestion de la douleur à l'accouchement. La femme est amenée à s'exprimer sur les thèmes qui lui sont soumis dans le cadre d'un échange. Cette méthode va permettre de recueillir des données qu'Imbert décrit comme pertinentes et authentiques (Imbert, 2010).

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone, après le consentement éclairé de la femme, afin de pouvoir retranscrire le plus fidèlement possible ses propos et de pouvoir les analyser méthodiquement. Cinq entretiens ont été réalisés au domicile de la patiente, et un par téléphone en raison de l'éloignement géographique de son lieu de résidence.

Nous avons complété les données par la description de l'attitude des femmes durant l'entretien : les rires, les silences et les hésitations afin de chercher à comprendre au mieux leur ressenti, et donner plus de sens à leurs propos, au-delà des mots. En effet, un entretien prend tout son sens dans son contexte, comme certains propos qui peuvent être dits sur un ton humoristique. C'est pourquoi il est important d'analyser un entretien dans sa globalité (Beaud, 1996).

> PÉRIODE DE L'ÉTUDE

Les entretiens se sont déroulés entre décembre 2017 et janvier 2018. Ils ont donc été réalisés avec des patientes ayant accouché entre le mois de novembre 2017 et le mois de janvier 2018.

> ANALYSE DES DONNÉES

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité. Quelques commentaires ont été ajoutés à la retranscription sur la base d'observations faites lors de l'entretien, telles que les rires, les silences, les hésitations, afin de pouvoir comprendre l'entretien dans sa globalité. Puis, chaque entretien a fait l'objet de plusieurs lectures afin d'identifier les thèmes et sous thèmes qui ressortaient dans chaque entretien, puis chaque thème et sous-thème ont ensuite été reportés dans une grille d'analyse.

➤ RÉGLEMENTATIONS ÉTHIQUES

Les entretiens ont été menés après un consentement éclairé de la patiente, sur la base d'une lettre d'information. De plus, elles ont été informées qu'elles étaient libres d'interrompre l'étude si elles le souhaitaient, à n'importe quelle étape.

Pour assurer la confidentialité des données, les entretiens ont été codifiés, ils ne contenaient dès lors aucune information

permettant de révéler l'identité de la personne. Les entretiens codés ont été uniquement transmis aux directeurs de mémoire.

L'étude a été menée conformément aux principes éthiques présentés dans la déclaration d'Helsinki élaborée par l'Association Médicale Mondiale (AMM). Une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été réalisée (CNIL n° 2126585).

Éva VITRAI, École de sages-femmes de Clermont-Ferrand,
Université de Clermont – Auvergne

PRIX SPÉCIAL
DU JURY

ACCOUCHER EN PLATEAU TECHNIQUE LORS DE L'ACCOMPAGNEMENT GLOBAL A LA NAISSANCE: MOTIVATIONS ET SATISFACTION DES PATIENTES

RÉSUMÉ

INTRODUCTION ➤ En France, une médicalisation de la naissance de plus en plus systématique et précoce est observée. Mais le suivi obstétrical « classique » ne satisfait pas tous les couples et certains recherchent une prise en charge différente.

OBJECTIFS ➤ Analyser les motivations et la satisfaction des patientes optant pour un suivi alternatif dans le cadre de l'accompagnement global à la naissance et l'accouchement en plateau technique mais aussi appréhender un possible lien entre la parité (et notamment le vécu des précédents accouchements) et le choix de ce type de prise en charge.

POPULATION ET MÉTHODE ➤ Il s'agit d'une étude descriptive transversale réalisée auprès des patientes suivies en libéral et ayant accouché en plateau technique au sein d'une maternité de type I entre le 1^{er} juillet 2015 et le 1^{er} juillet 2017. Les patientes ont répondu à un questionnaire en ligne transmis par mail après avoir pris connaissance des modalités de l'étude par une lettre d'information et donné leur accord. Toutes les réponses obtenues étaient anonymes. Une déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés a été effectuée.

RÉSULTATS ➤ Ainsi, 107 patientes ont été incluses. Les principaux critères de motivation retrouvés étaient un suivi réalisé par une même personne (72,9 %), une moindre médicalisation (41,1 %) et un respect du projet de naissance (24,3 %). Les patientes sont satisfaites à 95,4 % de leur choix, à 97 % du suivi effectué par leur sage-femme libérale, à 87,5 % de leur prise en charge par l'équipe hospitalière en cas de transfert de responsabilité et à 81,7 % de leur séjour. La majorité des multipares (88,7 %) pensent que leur précédent accouchement a influencé leur choix avec en raisons majoritaires: un accouchement avec des inconnus (46,8 %), un manque d'accompagnement et d'informations (34,0 %), ou un précédent accouchement en plateau technique, à domicile, dans une maison de naissance (19,1 %).

DISCUSSION ➤ L'accompagnement global à la naissance et l'accouchement en plateau technique permettent une augmentation de la satisfaction maternelle et paternelle. Néanmoins, en raison du petit nombre de plateaux techniques ouverts aux sages-

femmes libérales et de l'implication nécessaire des différents professionnels, l'éloignement géographique cumulé à l'éventuel dépassement d'honoraires peut représenter un certain frein.

CONCLUSION ➤ L'information concernant les lieux de naissances disponibles pour les futurs parents doit devenir une priorité, ainsi que leur diversification afin qu'ils puissent choisir librement ce qui leur convient le mieux.

MÉTHODOLOGIE

➤ L'ÉTUDE ET LES OBJECTIFS

■ TYPE, DURÉE ET LIEU DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude quantitative de type descriptive et transversale. Celle-ci a eu lieu sur une période de 2 mois (entre le 26 septembre et le 26 novembre 2017) auprès de patientes ayant précédemment accouché en plateau technique au sein d'une maternité de type I.

■ PARTENAIRES DE L'ÉTUDE

Pour réaliser cette étude, l'aide des sages-femmes libérales réalisant des accouchements au sein du plateau technique concerné a été nécessaire afin de pouvoir inclure les patientes. En effet, elles ont accepté de recontacter celles qui avaient accouché sur la période d'inclusion, et ont recueilli leur consentement préalable ainsi qu'une adresse e-mail à laquelle leur faire parvenir le questionnaire.

■ LES OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude était de connaître les motivations des patientes ayant choisi l'accompagnement global à la naissance et le plateau technique pour leur accouchement.

Les objectifs secondaires avaient pour but :

- D'appréhender, s'il existe, un lien entre la parité (et notamment le vécu des précédents accouchements) et le choix de l'accompagnement global à la naissance et du plateau technique;
- De savoir si les patientes étaient satisfaites de leur accouchement au sein du plateau technique (qu'il y ait eu ou non un transfert de responsabilité à l'équipe hospitalière au cours du travail ou de l'accouchement).

➤ POPULATION ET MÉTHODE

■ LA POPULATION DE L'ÉTUDE

La population cible de cette étude concerne les femmes

enceintes choisissant l'accompagnement global à la naissance et l'accouchement en plateau technique. La population source était constituée de patientes ayant accouché au sein du plateau technique proposé par cette maternité de type I entre le 1^{er} juillet 2015 et le 1^{er} juillet 2017.

Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants : patientes ayant bénéficié de l'accompagnement global à la naissance avec une sage-femme libérale, et ayant accouché en plateau technique (qu'il y ait eu ou non un transfert de responsabilité à l'équipe hospitalière au cours du travail ou de l'accouchement) ; patientes acceptant de participer à cette étude ; patientes sachant lire et parler français ; patientes majeures.

Les critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les suivants : grossesses n'appartenant pas à un bas risque obstétrical ; patientes refusant de participer à cette étude.

■ MÉTHODE

• Le recueil de données

Les critères évalués

Le critère de jugement principal de cette étude était la proportion des différentes motivations poussant les femmes à choisir l'accompagnement global à la naissance et le plateau technique pour leur accouchement, exprimé en pourcentage.

Les critères de jugement secondaires étaient :

- La proportion de patientes non satisfaites de leur précédent accouchement ayant choisi l'accompagnement global à la naissance et le plateau technique pour leur accouchement, exprimée en pourcentage ;
- La proportion de patientes satisfaites de leur accouchement au sein du plateau technique, exprimée en pourcentage.

Le mode de recueil des données et le circuit des données

Le recueil de données s'est déroulé du 26 septembre au 26 novembre 2017. Elles ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire en ligne sur le logiciel REDCap permettant de sécuriser les réponses obtenues en assurant leur confidentialité.

Le questionnaire a été transmis directement aux patientes par voie électronique, via un e-mail. Celui-ci était individuel afin de ne pas dévoiler l'identité des autres personnes susceptibles de participer à cette étude. Une relance a été faite, toujours par e-mail, au milieu de l'étude.

Le codage des données

Les données ont été codées de manières binaires. Le logiciel REDCap a codé automatiquement certaines réponses (questions fermées). Cependant, le questionnaire contenait de nombreuses questions ouvertes afin de recueillir au mieux le ressenti et les motivations des patientes. À partir de la relecture de chacune des réponses, certaines catégories ont ainsi pu être mises en évidence afin de permettre un codage.

Concernant la 6^e question relative à « *l'influence des précédents accouchements* », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Un suivi par trop de professionnels de santé différents ;
- Un précédent accouchement dans une structure « physiologique » (plateau technique, maison de naissance, ou encore accouchement à domicile) ;
- Un manque d'accompagnement et d'informations ;
- Un accouchement trop médicalisé ;
- Le non-respect des souhaits des couples ;
- Un accouchement avec des inconnus.

Concernant la 7^e question relative à « *comment les patientes ont entendu parler du plateau technique et de l'accompagnement global à la naissance* », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Par une sage-femme libérale ;
- Par des recherches personnelles ;
- Par le « bouche-à-oreille » ;
- Par hasard via les médias ;
- Via la profession : une patiente était elle-même sage-femme, une autre travaillait dans un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Concernant la 9^e question relative aux « *critères recherchés lors d'un accouchement en plateau technique* », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Une petite structure à « taille humaine » ;
- Un suivi réalisé par une même personne avant, pendant et après l'accouchement (relation de confiance) ;
- Un respect des choix, du projet de naissance ;
- Un accompagnement personnalisé ;
- Un accouchement physiologique avec le moins possible de médicalisation ;
- L'intimité ;
- La qualité de la relation avec la sage-femme libérale (écoute, humanité, proximité) ;
- La présence d'un cadre hospitalier si besoin ;
- Une liberté pendant l'accouchement (position, mouvement...) ;
- Le respect du nouveau-né à la naissance ;
- Proposition d'alternative à l'analgésie péridurale ;
- Possibilité de sortie précoce ;
- Une participation active du père.

Concernant la 14^e question relative aux « *critères empêchant le choix d'un accouchement en plateau technique* », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Une contre-indication médicale ;
- Un refus du conjoint ;
- Une distance trop importante domicile-maternité ;
- Un coût trop élevé ;
- Une « mauvaise » réputation de l'hôpital ;
- Une mauvaise relation avec la sage-femme libérale ;
- Si existence d'une maison de naissance ou possibilité d'accouchement à domicile.

Concernant la 15^e question relative au « *moment de la rencontre avec la sage-femme libérale* », les catégories suivantes ont pu être créées : avant la grossesse ; au premier trimestre de grossesse ; au second trimestre de grossesse ; au troisième trimestre de grossesse.

Concernant la 20^e question relative aux « *critères d'amélioration du suivi par la sage-femme libérale* », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Une meilleure écoute ;
- Une possibilité de préparation à la naissance et à la parentalité de type haptonomie ;
- Une meilleure disponibilité ;
- Une relation plus intime ;
- Une possibilité de suivi échographique avec la S-F libérale ;
- Une visite de la S-F libérale lors du séjour en maternité.

Concernant la 29^e question relative aux « *critères d'amélioration lors d'un transfert à l'équipe hospitalière* », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Une meilleure connaissance de la patiente par l'équipe hospitalière ;

- Le respect d'un refus d'acte médical (une épisiotomie);
- La présence du père lors d'une césarienne.

Concernant la 30^e question relative aux « critères d'amélioration du séjour en maternité », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Les locaux de l'hôpital (moins anciens, présence de chambres individuelles...);
- Des pédiatres plus en « adéquation » avec le plateau technique (plus à l'écoute, autorisant les sorties précoces, moins interventionnistes...);
- Moins de divergences dans le discours des différents professionnels;
- Un meilleur accompagnement pour l'allaitement maternel;
- Une hospitalisation plus courte (inférieure à 48 heures);
- Des repas de meilleure qualité;
- Une équipe hospitalière plus disponible.

Concernant la 35^e question relative aux « points forts de l'accompagnement global à la naissance et d'un accouchement en plateau technique », les catégories suivantes ont pu être créées :

- La qualité de la relation avec la S-F libérale (confiance, écoute...);
- La qualité du suivi (personnalisé, humain, bienveillant...);
- Le respect des choix, du projet de naissance;
- Un accouchement physiologique avec une moindre médicalisation;
- Un suivi du nouveau-né par la sage-femme libérale lors du retour à domicile;
- La disponibilité de la sage-femme libérale à tout moment;
- Un suivi réalisé par une même personne avant, pendant et après l'accouchement (relation de confiance);
- La place privilégiée du père;
- Une petite structure à « taille humaine »;
- L'utilisation de méthodes alternatives (baignoire, acupuncture, sophrologie, aromathérapie...);
- La présence d'un cadre sécurisant si besoin;
- La possibilité d'une sortie précoce (à 48 heures).

Concernant la 36^e question relative aux « points faibles de l'accompagnement global à la naissance et d'un accouchement en plateau technique », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Suivi impersonnel lors du séjour en maternité (trop d'équipes hospitalières);
- Les honoraires de la sage-femme libérale non pris en charge;
- Un accompagnement pour l'allaitement maternel insuffisant;
- L'absence de salle physiologique;
- Une distance domicile-maternité trop importante;
- Des pédiatres pas assez en « adéquation » avec le plateau technique (limitant les sorties précoces, trop interventionnistes...);
- Les locaux de l'hôpital (anciens, absence de chambres individuelles...);
- L'absence de visite par la sage-femme libérale lors de l'hospitalisation en suites de couche;
- L'impossibilité d'une hospitalisation inférieure à 48 heures;
- Un manque de « place » pour le père pendant l'hospitalisation.

Concernant la 38^e question relative à « pourquoi certaines patientes ont été déçues », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Une incohérence entre l'accompagnement global à la naissance avec la sage-femme libérale et les pratiques du personnel du centre hospitalier;

- Une césarienne en urgence;
- Les locaux du centre hospitalier (anciens, absence de chambres individuelles...).

Concernant la 40^e question relative à « pourquoi certaines patientes ne rechoisiraient pas le plateau technique pour un prochain accouchement », les catégories suivantes ont pu être créées :

- Pour des raisons personnelles;
- À cause d'une contre-indication médicale;
- Souhait d'un accouchement à domicile;
- Une distance domicile-maternité trop importante.

Concernant la 42^e question relative au « vécu du partenaire », les catégories suivantes ont pu être créées : très bien, participation active; bien; assez bien; déçu (non présent lors de la naissance, n'a pas réussi à trouver sa place); indifférent.

Le contrôle qualité des données

Afin d'assurer des données de qualité, les réponses au questionnaire ont été entièrement relues plusieurs fois. Cela a permis d'exclure trois patientes qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion de l'étude : deux patientes avaient accouché dans un CHU (grossesses à haut risque), une autre avait subi une césarienne programmée pour présentation du siège dans la maternité de type I.

■ L'analyse des données

Toutes les analyses ont été réalisées en formulation bilatérale pour un risque d'erreur de première espèce de 5 % sous le logiciel SAS version 9.3 (SAS Institute, North California, USA).

Une différence a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification (p) était inférieur à 0.05 (risque $\alpha = 5\%$). Les réponses au questionnaire sont décrites par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles et par la moyenne \pm écart-type ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique (normalité étudiée par le test de Shapiro-Wilk). Les croisements entre questions ont été réalisés avec les tests statistiques usuels, à savoir par le test du Chi2 ou le cas échéant par le test exact de Fisher.

■ Les aspects éthiques et réglementaires

Avis des comités consultatifs

Pour la réalisation de cette étude, une déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés portant le n° 2099502 a été effectuée.

Information et consentement

Les femmes ont été contactées préalablement par leur sage-femme libérale afin de recueillir leur consentement pour leur participation ainsi qu'une adresse e-mail à laquelle leur serait transmis le lien du questionnaire en ligne. De plus, lors de leur participation, le questionnaire débutait par une note d'information préalable. Elles ont ainsi été informées de façon complète et loyale, en des termes compréhensibles, des objectifs de l'étude, de la nature des informations recueillies et de leur droit de s'opposer à tout moment à l'exploitation de ces données.

Anonymat

Les questionnaires étaient totalement anonymes par l'attribution d'un numéro pour chaque réponse obtenue. De plus, aucune question ne portait sur des éléments discriminants ou permettant d'identifier les patientes ou les sages-femmes libérales. •

État des lieux des réhospitalisations des nouveau-nés après la sortie de la maternité lors de leurs 28 premiers jours de vie

PAR ANNE CIBIEL-MARIN¹, G. CHÉRON²

INTRODUCTION

Les réhospitalisations des nouveau-nés après leur sortie de la maternité, dans la période néonatale, sont de 2 à 4 % en France^(1,2). Ces taux sont très variables d'un pays à un autre allant de 1 à 10 % des nouveau-nés⁽¹⁾. En France, les sorties de maternité des nouveau-nés n'ont pas lieu avant leurs 48 heures de vie, ce qui n'est pas le cas de tous les pays européens (1,5 jour au Royaume-Uni)⁽³⁾. Des durées de séjour standard ont été définies comme étant des durées d'hospitalisation en maternité de 72 à 96 heures après un accouchement par voie basse et de 96 à 120 heures après une césarienne. Une sortie précoce est définie comme toute sortie avant 72 heures après un accouchement par voie basse, avant 96 heures après une césarienne⁽⁴⁾. D'après l'enquête nationale périnatale de 2016, la durée moyenne de séjour en France est de 4,0 jours, les sorties précoces des accouchées par voie basse sont de 5,0 % en 2016 (3,3 % en 2010) et de 5,8 % des accouchées par césariennes (2,8 % en 2010)⁽⁵⁾.

En France, les 48 premières heures sont un délai minimal pour juger d'une adaptation à la vie extra-utérine correcte (respiratoire, hémodynamique, métabolique). Mais ce délai est insuffisant pour apprécier l'adaptation et la maturation de toutes les grandes fonctions, en particulier digestives et hépatiques, et dépister toutes les pathologies néonatales. Les complications pouvant intervenir après la 48^e heure de vie, susceptibles d'apparaître à domicile en cas de sortie, concerneraient 4,6 % des nouveau-nés (l'ictère pour la moitié des complications, des anomalies congénitales, des troubles digestifs fonctionnels, et autres)⁽⁶⁾.

Depuis 2010, il a été mis en place un programme d'accompagnement au retour à domicile (PRADO) des sorties de la maternité qui consiste en l'intervention d'une sage-femme au domicile de la patiente. Ce système permettrait de répondre aux besoins des parents en matière de soutien pratique, d'assistance et de supervision⁽⁷⁾. L'augmentation du nombre de visites postnatales à domicile devrait promouvoir la santé de l'enfant et la satisfaction maternelle, et les soins individualisés devraient améliorer les bénéfices pour les femmes⁽⁸⁾. Ainsi, dans le cadre d'une sortie précoce, une première visite est obligatoire dans les 24 heures suivant la sortie, la deuxième visite est obligatoire et une troisième est recommandée⁽⁹⁾.

Les inquiétudes des sorties précoces sont un retard de diagnostic et de mise en route du traitement pour les pathologies néonatales, une incidence plus élevée des problèmes d'allaitement, de dépression en post-partum et du taux de réhospitalisations néonatales^(10,11,12). Les bénéfices seraient plus de repos et de sommeil pour les mères, d'augmenter la confiance de la mère qui apprend plus tôt à prendre en charge son bébé dans l'environnement familial^(10,11,12,13), de diminuer le temps d'exposition du nouveau-né aux infections nosocomiales⁽¹⁴⁾. Les éléments associés avec l'impression que le couple mère-enfant n'était pas prêt lors de la sortie, étaient la primarité, une naissance la nuit, l'intention d'allaitement maternel, l'existence d'une pathologie néonatale, l'absence de père ou la non-cohabitation des parents⁽¹⁵⁾. Cependant, la moyenne d'âge des nouveau-nés qui consultent aux urgences pédiatriques serait égale à 17 jours⁽¹⁶⁾, soit à distance de la sortie. De plus, le réseau de périnatalité français est conséquent. Il permet de repérer des situations de vulnérabilité, d'accompagner le lien mère-enfant, de délivrer des conseils d'éducation à la santé, et d'assurer les transmissions avec l'hôpital⁽¹⁷⁾.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre objectif principal était de réaliser un état des lieux des réhospitalisations des nouveau-nés après la sortie de la maternité durant leurs 28 premiers jours de vie. Notre objectif secondaire était d'observer si une différence significative existait, en matière de réhospitalisation, entre les nouveau-nés sortis précocement de la maternité et les nouveau-nés sortis de manière standard. Nous avons effectué une étude quantitative rétrospective descriptive menée par recueil de données auprès de dossiers médicaux.

La population étudiée était tous les nouveau-nés, nés à terme, réhospitalisés durant leurs 28 premiers jours de vie entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017, après leur sortie de la maternité. Les critères d'inclusion étaient : nouveau-nés nés à la maternité de Necker-Enfants-Malades, à terme (> ou égal à 37 SA), sortis de la maternité, réhospitalisés durant leurs 28 premiers jours de vie.

Nous avons recueilli des variables quantitatives et qualitatives retrouvées à la fois dans les dossiers néonataux et dans les dossiers obstétricaux. Les variables ont été comparées avec un test de Student. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$. Les données recueillies ont été comparées avec celles de l'enquête nationale périnatale de 2016⁽⁵⁾, les données statistiques de l'INSEE⁽¹⁸⁾ ainsi que les données de la maternité de Necker-Enfants-Malades.

1. Mémoire de fin d'études (Diplôme d'État de Sage-Femme), à l'École de Sages-Femmes Foch, Suresnes.

2. Chef de service des Urgences Pédiatriques, Hôpital Necker-Enfants-Malades.

RÉSULTATS ET ANALYSE

LA POPULATION ÉTUDIÉE

En 2016 et 2017, 194 nouveau-nés ont été réhospitalisés dans leurs 28 premiers jours de vie. Seuls 122 correspondaient à nos critères d'inclusion. Les causes de non-inclusion ont été la prématurité, des pathologies ou malformations ayant conduit à l'hospitalisation des nouveau-nés dans un autre service que la maternité dès la naissance ou ayant conduit à un transfert durant leur séjour à la maternité, des nouveau-nés réhospitalisés en tant qu'accompagnant dans le cadre d'une réhospitalisation maternelle, ou pour des interventions chirurgicales programmées sans passage par les urgences pédiatriques. Nous avons exclu quatre nouveau-nés en raison d'un refus parental d'accès aux données médicales. L'analyse a porté sur 118 dossiers. Le taux de réhospitalisation des nouveau-nés à la maternité Necker-Enfants-Malade était de 2,52 % avec un taux de sorties précoces de 16,1 % en 2016-2017.

LES CARACTÉRISTIQUES DES NOUVEAU-NÉS

57,4 % d'entre eux sont de sexe masculin, la moyenne des termes de naissance est de 39,3 SA. Le poids de naissance moyen est de 3 305 grammes. 9,2 % sont hypotrophes et 0,8 % sont macrosomes. 56 % d'entre eux sont nés entre septembre et février versus 44 % qui sont nés entre mars et août. 81,5 % sont nés par voie basse, dont 36,1 % qui ont été déclenchés et 21,6 % qui sont nés de manière instrumentale. Le taux de césarienne est de 18,5 % dont 63,6 % programmées et 36,4 % en urgence. Le pH moyen à la naissance est de 7,30. Le taux d'acidoses fœtales, définies par un pH inférieur à 7,15, est de 3,4 % et le taux d'APGAR inférieur à 7 à cinq minutes de vie est de 1,7 %. La durée moyenne de séjour est de 4,0 jours, 10,9 % des nouveau-nés réhospitalisés sont sortis précocement. 94,9 % des couples mère-enfant sont sortis de la maternité avec une sage-femme à domicile dont 5,1 % avec l'HAD. 5,4 % ont également bénéficié d'une puéricultrice de secteur, 5,4 % d'une prise en charge sociale et 6,3 % d'un psychothérapeute.

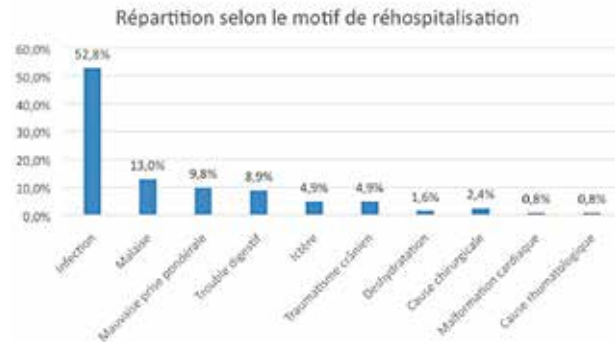
LES CARACTÉRISTIQUES MATERNELLES

L'âge maternel moyen est de 34,5 ans. Le rang de naissance moyen dans la fratrie est de 2,07, 33,1 % des mères sont des primipares et 66,9 % sont des multipares. Les pathologies obstétricales sont le diabète gestationnel (11,9 %) dont 2,5 % sous insuline, la prééclampsie (0,8 %), la cholestase gravidique (5,9 %), la pyélonéphrite (1,7 %), la suspicion de RCIU (5,1 %) et de macrosomes (1,7 %). Les facteurs de risque d'infection sont 16,9 % de durées d'ouverture de l'œuf supérieures à 12 heures, 13,6 % de portage du streptocoque B en fin de grossesse, 3,4 % d'hyperthermie maternelle durant le travail et les deux heures du post-partum. Le taux de tabagisme est de 5,1 %. Néanmoins, cette variable ne fut pas retrouvée au sein de tous les dossiers. 95,0 % des femmes se déclaraient vivre en concubinage au moment de la grossesse, 4,2 % se disaient vivre seules (0,8 % non renseigné). Le taux de précarité serait de 6,7 % et les difficultés psychosociales de 5,0 %.

LES CARACTÉRISTIQUES DES RÉHOSPITALISATIONS

L'âge moyen des nouveau-nés réhospitalisés est de 15,9 jours. Le délai moyen entre la sortie et la réhospitalisation est

FIGURE 1 > Graphique de la répartition des nouveau-nés selon le motif de réhospitalisation



de 12,1 jours. Trois réhospitalisations ont eu lieu le jour de la sortie (malaises sur reflux gastro-oesophagien). La durée moyenne de réhospitalisation est de 3,3 jours et 47,1 % des nouveau-nés ont été réhospitalisés pendant maximum 24 heures en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée. L'allaitement maternel exclusif concerne 64,7 % des nouveau-nés, l'allaitement mixte 15,1 % et l'allaitement artificiel 20,2 %. Les motifs de réhospitalisation (figure 1) sont les infections (52,8 %), les malaises (13,0 %), les mauvaises prises pondérales (9,8 %), les troubles digestifs (8,9 %), l'ictère (4,9 %), les traumatismes crâniens (4,9 %), les déshydratations (1,6 %), des causes chirurgicales (2,4 %), des malformations cardiaques congénitales (0,8 %) et des causes rhumatologiques (0,8 %).

■ LES INFECTIONS NÉONATALES

68,2 % d'entre eux avaient de la fièvre au moment de leur admission, 1,5 % étaient hypothermes et 30,3 % étaient apyrétiques. Les causes sont les bronchiolites (19 cas), les infections urinaires (13 cas), les rhinites (8 cas), les gastro-entérites (4 cas), les méningites (4 cas) dont deux à entérovirus, une pharyngite, une rhino-pharyngite et une grippe. Onze nouveau-nés ont été réhospitalisés pour autre virose, 3 pour suspicion d'infection et 2 pour fièvre isolée.

Les infections respiratoires concernent des nouveau-nés âgés en moyenne de 19,8 jours, dont le taux de primipares est de 6,5 %, le contagage familial de 50 % et la fièvre de 54,8 %. 77 % d'entre eux sont nés entre les mois de septembre et de février. L'asthme chez les parents ou la fratrie est présent chez 21,1 % des nouveau-nés réhospitalisés pour bronchiolite et le tabagisme passif chez 10,5 % d'entre eux. Les nouveau-nés réhospitalisés pour infection urinaire ont en moyenne 16,7 jours de vie et sont dans 92,3 % de sexe masculin. Parmi ces infections urinaires, 10 sont des pyélonéphrites (avec fièvre) et 3 sont des infections urinaires basses (sans fièvre). 46,2 % avaient des signes neurologiques (hypotonie, irritabilité, asthénie), 2 avaient une anomalie du système urinaire diagnostiquée en anténatal, 2 étaient en insuffisance d'apport alimentaire avec des difficultés d'allaitement maternel. Les nouveau-nés hospitalisés pour autres viroses ont en moyenne 18,8 jours de vie, tous de la fièvre, un contagage familial de virose dans 63,6 % des cas.

■ LES AUTRES MOTIFS DE RÉHOSPITALISATION

Les motifs médicaux (94,5 %) retrouvés sont : 16 cas de malaise, 12 cas de mauvaise prise pondérale, 11 cas de troubles digestifs, 6 cas d'ictère, 6 cas de traumatismes

crâniens, 2 cas de déshydratations, 1 cas d'ostéoarthrite du coude et 1 cas de découverte d'une malformation cardiaque congénitale. Les motifs chirurgicaux (5,5 %) retrouvés sont 2 cas de sténose du pylore et un cas d'hernie inguinale. Les malaises sont pour la majorité dus à des reflux gastro-œsophagiens (14 cas), ils concernent 16 nouveau-nés âgés en moyenne de 11,4 jours dont 56,3 % de primipares. Les mauvaises prises pondérales concernent des nouveau-nés qui ont en moyenne 11,9 jours de vie, dont le rang de naissance moyen est de 2,0 et 50 % des mères sont primipares.

Le mode d'alimentation des nouveau-nés concernés est de 58,3 % d'allaitement maternel, 25 % d'allaitement mixte, 16,7 % d'allaitement artificiel. Les causes retrouvées sont des difficultés d'allaitement maternel (3 cas), des reflux gastro-œsophagiens (3 cas), des ictères (2 cas), des infections urinaires (2 cas), des diarrhées (2 cas). Les troubles digestifs concernent des nouveau-nés âgés en moyenne de 15,5 jours, dont le poids de naissance moyen est de 3 349 grammes et dont le rang de naissance moyen dans la fratrie est de 1,63. 45,5 % d'entre eux sont allaités artificiellement, 45,5 % sont allaités au sein et 9 % concernent des allaitements mixtes.

Les causes retrouvées sont : 4 cas de reflux gastro-œsophagiens, 2 cas d'« accélérations du transit », 2 cas de constipations, 1 cas « transit lent » et 1 cas d'allergie aux protéines de lait de vache. Les ictères concernent des nouveau-nés âgés de 6,7 jours, dont le rang de naissance moyen dans la fratrie est de 2,0 et 50 % des mères sont des primipares. 50 % des mères sont de groupe O.

Le terme moyen à la naissance est de 38 SA, le poids de naissance moyen est de 3 110 grammes avec un nouveau-né hypotrophe. Aucune anoxie périnatale ni infection néonatale ne sont observés parmi ces nouveau-nés. Quatre des nouveau-nés concernés sont d'origine africaine, asiatique ou antillaise.

Parmi ces nouveau-nés, 5 étaient nourris au sein, 1 était nourri au sein et au lait artificiel. Deux cas d'ictères étaient déjà présents à la maternité et 1 avait déjà eu de la photothérapie pendant son séjour à la maternité. Ces 6 nouveau-nés étaient tous sortis de la maternité selon une sortie standard dont 5 accompagnées soit par l'HAD soit par le PRADO.

Les 6 cas d'ictères ont nécessité de la photothérapie, 2 cas d'ictères ont été caractérisés d'ictère au lait de mère et 2 cas d'incompatibilité ABO. Deux cas d'ictères se sont accompagnés de perte de poids, d'hypotonie et de déshydratation. Les deux cas de sténose du pylore concernaient des garçons, l'un avait 9 jours de vie, l'autre 23 jours de vie. Les deux se sont accompagnés de vomissements et de prise de poids insuffisante.

LES SORTIES PRÉCOCES

Elles concernent 13 de nos nouveau-nés réhospitalisés, âgés en moyenne de 20,3 jours, dont la durée de la réhospitalisation est en moyenne de 3,6 jours, dont le terme de naissance moyen est de 39,5 jours et dont le poids de naissance moyen est de 3 423 grammes. Leur mode d'alimentation principal est l'allaitement maternel (69,2 % des cas). Les motifs de réhospitalisation sont des infections (9 cas, soit 69,2 %), des malaises (2 cas, soit 15,4 %) dont 1 suite à un reflux gastro-œsophagien, une sténose du pylore et une allergie aux protéines de lait de vache.

DISCUSSION

POINTS FORTS, LIMITES ET BIAIS

Il s'agit d'une thématique d'actualité, notamment en raison de la généralisation des sorties précoces. Notre étude portant sur les années 2016 et 2017 a permis d'éliminer le biais saisonnier et d'étudier les réhospitalisations de 6 811 naissances dans une maternité parisienne. Néanmoins, la population étudiée représente un petit échantillon et il s'agit d'une étude rétrospective, elle possède donc un faible niveau de preuve. De plus, certaines variables n'étaient parfois pas renseignées dans certains dossiers. Les biais retrouvés sont que la maternité réalise beaucoup de naissances d'enfants avec diverses pathologies (conduisant à de nombreuses hospitalisations en néonatalogie ou en cardiologie notamment) et un nombre conséquent de sorties précoces par rapport à la moyenne nationale.

FACTEURS DE RISQUE ET FACTEURS PROTECTEURS

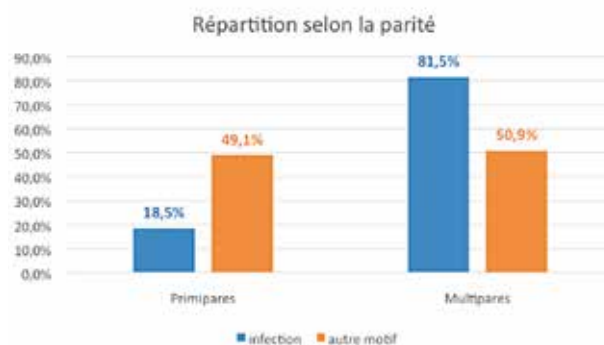
L'âge moyen des femmes de notre échantillon est significativement plus élevé que l'âge moyen des femmes à l'accouchement en 2017 en France ($p < 0,001$) et il y a significativement plus de femmes âgées de 35 ans et plus dans notre échantillon que dans la population de l'enquête nationale périnatale de 2016 ($p < 0,05$). Ces résultats sont néanmoins à confronter avec le contexte sociodémographique propre à la population parisienne. Il y avait significativement plus de multipares dans le sous-échantillon « infection » et plus de primipares dans le sous-échantillon « autre motif » ($p < 0,001$) (figure 2). Cela pourrait s'expliquer par la part importante de la notion du contage familial lors des réhospitalisations pour infection.

La présence d'une fratrie semble être un facteur de risque de réhospitalisation pour infection. La primiparité semble être de son côté un facteur de risque de réhospitalisation pour les motifs non infectieux.

Il y a plus de réhospitalisations de nouveau-nés nés entre septembre et février (56 %), et d'autant plus pour les nouveau-nés réhospitalisés pour infection (67,6 %) ($p < 0,01$).

Nous ne constatons pas d'impact du mode d'alimentation, ni de la durée de séjour. Il y a moins d'acidoses fœtales dans notre échantillon ($p < 0,05$) par rapport aux résultats de l'enquête nationale périnatale. Cette différence pourrait

FIGURE 2 > Graphique comparatif de la répartition des nouveau-nés réhospitalisés pour infection versus pour autre motif selon la parité maternelle



s'expliquer par le fait que nous n'avons pas inclus les nouveau-nés ayant effectué leur séjour dans un autre service que la maternité.

Aucune infection néonatale à la maternité n'est observée (taux nationaux 0,8 à 1 pour 1000 naissances)⁽⁵⁾. L'ictère à la maternité ayant nécessité de la photothérapie est repré-

senté dans 10,2 % des cas versus 5 % (taux national)⁽²⁰⁾. Il y a plus de nouveau-nés ayant eu un ictère à la maternité dans notre échantillon ($p < 0,01$). Nous ne constatons pas d'augmentation significative de la présence de facteurs de risque d'infection dans notre échantillon ($p > 0,05$). La prévalence des durées d'ouverture de l'œuf supérieures à 12 heures est de 16,9 versus 17 % (5) ($p > 0,05$). Celle du portage du streptocoque B en fin de grossesse est de 13,6 % dans notre échantillon versus 16,7 %⁽²¹⁾ ($p > 0,05$). L'hyperthermie maternelle durant le travail et les deux heures du post-partum concerne 3,4 % des femmes de notre échantillon, versus 2 % d'après le CNGOF⁽²²⁾.

Contrairement à une étude sur la fréquentation des urgences pédiatriques le premier mois de vie⁽¹⁶⁾ qui retrouvait la primiparité, un jeune âge maternel, une femme seule ou sans emploi comme facteurs de risque, notre étude nous a permis de mettre en lumière d'autres situations qui semblent plus à risque de réhospitalisation : l'âge maternel supérieur ou égal à 35 ans, la multiparité pour les infections, la primiparité pour les autres motifs de réhospitalisation, l'ictère à la maternité, la naissance lors des saisons automne-hiver.

COMPARAISON AVEC LE MÉMOIRE DE 2011

Les deux échantillons sont assez homogènes (tableaux 1, 2 et 3). Hormis l'âge maternel et le mode d'alimentation, les différences ne sont pas significatives. Notre échantillon concerne des mères significativement plus âgées au moment de la naissance de leur enfant ($p < 0,001$), plus de nouveau-nés allaités au sein ($p < 0,01$). Ces résultats sont en accord avec ceux de l'enquête nationale périnatale de 2016 qui constate qu'il y a significativement plus de nouveau-nés allaités au sein en Ile-de-France et notamment à Paris. Quant à l'âge maternel, nous pouvons suspecter qu'il existe également des disparités régionales et que la moyenne d'âge maternel au moment de l'accouchement est significativement plus élevée à Paris que dans le reste de la France.

IMPLICATIONS ET PERSPECTIVES

Les résultats de cette étude ont permis de faire émerger les motifs des réhospitalisations des nouveau-nés (âge inférieur ou égal à 28 jours) au sein de l'hôpital Necker-Enfants-Malades, ainsi que les caractéristiques de ces nouveau-nés et de leur mère. Nous avons ainsi pu mettre en évidence certains facteurs qui nous semblent plus à risque de réhospitalisation. Nous pouvons alors faire un retour aux maternités et aux sages-femmes qui prennent en charge les nouveau-nés après la sortie de la maternité. Il semblerait qu'il faille renforcer notre prévention vis-à-vis de la transmission des virus et de la protection des nouveau-nés ainsi que les règles de sécurité domestique. Il serait intéressant de réaliser d'autres études, notamment prospectives et de suivre le devenir des nouveau-nés sortis précocement de la maternité et d'observer si sortir précocement de la maternité aurait un impact sur la fréquentation des urgences pédiatriques durant la période néonatale. L'intérêt à long terme serait une plus grande promotion des sorties précoces et l'adaptation la plus optimale du suivi en ville.

CONCLUSION

Les réhospitalisations des nouveau-nés au cours de leurs 28 premiers jours de vie concernent 2,52 % des nouveau-nés

TABLEAU 1 > Tableau comparatif des caractéristiques des nouveau-nés réhospitalisés en 2016-2017 à Necker-Enfants-Malades (NEM) avec celles des nouveau-nés réhospitalisés en 2011 dans le Finistère Nord

CRITÈRES COMPARÉS	NEM 2016-2017 (N = 118)	FINISTÈRE 2011 (N = 220)	P
Taux de réhospitalisation	2,52 %	3,36 %	Test non valide
Âge des nouveau-nés lors de la réhospitalisation	15,9 jours	15,2 jours	$p > 0,05$
Durée de la réhospitalisation	3,3 jours	4,4 jours	$p > 0,05$
Âge gestationnel des nouveau-nés	39,3 SA	39,4 SA	$p > 0,05$
Poids de naissance des nouveau-nés	3305 g	3367 g	$p > 0,05$
pH < 7,15	3,4 %	20,9 %	Test non valide
Apgar ≤ 5 M1	4,2 %	2,7 %	Test non valide

TABLEAU 2 > Tableau comparatif des caractéristiques maternelles des nouveau-nés réhospitalisés en 2016-2017 à Necker-Enfants-Malades (NEM) avec ceux des nouveau-nés réhospitalisés en 2011 dans le Finistère Nord

CRITÈRES COMPARÉS	NEM 2016-2017 (N = 118)	FINISTÈRE 2011 (N = 220)	P
Age maternel	34,5 ans	28,9 ans	$p < 0,001$
Primipares	33,1 %	36,3 %	$p > 0,05$
Multipares	66,9 %	63,7 %	$p > 0,05$
Femmes célibataires	4,2 %	9,6 %	Test non valide
Césariennes	18,5 %	15,6 %	$p > 0,05$
Alimentation	AM : 64,7%	AM : 50,4%	$p < 0,01$
	AA : 20,2%	AA : 49,6%	$p < 0,001$
	Mixte : 15,1%		

de la maternité de Necker-Enfants-Malades. Le taux et les motifs de réhospitalisation des nouveau-nés semblent stables depuis la mise en place des sorties précoces. Les motifs de réhospitalisation sont des infections pour plus de la moitié de notre échantillon. La moitié des nouveau-nés concernés ont été infectés par un membre de leur entourage proche. Les autres motifs de réhospitalisations les plus fréquemment retrouvés sont des malaises (13 % des cas) essentiellement dus à des reflux gastro-œsophagiens, des mauvaises prises pondérales (9,8 %), des troubles digestifs (8,9 %), des ictères (4,9 %), des traumatismes crâniens (4,9 %). Les situations qui

nous semblent plus à risques de réhospitalisation néonatale sont l'âge maternel supérieur ou égal à 35 ans, la multiparité pour les infections, la primiparité pour les autres motifs de réhospitalisation, l'ictère à la maternité, la naissance lors des saisons automne-hiver. L'accompagnement au retour à domicile présent pour 94,9 % des couples mère-enfant associé à un réseau de santé conséquent à Paris a permis à 16,1 % des nouveau-nés de sortir précocement et semble assurer la sécurité des nouveau-nés dans notre étude. La problématique aujourd'hui serait de savoir si ce système est possible dans toutes les régions de France et ce avec la même sécurité. •

TABLEAU 3 > Tableau comparatif des motifs de réhospitalisations des nouveau-nés réhospitalisés en 2016-2017 à Necker-Enfants-Malades (NEM) avec ceux des nouveau-nés réhospitalisés en 2011 dans le Finistère Nord

MOTIFS DE RÉHOSPITALISATION	NEM 2016-2017 (N = 118)	FINISTÈRE 2011 (N = 220)	P
Causes respiratoires	27,5%	25,4%	p > 0,05
▪ Bronchiolites	15,8 %	21,3 %	p > 0,05
▪ Rhinites	9,2 %	1,6 %	
▪ Gripes	0,8 %	2,0 %	
▪ Pharyngites/ Rhino-pharyngites	1,7 %	0 %	
▪ Respirations bruyantes	0 %	0,4 %	
Causes digestives	29,2 %	25,8 %	p > 0,05
▪ Mauvaises prises de poids	10 %	15,2 %	p > 0,05
▪ RGO	15 %	8,2 %	p > 0,05
▪ Vomissements	0 %	1,6 %	
▪ Constipations	2,5 %	0,4 %	
▪ Diarrhées	1,7 %	0,4 %	
Causes infectieuses	28,3 %	22,5 %	p > 0,05
▪ Pyélonéphrites aiguës	8,3 %	11,1 %	p > 0,05
▪ Viroses	9,2 %	2,5 %	
▪ Gastro-entérites aiguës	3,3 %	2,0 %	
▪ Méningites	3,3 %	1,2 %	
▪ IMF tardives	0 %	1,6 %	
▪ Autres	4,2 %	4,1 %	
Causes malformatives	2,5 %	8,2 %	Test non valide
▪ Malformation cardiaque congénitale	0,8 %	2,0 %	
▪ Sténose du pylore	1,7 %	1,2 %	
▪ Autres	0 %	5,0 %	
Ictères	5,0 %	7,8 %	p > 0,05
Autres	7,5 %	10,2 %	p > 0,05

BIBLIOGRAPHIE

- Haute Autorité de Santé. Argumentaire scientifique. *Sortie de maternité après accouchement* [en ligne] mars 2014.
- Lode N, Maury I, Boissinot C. *Urgences vitales chez le moins d'un mois*. J Ped Puericult 2004; 17 (3): 143-50.
- O Campbell, L Cegolon, D Macleod et al. *Length of Stay After Childbirth in 92 Countries and Associated Factors in 30 Low- and Middle- Income Countries: Compilation of Reported Data and a Cross-sectional Analysis from Nationally Representative Surveys*, PlosOne Medicine, publication en ligne du 8 mars 2016. [consulté le 4 octobre 2017].
- Haute Autorité de Santé. Recommandation de bonne pratique. *Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*. [en ligne] mars 2014.
- INSERM, DRESS. Enquête Nationale Périnatale. Rapport 2016. *Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010*. [en ligne] octobre 2017 [consulté le 20 janvier 2018].
- Straczek H., Vieux R. *Sorties précoces de maternité: quels problèmes anticiper?* Archives de Pédiatrie, Vol 15, 1076-1082 [en ligne] 2008.
- Kurth E, Krähenbühl K, Eicher M. and all. *Safe start at home: what parents of newborns need after early discharge from hospital – a focus group study*. BMC Health Services Research. 2016. 16: 82 DOI 10.1186/s12913-016-1300-2.
- Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S and all. *Schedules for home visits in the early postpartum period* (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017. Issue 8. Art. No.: CD009326.
- Union Nationale et Syndicale des Sages-Femmes. *Expérimentation Prado Sorties Précoces*. [en ligne] 10 mars 2015
- Kehila M., Magdoud K., Touhami O et al. *Sortie précoce en post-partum: résultats et facteurs de risque de réhospitalisation*. Pan Afr Med J. 2016; 24: 189. [en ligne] juillet 2016.
- Brown S, Small R, Faber B, Krastev A, Davis P. *Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants*. Cochrane Database Syst Rev. [en ligne] 2002.
- Britton JR, Britton HL, Beebe SA. *Early discharge of the term newborn: a continued dilemma*. Pediatrics. [en ligne] 1994.
- Del Pamer. *There's no place like home*. ACMI Journal. [en ligne] 1988.
- Hellman LM, Kohl SG, Palmer J. *Early hospital discharge in obstetrics*. The Lancet. [en ligne] 1962.
- Bernstein HH, Spino C, Finch S, et al. *Decision-making for postpartum discharge of 4 300 mothers and their healthy infants: the Life Around Newborn Discharge study*. Pediatrics [en ligne] 2007.
- Claudet I, De Montis P, Debusson C, et al. *Fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés*. Arch Pediatr [en ligne] 2012.
- Battut A. Union Régionale des Professionnels de Santé des Sages-Femmes en Ile-De France. *Sortie de la maternité, le suivi par la sage-femme libérale*. [en ligne] 17 octobre 2013 [consulté le 7 octobre 2017].
- INSEE. Statistiques. *Âge moyen de la mère à l'accouchement en 2017*. [en ligne] janvier 2018.
- Aude Le Goffic. *Réhospitalisation des nouveau-nés à terme durant leur premier mois de vie: étiologies et facteurs de risque: étude rétrospective descriptive menée sur 220 cas au sein des CHRU de Brest et CH de Morlaix du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2011*. Gynécologie et obstétrique. [en ligne] 2013.
- Boithias C, Castel C, Foix-L'Helias L et al. *Ictère en maternité et après la sortie*. MT Pédiatrie, vol. 8, n° 5-6 [en ligne] 2005.
- Dahan-Saal J, Gérardin P, Robillard PY, et al. *Determinants of group B streptococcus maternal colonization and factors related to its vertical perinatal transmission: case-control study*. Gynecol Obstet Fertil. 39 (5): 281-8. [en ligne] 2011.
- CNGOF. *La fièvre au cours de l'accouchement*. Berland and coll. [en ligne] 1996.

VENDREDI 16 NOVEMBRE 2018

SAMEDI 17 NOVEMBRE 2018

08h30 ACCUEIL DES PARTICIPANTS - CAFÉ

Session validante pour le DPC: Infertilité - Gynécologie

AMPHITHÉÂTRE

09h00 - 10h30 Infertilité : Mode de vie environnement et fertilité chez l'homme et chez la femme

Modérateurs : Chadi YAZBECK et Florence SCHEFFLER

- Alimentation et fertilité : l'infertilité est-elle dans l'assietteCharlotte DUPONT
- Activité physique sédentarité et fertilité : faut-il bouger pour être fertile ?Sophie CHRISTIN MAITRE
- Sommeil et fertilité : une nouvelle équation ?Rachel LÉVY

SALLE 203

09h00 - 10h30 : Atelier Urologie

Responsable du programme : Bruno DEVAL

10h30 - 11h00 PAUSE - VISITE DES STANDS

AMPHITHÉÂTRE

11h00 - 12h30 Questions quotidiennes en gynécologie

Modérateurs : Brigitte LETOMBE et Héliane MISSEY KOLB

- Que faire devant un polype de l'endomètre avant et après la ménopausePhilippe MERVIEL
- Que faire chez une femme jeune en insuffisance ovarienne désirant une grossesseJean-Marie ANTOINE
- Sont-elles toutes des PCO ?Geoffroy ROBIN

SALLE 203

11h00 - 12h30 : Atelier Sage-Femme : Prévention : de la recherche à la pratique

Responsables du programme : Catherine FOULHY, Alain PROUST

- HPV la vaccination et prévention cancer du col, vécu des étudiantes sages-femmes, NiceManon CATTET
- Le lait maternel et les contaminants, états des connaissances, institut de puériculture, ParisVirginie RIGOURD
- La position maternelle et son incidence à l'accouchement, Inserm Paris, thèse en doctoratGeraldine MEUNIER

12h30 - 13h00 ALLOCUTION DU PRÉSIDENT

La gynécologie hormonale française à travers les âges

.....Christian JAMIN

13h00 - 14h15 DÉJEUNER

AMPHITHÉÂTRE

14h15 - 18h30 : Controverses en gynécologie

Modérateurs : Patrice LOPES et Jean-Louis BÉNIFLA

- La mammographie est-elle l'examen le plus pertinent pour dépister le cancer du sein avant 50 ans ?Carole MATHÉLIN *discutant* Marc ESPIÉ
- La GPA crime contre l'humanité ou traitement de l'infertilité utérine ?Joëlle BELAISCH-ALLART *discutant* Jean-Marie ANTOINE
- Comment prendre en charge désormais les fibromes : le retour de la chirurgie ?Jean-Louis BENIFLA *discutant* Nathalie Chabbert-BUFFET

16h30 - 17h00 PAUSE - VISITE DES STANDS

- Endométriose et fertilité après les recommandations de l'HAS 2017 : ce qui changePhilippe MERVIEL *discutant* Patrick MADÉLÉNAT
- Les aléas de la gratuité des soins en gynécologie : "Vous avez dit gratuité ?"Israël NISAND

Session validante pour le DPC: La contraception dans tous ses états

AMPHITHÉÂTRE

09h00 - 10h30 Session plénière organisé par David SERFATY et parrainée par la société francophone de contraception

Contraception : Questions/Réponses ; Questions sans réponse

Modérateurs : David SERFATY, Hela CHELLI, M'Hamed BOUZEKRINI, Blandine THIEBA-BONANE

- Comprendre et traiter les saignements irréguliers sous contraception progestative pureGeoffroy ROBIN
- Qu'est-ce que le mini DIU-Cu Veracept® ?David SERFATY
- De la difficulté d'informer en contraceptionElisabeth AUBENY
- Contraception en France : Génération « You Tube »Hortense BAFFET
- Fake News en contraception et leurs conséquencesDavid SERFATY

SALLE 203

09h00 - 10h30 : Atelier le sein

Responsable du programme : Marc ESPIÉ

10h30 - 11h00 PAUSE - VISITE DES STANDS

AMPHITHÉÂTRE

11h00 - 12h30 : Session plénière : Contraception (suite)

- Prophylaxie du VIH : Condom ou PrEP ?Philippe FAUCHER
- Qu'est-ce que le DIU-PP ?Blandine THIEBA-BONANE
- Mycoplasma Genetalium : à dépister systématiquement chez les sujets à risque avant DIUJean-Marc BOHBOT
- Contraception hormonale et risque de cancer du sein après l'étude prospective danoise en 2017 : Que conclure ?Marc ESPIÉ

SALLE 203

11h00 - 12h30 : Atelier psychosomatique : gynécologues et patientes, la relation a-t-elle changé ?

Responsables du programme : Michèle LACHOWSKY et Diane WINAVER

- Le mot des Présidentes
- La consultation :
 - ContraceptionDanielle HASSOUN
 - GrossesseAlain PROUST
 - MénopauseCatherine FOHET



Journées organisées par le Centre de Formation
des Editions ESKA
CFEE : N° 11753436775

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA CONGRÈS
Adeline MARÉCHAL - Serge KEBABTCHIEFF
12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél. : 01 42 86 55 69 / 79 - Fax : 01 42 60 45 35
E-mail : inscriptions et renseignements :
congres@eska.fr - Site : www.eska.fr

Influence du remplissage vasculaire en salle de naissance

PAR MARGOT GIUDICELLI, SAGE FEMME

INTRODUCTION

La société française d'anesthésie ⁽¹⁾ explique que l'apport de liquides par voie intraveineuse, couramment dénommé « remplissage vasculaire » (RV), est un geste thérapeutique quotidien dans le contexte péri-opératoire. Elle précise que la réalisation du RV nécessite d'être définie tant sur la qualité que sur la quantité des solutés à administrer. Cependant, le débit administré n'est que rarement monitoré en pratique courante. En France, l'administration intraveineuse de liquide est utilisée en vue de maintenir un équilibre hémodynamique chez la parturiente ⁽²⁾.

D'un point de vue physiologique, le volume intravasculaire augmente de 35 à 50 % au cours de la grossesse. Le débit sanguin utérin (DSU) représente 10 à 15 % du débit sanguin maternel au cours du troisième trimestre. Précisons également que l'eau et les électrolytes traversent la barrière placentaire par diffusion simple dans le sens d'un gradient osmolaire. Le glucose quant à lui passe par transport facilité. Ces phénomènes permettent d'expliquer que les fluides administrés aux parturientes en travail sont rapidement équilibrés avec ceux du fœtus selon Faber J.J. et al. ⁽³⁾.

Les nouveau-nés sont systématiquement pesés à la naissance, et cette mesure devient la référence. Les jours suivants, la pesée est renouvelée afin d'observer la cinétique et d'ainsi évaluer l'adaptation du nouveau-né à son nouvel environnement. Les professionnels de santé utilisent le pourcentage de variation du poids par rapport au poids de naissance comme indicateur de la suffisance alimentaire. La courbe de poids est un critère important d'appréciation de l'état de l'enfant. Après une perte de poids de 5 à 10 % physiologique les premiers jours (élimination du

méconium et résorption des œdèmes), la courbe devient ascendante à partir de J3-J4 avec un gain pondéral en moyenne de 20 à 30 g par jour pour un nouveau-né à terme ⁽⁴⁾.

Les guides de pratique clinique de l'Académie Américaine de Pédiatrie ⁽⁵⁾ suggèrent qu'une perte de poids de plus de 7 % par rapport au poids à la naissance est préoccupante. En pratique, elle induit fréquemment l'introduction de compléments qui sont le plus souvent à base de préparations industrielles. Ainsi, même si la mise en place de compléments est une décision médicale ayant pour but de prévenir tout risque pour la santé du nouveau-né, le recours au complément est souvent vécu comme un échec par les jeunes mères, souvent associé à une perte de confiance en leur capacité à subvenir aux besoins nutritionnels de leur enfant. De plus, l'utilisation précoce de compléments peut nuire à la mise en place de la lactation par retard de montée de lait et conduire à un allaitement mixte voire exclusivement artificiel.

L'objectif principal de notre étude a été d'établir un lien entre l'administration de fluides IV pendant le travail et la perte de poids du nouveau-né au cours des trois premiers jours suivant la naissance.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Afin de tenter de répondre à la question de recherche soulevée par ce mémoire et à l'objectif proposé, une étude quantitative rétrospective, utilisant une méthode descriptive et comparative a été menée.

Les critères d'inclusion à l'étude étaient les patientes ayant accouché à terme d'un nouveau-né sain à la suite d'une grossesse singleton à bas risque selon la définition du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français ^(6, 7, 8). Les critères d'exclusion correspondaient aux dossiers incomplets ou incorrectement remplis, les césariennes programmées, les couples mère-enfant séparés, les allaitements mixtes et les allaitements strictement artificiels.

Nous avons réalisé une étude quantitative rétrospective unicentrique, utilisant une méthode descriptive et comparative par analyse univariée et multivariée des facteurs susceptibles d'engendrer une perte de poids néonatale majorée.

RÉSULTATS

Au total, 150 couples mère-enfant (n = 150) ont été inclus à l'étude. Avec en moyenne, une sortie de la maternité du couple mère-enfant organisée au troi-

TABLEAU 1 > Évolution du poids pour les nouveau-nés hospitalisés jusqu'à J5 (n = 12)

	Moyenne (grammes)	Ecart type (grammes)
Poids de naissance J0	3390	445
Poids J1	3285,70	439,67
Poids J2	3266,70	437,67
Poids J3	3282,20	444,49
Poids J4	3241,19	440,26
Poids J5	3080,75	400,26
Diff J1-J0	-104,28	75,17
Diff J2-J0	-123,34	116,84
Diff J3-J0	-96,35	127,71
Diff J4-J0	-109,88	117,99
Diff J5-J0	-94,58	115,74
Diff J2-J1	-19,06	66,76
Diff J3-J2	39,54	50,50
Diff J4-J3	58,09	42,66
Diff J5-J4	70,41	43,45

TABLEAU 2 > Caractéristiques maternelles, obstétricales et néonatales dans chaque population après analyse univariée

	POPULATION TOTALE N = 150	REMPLISSAGE < 1500 ML N = 82	REMPLISSAGE 1500 ML N = 68	VALEUR DE P
CARACTÉRISTIQUES MATERNELLES				
Âge (moyenne +/-SD)	29,26 ±5,9	29,98 ±5,6	28,40 ±6,2	0,10
IMC (moyenne +/-SD)	26,91 ±4,3	27,27 ±4,3	26,57 ±4,4	0,33
Tabac n, %	8 (5,3)	6 (7,3)	2 (2,9)	0,22
CARACTÉRISTIQUES OBSTÉTRICALES				
Terme (moyenne +/-SD)	39,8 ± 0,8	39,9 ±0,7	39,6 ±0,9	0,089
Mise en travail spontanée n, %	130 (86,7)	72 (87,8)	58 (85,5)	0,652
Direction du travail n, %	48 (32)	7 (8,5)	41 (60,3)	< 0,001
Durée du travail (moyenne +/-SD)	4,9 ±3,1	3,59 ±2	6,63 ±3,4	< 0,001
Anesthésie péri- durale n, %	113 (75,3)	55 (67,1)	58 (85,3)	0,010
Accouchement voie basse n, %	136 (91,3)	80 (97,6)	56 (82,4)	< 0,001
Césarienne urgence n, %	14 (9,3)	2 (2,4)	12 (17,6)	< 0,001
CARACTÉRISTIQUES NÉONATALES				
Sexe féminin n, %	66 (44)	38 (46,3)	28 (41,2)	0,526
Poids de naissance (moyenne +/-SD)	3 390,05 ±445,2	3 349,96 ±446,1	3 438,38 ±442,7	0,227
Perte de poids > 8 % à J2 n, %	15 (9,4)	1 (1,2)	14 (20,6)	< 0,001
Perte de poids > 8 % à J3 n, %	13 (8,2)	3 (3,7)	10 (14,7)	0,043
Perte de poids > 8 % à J4 n, %	1 (0,6)	0 (0)	1 (1,5)	0,498
Diff J1-J0 (moyenne +/-SD)	-104,28 ±75,2	-84,29 ±66,8	-128,38 ±78	< 0,001
Diff J2-J0 (moyenne +/-SD)	-123,34 ±116,8	-80,88 ±95,7	-174,54 ±120,1	< 0,001
Diff J3-J0 (moyenne +/-SD)	-96,36 ±127,7	-56,21 ±108,8	-137,73 ±133,2	< 0,001
Diff J4-J0 (moyenne +/-SD)	-109,88 ±118	-23,85 ±105	-148,45 ±103,4	0,01
Diff J5-J0 (moyenne +/-SD)	-94,58 ±115,7	-80 ±56,6	-129,50 ±88,8	0,011

sième jour de vie. Le *tableau 1* résume l'évolution du poids des nouveau-nés en fonction des jours de vie.

Le *tableau 2* correspond aux caractéristiques maternelles, obstétricales et néonatales en fonction d'un seuil de remplissage vasculaire fixé à 1 500 ml. Lorsque les patientes présentaient un volume de remplissage vasculaire supérieur ou égal à 1 500 ml, une diminution significative du poids néonatal dans les premiers jours de vie était observée ($p < 0,001$) sans critères de sexe de l'enfant ($p = 0,526$). Pour cette caractéristique, la valeur faible de p montre une tendance à une perte de poids néonatale supérieure à 8 % du poids de naissance jusqu'à 3 jours de vie ($p = 0,043$).

De plus, cet échantillon a permis de démontrer que les nouveau-nés de mère ayant reçu un volume supérieur à 2 500 ml perdaient tous du poids.

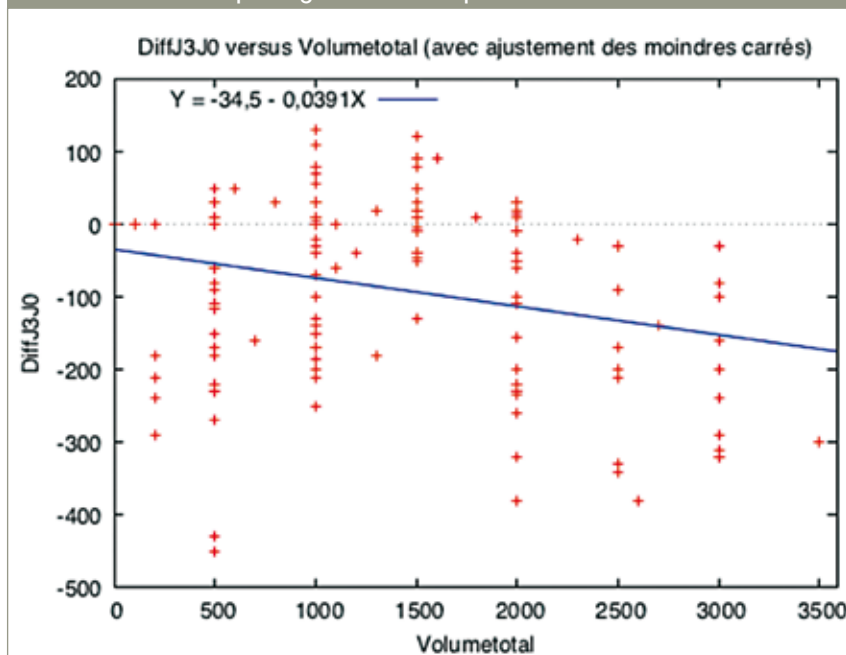
La durée du travail ($p < 0,001$) et la mise en place d'une analgésie péridurale ($p = 0,01$) augmentaient le volume vasculaire injecté en intraveineux pendant le travail. La réalisation d'une césarienne en urgence au cours du travail était un facteur de risque significatif de l'augmentation du volume injecté ($p < 0,001$) contrairement à un accouchement réalisé par voie basse, qui semble, lui, diminuer le volume d'injection de façon significative ($p < 0,001$). La direction du travail (OR 7,05 [95 % CI 0,24-0,39] $P = 0,001$) était le facteur le plus pourvoyeur d'augmentation du volume vasculaire maternel injecté en multipliant ce risque par 7,05.

DISCUSSION

Nos résultats ont montré une augmentation du risque de perte de plus de 8 % du poids de naissance dans les trois premiers jours de vie chez les nouveau-nés de mères ayant reçu un volume intraveineux supérieur à 1 500 ml.

Le travail obstétrical peut être assimilé à un véritable effort physique. Il est donc essentiel de maintenir l'hydratation des parturientes pendant toute sa durée. Les recommandations de bonne pratique émises par la HAS relatives à l'hydratation et l'alimentation pendant le travail⁽⁹⁾ autorisent la consommation de liquides clairs pendant toute la durée du travail sans limitation de volume, chez les patientes ayant un faible risque d'anesthésie générale. L'administration de

FIGURE 1 > Perte de poids en J0 et J3 en fonction du volume de remplissage administré pendant le travail



fluide de remplissage préalablement à la réalisation d'une analgésie péridurale ⁽¹⁰⁾ n'est pas recommandée selon la SFAR ⁽¹¹⁾ pour limiter le risque de survenue d'une hypotension consécutive au geste.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'Académie Américaine de Pédiatrie ⁽⁴⁾ suggère qu'une perte de poids de plus de 7 % par rapport au poids de naissance est préoccupante. Différentes études réalisées dans le monde entre 2003 et 2010 ont constaté que la perte de poids maximale dans les premiers jours de vie d'un nouveau-né allaité était en moyenne de 6,1 % ^(11, 12, 13, 14, 15, 16). En effet, même s'il n'existe pas de recommandations définissant précisément un seuil, les auteurs semblent s'accorder pour considérer qu'une perte de plus de 10 % est excessive et nécessite une prise en charge adaptée pour la santé de l'enfant.

Effectivement, 20,6 % (n = 14) des nouveau-nés ont perdu plus de 8 % de leur poids de naissance à moins de 60 heures de vie chez les mères ayant reçu plus de 1 500 ml contre 1,2 % (n = 1) chez celles ayant reçu moins de 1 500 ml. Nous pouvons faire le même constat à 72 heures de vie avec 14,7 % (n = 10) contre 3,7 % (n = 3) nouveau-nés.

En corrélation avec les travaux de Noel-Weiss J. et al. ⁽¹⁷⁾, nous avons pu constater qu'en plus de nombreuses

variables confondantes présentes, il existe des facteurs de confusions susceptibles d'influer sur la perte de poids néonatal. Ainsi, le poids de naissance comme référence est-il licite ?

En effet, de plus en plus d'établissements de santé sont à l'origine d'une Initiative Hôpital Amis des Bébé (IHAB) ⁽¹⁸⁾ dans le but d'obtenir ce label venant certifier les pratiques de qualité mises en place par les équipes soignantes. De plus, l'Assurance maladie ⁽¹⁹⁾ propose de réduire la durée d'hospitalisation après un accouchement avec un double objectif : « améliorer la qualité des soins et en réduire les coûts ». Dans les deux cas, seuls les nouveau-nés bien portants, à savoir ceux n'ayant pas perdu plus de 8 % de leur poids de naissance selon l'HAS ⁽⁸⁾, seraient autorisés à écourter leur séjour en maternité.

D'un point de vue de la santé publique, les services de santé et les réseaux de soutien social, faisant tous deux partie intégrante de la prise en charge en maternité, sont des déterminants de la santé ⁽²⁰⁾. Or, l'Organisation Mondiale de la Santé ⁽²¹⁾ définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Ainsi, il apparaît essentiel de tenir compte de l'état psychologique et émotionnel de la mère suite à l'annonce d'une perte de poids majorée chez son

nouveau-né. En effet, le recours aux compléments à base de préparation industrielle ou la mise en place d'un allaitement mixte peut affecter son sentiment de confiance en elle, nuire à sa santé pouvant mettre en péril le lien mère-enfant.

Ainsi, le monitoring du remplissage vasculaire traduisant le rapport entrée/sortie pendant le travail pourrait être une mesure concrète rapidement mise en place. De plus, l'utilisation des solutés de remplissage, spécialement la quantité et la qualité du volume injecté en per-partum, pourrait faire l'objet de nouvelles recommandations par les institutions collégiales telles que le CNGOF ou la SFAR.

CONCLUSION

Nous avons mis en évidence que le volume de perfusion intraveineuse administré à la parturiente pendant le travail est un facteur pouvant contribuer à une perte de poids précoce chez le nouveau-né au cours des 48 premières heures de la vie. La prise en compte de ce facteur lors du suivi du travail en salle de naissance est essentielle pour prévenir et adapter la prise en charge néonatale en cas de perte de poids excessive.

L'évaluation quotidienne et rigoureuse du comportement du nouveau-né et du lien mère-enfant est un des facteurs essentiels à l'évaluation du bien-être néonatal. La mesure du poids sur les différents jours de vie ne devrait pas être, à elle seule, une indication de mise en place de compléments par préparations industrielles et une évaluation de l'allaitement. •

RÉFÉRENCES

1. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation Française - recommandations formalisées d'experts. <https://sfar.org/strategie-du-remplissage-vasculaire-perioperatoire-2/>.
2. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation Française - textes des recommandations. <https://sfar.org/remplissage-vasculaire-au-cours-des-hypovolemies-relatives-ou-absolues/>.
3. Faber JJ, Anderson DF. *The placenta in the integrated physiology of fetal volume control*. Int J Dev Biol 2010; 54 (2-3): 391-396.
4. Réseau Périnatal - *Protocole de prise en charge de la perte de poids chez le nouveau-né à terme*. <http://www.mdr-973.fr/reseau-perinatal/espace-professionnels/protocoles/protocoles-neonataux/item/637-09-protocole-pec-de-la-perte-de-poids-chez-le-nn-a-terme.com>
5. American Academy of Pediatrics. *Breastfeeding and the use of human milk: policy statement*. Pediatrics 2005; 115: 496-506.
6. Collège National des gynécologues et Obstétriciens Français - recommandations professionnelles. *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*; 2014
7. Audipog, France périnatal - *Évaluation des pratiques médicales*; 2004
8. Haute Autorité de Santé - *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*; mai 2016
9. Haute Autorité de Santé - *Accouchement normal, recommandations pour la pratique clinique*, 2017. https://www.has-sante.fr/accouchement_normal_argumentaire.
10. Cyna AM, Andrew M, Emmett RS, Middleton P, Simmons SW. *Techniques for preventing hypotension during spinal anaesthesia for caesarean section*. Cochrane Collaboration Sys Rev 2006, 4: CD002251.
11. Macdonald PD, Ross SR, Grant L, Young D. *Neonatal weight loss in breast and formula fed infants*. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2003 Nov; 88(6): F472-6.
12. Marchini G, Berggren V, Djilali-Merzoug R, Hansson LO; *The birth process initiates an acute phase reaction in the fetus-newborn infant*. Acta Paediatr. 2000 Sep; 89(9): 1082-6.
13. Michel MP, Gremmo-Féger G, Oger E, Sizun J. *Pilot study of early breastfeeding difficulties of term newborns: incidence and risk factors*. Arch Pediatr. 2007 May; 14(5): 454-60.
14. Martens P, J., Romphé L. *Factors associated with newborn in-hospital weight loss: comparisons by feeding method*, J Hum Lact 2007; 23; 233.
15. Flaherman VJ, Bokser S, Newman TB. *First-day newborn weight loss predicts in-hospital weight nadir for breastfed infants*. Breastfeed Med. 2010 Aug; 5(4): 165-8.
16. Mulder PJ, Johnson TS, Baker LC. *Excessive weight loss in breastfed infants during the postpartum hospitalization*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2010 Jan-Feb; 39(1): 15-26.
17. Noel-Weiss J et al. Woodend AK, Peterson WE, Gibb W, Groll DL. *An observational study of associations among maternal fluids during parturition, neonatal output, and breastfeed newborn weight loss*. Int Breastfeed J. 2011 Aug 15; 6:9
18. Initiative Hôpital Amis des Bébé. <https://amis-des-bebes.fr>
19. Assurance maladie - *Améliorer la qualité sur système de santé et maîtriser les dépenses*, 2015. https://www.slideshare.net/slideshow/embed_code/36325071#
20. Organisation Mondiale de la Santé - *Déterminants sociaux de la santé*, 2018. http://www.who.int/social_determinants/fr
21. Organisation Mondiale de la Santé - *Les principes*, 2018. <http://www.who.int/about/mission/fr>

Évaluation de la satisfaction lors de la première consultation en gynécologie, chez les jeunes

PAR CAMILLE VIGNAUD, SAGE-FEMME

➤ LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE

En France, les femmes bénéficient d'un suivi gynécologique de prévention à différentes étapes de leur vie. Il consiste en plusieurs actes afin de préserver leur santé génésique. En effet les autorités sanitaires prévoient de suivre les femmes tout au long de leur vie, dès lors qu'elles sont en âge de procréer.

• La vaccination HPV

Le suivi gynécologique débute à l'adolescence, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande la vaccination contre l'infection à HPV (*Human papillomavirus*), une infection banale se transmettant le plus souvent sexuellement. Il existe plusieurs génotypes de l'HPV, mais parmi les 20 HPV génitaux oncogènes, deux sont responsables de 70 % des cas de cancer du col de l'utérus. La HAS propose de vacciner les jeunes filles entre 11 et 14 ans et prévoit une vaccination de rattrapage jusqu'à 19 ans. Le schéma vaccinal est à adapter en fonction de l'âge de la patiente et du vaccin. Le vaccin Gardasil® (HPV 6-11-16-18) comprend deux injections espacées de 6 mois entre 11 et 13 ans. Entre 14 et 19 ans révolus, trois doses sont administrées selon un schéma : 0, 2 et 6 mois. Pour le vaccin Cervarix® (HPV 16-18) il comprend deux injections espacées de 6 mois entre 11 et 14 ans et entre 15 et 19 ans révolus, trois doses administrées à 0, 1 et 6 mois^(1, 2, 3). Si 80 % des femmes sont en contact avec l'HPV dans la première année suivant leur premier

rapport sexuel, la plupart élimineront l'infection spontanément⁽⁴⁾.

• Le frottis cervico-utérin

La HAS recommande, à partir de 25 ans, de faire pratiquer un dépistage systématique des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus. « Plus de 6 millions de frottis cervico-utérins (FCU) sont réalisés chaque année dont 3 000 nouveaux cas de cancer invasif du col de l'utérus et 1 000 décès chaque année sont recensés »⁽⁵⁾.

Mais bien souvent ces pratiques ne suivent pas les recommandations de la HAS, nous sommes face à « une couverture sous-optimale avec plus de 50 % des femmes pas ou trop peu souvent dépistées, et environ 40 % des femmes dépistées trop fréquemment. Seulement 10 % des femmes bénéficient d'un dépistage dans l'intervalle recommandé^(6,7). » C'est-à-dire, le premier FCU doit être effectué par un médecin ou une sage-femme, chez une femme à partir de ses 25 ans, ayant déjà eu un rapport sexuel. Puis le deuxième à un an d'intervalle et enfin tous les trois ans, jusqu'à 65 ans en absence de résultat pathologique⁽³⁾.

• La méthode BERGER

La HAS recommande une consultation spécialisée pour mettre en place une méthode contraceptive et exclut l'examen gynécologique systématique, qui peut être source d'anxiété pour certaines femmes ou même entraîner un refus de consulter⁽⁸⁾. Il doit être pratiqué un examen général, composé de la prise de la tension artérielle,

la mesure de la taille et la pesée de la patiente afin de calculer son IMC (Indice de Masse Corporelle). L'examen gynécologique peut être expliqué et doit être programmé pour une consultation ultérieure, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente. Le praticien peut commencer à montrer à la patiente à quoi ressemble un spéculum afin qu'elle se familiarise avec le matériel⁽⁹⁾. En cas de consultation en urgence, il est préférable de programmer à court terme une consultation entièrement dédiée à la contraception^(10, 11). Dès la première consultation en gynécologie et tout le long du suivi de la femme, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ainsi que la HAS recommandent de respecter les six étapes de la méthode BERCER et son utilisation systématique^(11, 12), afin de favoriser l'installation d'un environnement confortable, chaleureux et permettre une relation de confiance pour toutes les femmes venant consulter un professionnel de santé en matière de santé génésique.

Cette méthode consiste à respecter le déroulement de six étapes.

B > Bienvenu. L'accueil (la saluer, se présenter, la regarder), la confidentialité, présenter le déroulement de la consultation à la patiente.

E > Entretien (écoute, échange, dialogue). Temps de recueil d'information et d'expression de la femme, élaboration d'un diagnostic éducatif partagé, le respect de l'intimité et de la confidentialité

R > Renseignements. Délivrance d'une information claire, hiérarchisée concernant la santé génésique de la femme. Le professionnel doit s'assurer de la bonne compréhension des informations délivrées à la femme. Il doit évaluer ses attentes, ses besoins et son mode de vie.

C > Choix. La décision finale appartient à la patiente, le praticien doit présenter les différentes méthodes (pilules, anneau intravaginal, patch, dispositif intra-utérin (DIU/SIU), implant, injections trimestrielles de macro-progestatif, explications des méthodes naturelles), qui sont à sa disposition, leurs bénéfices ainsi que leurs risques⁽¹³⁾.

E > Explication. Discussion autour de la méthode choisie et de son mode d'emploi, les effets secondaires.

R > Retour. C'est l'occasion d'organiser avec elle, de programmer ses futures consultations et de mettre en place un éventuel suivi régulier, ainsi que réévaluer la méthode de contraception et son utilisation, évaluer l'adéquation de la méthode choisie, l'observance de la femme, sa tolérance et sa satisfaction⁽¹⁴⁾.

> LA CONSOMMATION DE SOINS CHEZ LES JEUNES EN FRANCE

▪ Baromètre Santé

En 2010, d'après l'INPES dans le Baromètre santé « *Les comportements de santé des jeunes* », chez les femmes de 15 à 30 ans, 52,8 % ont consulté un gynécologue dans l'année (15-19 ans : 23,8 %, 20-25 ans : 59,4 %). En ce qui concerne leur consommation de soins sur les douze derniers mois, pour les 15-30 ans : 79,2 % ont consulté un médecin généraliste en premier recours, 52,8 % un gynécologue en deuxième recours et 49,1 % ont consulté un dentiste en troisième recours ($p < 0,001$).

De plus, parmi les femmes ayant consulté quelle que soit la tranche d'âge (15-19 ans, 20-25 ans, 26-30 ans), 75,3 % avaient effectué leur dernière visite il y a moins d'un an, 18,7 % depuis un à deux ans, et 2,1 % depuis plus de trois ans. Le gynécologue est privilégié à tout âge, mais le médecin généraliste reste un interlocuteur chez les jeunes de 15-19 ans. Lors de leur dernière consultation pour des raisons gynécologiques, 4 jeunes filles sur 10 avaient consulté un généraliste. Passé l'âge de 20 ans, le recours au gynécologue s'accroît⁽¹⁸⁾.

▪ La majorité sexuelle

En France, la majorité sexuelle est à 15 ans chez la jeune fille (Art : 227-25 du Code pénal.). En effet les « *jeunes filles mineures peuvent avoir des relations sexuelles consenties et avoir accès anonymement à une contraception et à un suivi gynécologique* »⁽¹⁹⁾. Les jeunes de 18 ans sont au plus proche de l'âge du premier rapport sexuel (17,4 ans pour les garçons, 17,6 ans pour les filles)⁽²⁰⁾. Elles commencent leur vie sexuelle et sont donc plus consommatrices en soins gynécologiques. Il est important de sensibiliser cette jeune population avec des consultations de prévention que ce soit dans le cadre des établissements scolaires et/ou de ville, afin de promouvoir au mieux la vaccination

contre l'HPV, l'utilisation d'une contraception efficace (si absence de désir de grossesse), sensibiliser ces jeunes femmes à l'importance d'un futur suivi notamment dans le dépistage du cancer du col de l'utérus. Dès cet âge, il convient de familiariser ces jeunes femmes avec le milieu médical, notamment celui de la gynécologie qui est au plus proche de l'intimité de la jeune femme en devenir.

La population des 18-25 ans est ciblée par les professionnels de santé et par les pouvoirs publics grâce à diverses campagnes qui permettent de promouvoir l'information, la prévention et le dépistage en santé gynécologique⁽²¹⁾. Dans notre travail, nous avons choisi d'étudier la population de jeunes femmes âgées de 18 à 25 ans qui ont déjà consulté en gynécologie.

Nous nous sommes particulièrement intéressées au déroulement de leur première consultation afin d'évaluer l'existence d'une éventuelle satisfaction ou d'un éventuel mécontentement, d'en connaître les déterminants, et d'évaluer l'utilisation de la méthode BERCER par les professionnels de santé.

> SATISFACTION, MÉCONTENTEMENT, ENCHANTEMENT

▪ La satisfaction

La satisfaction est l'accomplissement d'un désir, l'assouvissement, d'un souhait, c'est l'action de contenter, de satisfaire un besoin ou un désir⁽²²⁾. Dans notre étude cela se traduit par l'offre du professionnel de santé qui a répondu à la demande de la patiente.

▪ Le mécontentement

À l'inverse, il existe le mécontentement, une frustration, un déplaisir⁽²²⁾. Dans ce cas l'offre du professionnel n'a pas répondu à la demande, aux attentes. La patiente est donc insatisfaite.

▪ L'enchantement

Enfin, il existe l'enchantement, la personne est charmée, émerveillée, ravie, car sa demande a été dépassée par l'offre de soin⁽²²⁾.

OBJECTIF PRINCIPAL

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer la première consultation en gynécologie chez les jeunes femmes en France.

Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de notre étude étaient de mesurer la satisfaction des jeunes femmes vis-à-vis de cette consultation, d'identifier les déterminants de leur satisfaction ou de leur éventuel mécontentement, d'évaluer le déroulement de cette consultation et l'utilisation effective de la méthode BERCER par les professionnels de santé lors de cette première consultation.

HYPOTHÈSES

Nos hypothèses de travail étaient les suivantes :

- En France, les jeunes femmes de 18 à 25 ans sont plutôt satisfaites de leur première consultation en gynécologie ;
- La satisfaction dépend à la fois des caractéristiques des femmes et du déroulement de cette consultation (accueil, informations, explications) ;
- Il existe une hétérogénéité de prise en charge entre les professionnels de santé lors de cette première consultation, notamment dans l'utilisation de la méthode BERCER.

MÉTHODE

Nous avons effectué une étude rétrospective, observationnelle, descriptive, à l'aide d'un questionnaire anonyme en ligne (GoogleForms®). Au préalable, il a été testé par dix personnes choisies au hasard dans notre entourage afin de pouvoir les chronométrer et évaluer leur compréhension concernant les différentes questions qui étaient posées. Les personnes ayant testé notre questionnaire avaient besoin de 7 minutes en moyenne pour y répondre. Elles nous ont apporté des modifications sur certaines tournures de phrases et nous ont évité des « faux-sens ». Nous l'avons mis en ligne le 23 août 2017, puis arrêté le 6 septembre 2017, soit une période de deux semaines. Nous espérons que les utilisateurs le partagent à leur tour sur leur profil Facebook®, que leurs contacts fassent de même afin qu'il parcoure les différents départements de France. Le but recherché était le partage de masse. Au préalable, par un message introductif, nous avons informé les personnes souhaitant répondre à notre questionnaire du nombre de questions et du temps qu'il nécessitait pour y répondre, de la démarche de notre étude. Nous leur avons précisé la population ciblée et que

cette étude respectait l'anonymat. Au fur et à mesure, les réponses s'enregistraient sur une grille Excel et se mettaient à jour automatiquement.

• Population d'étude

La population ciblée était les femmes francophones, vivant en France ou en DOM-TOM, âgées de 18 à 25 ans, ayant effectué une première consultation en gynécologie.

Les critères d'inclusion de notre étude étaient des femmes vivant en France (et DOM-TOM), francophones, âgées entre 18 et 25 ans, ayant déjà effectué une première consultation en gynécologie.

Les professionnels de santé consultés : gynécologue, médecin généraliste, sage-femme, infirmière... en ville ou au planning familial.

Les critères d'exclusion de notre étude étaient :

- Les hommes, les transsexuels, les non-binaires ;
- Âge inférieur à 18 ans et supérieur à 25 ans ;
- Femmes n'ayant jamais consulté en santé génésique ;
- Femmes non francophones.

Au total nous avons obtenu 1 545 réponses, dont 31 doublons, qui ont été supprimés, soit 1 514 réponses exploitables. Sur ces 1 514 réponses : 15 garçons, 4 transsexuels, 7 non-binaires (personne ne se jugeant ni homme ni femme) et 90 filles n'ayant jamais consulté en gynécologie ont été exclus de l'étude. Au final 1 398 réponses ont pu être exploitées.

• Stratégie d'analyse

Nous avons effectué les analyses statistiques à partir du site internet : BiostaTGV (<http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>). Les variables qualitatives ont été comparées grâce au test du Chi2 (symbolisé par \$) lorsque les conditions d'utilisation étaient respectées. Sinon, nous avons utilisé le test de Chi2 avec la correction de Yates lorsque les effectifs théoriques étaient compris entre 3 et 5 ou du test exact de Fisher (symbolisé par £) pour les échantillons ayant des effectifs théoriques inférieurs à 3. Le test a été considéré comme étant significatif pour un *p value* inférieur ou égal à 0,05. Nous avons calculé les Odds Ratio (OR) pour les « p » significatifs.

DISCUSSION DES RÉSULTATS

➤ CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION

Dans un premier temps, nous constatons que l'âge médian de notre étude était de 17,5 ans chez les jeunes femmes ayant consulté pour la première fois en gynécologie. Il peut être corrélé avec l'âge moyen lors du premier rapport sexuel chez les filles en France en 2016 qui est de 17,6 ans relevé par l'INED^(20, 24). On pourrait en déduire que lorsqu'elles commencent leur vie sexuelle, ces jeunes femmes vont consulter un professionnel de santé dans le domaine de la santé génésique.

Dans notre étude 82,2 % des femmes ont consulté pour un motif de routine (contraception, questions, informations, débiter un suivi), 12,4 % pour un motif en urgence (IVG, suite à un accident, suite à un viol) et 3,4 % pour un problème gynécologique (endométriose, kyste, métrorragies). Ces résultats montrent que plus de la majorité des femmes ont consulté pour un motif de routine, et notamment pour une contraception. La contraception est souvent le thème principal de cette première consultation en santé génésique⁽²⁵⁾.

Nos résultats peuvent être comparés à ceux publiés dans un article du *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* en 2011 où, en France, 75 % des femmes en âge de procréer avaient une contraception⁽²⁶⁾. Comme le recommande la HAS, la première consultation en gynécologie doit être dédiée à la contraception, ce qui relève d'un motif de consultation de routine. Lors de cette consultation, le professionnel de santé se doit d'adapter sa prescription à chaque consultante, d'étendre son entretien afin de prendre en compte les déterminants psychologiques, sociologiques et économiques, d'accompagner la femme à réfléchir et à choisir la méthode de contraception qui lui sera le plus adaptée⁽²⁷⁾.

➤ PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONSULTÉS

D'après l'INPES en 2010, 50,8 % des 15-19 ans ainsi que 91,6 % des 20-25 ans ont consulté un professionnel de santé (médecin généraliste et gynécologue) pour une raison contraceptive ou gynécologique⁽¹⁸⁾. Malgré l'ancienneté de ces résultats (ils n'ont pas été actua-

lisés depuis), nous pouvons constater qu'ils concordent avec ceux de notre étude. C'est-à-dire que la consommation de soins en santé génésique des jeunes filles est une consultation de routine. D'après la littérature, le médecin généraliste reste le premier interlocuteur chez les jeunes filles de 15 à 19 ans en matière de gynécologie. Parmi les femmes ayant entre 15 et 30 ans, 79,2 % déclarent avoir consulté dans les douze derniers mois un médecin généraliste et 52,8 % un gynécologue⁽¹⁸⁾. En ce qui concerne notre étude, ce sont les gynécologues qui ont été les plus consultés. En cabinet de ville pour 87,3 %, ainsi qu'au planning familial 61,1 %. Ensuite, ce sont les médecins généralistes qui ont été les plus consultés en ville à 7,7 %. Alors qu'au planning familial ils n'ont été consultés qu'à 7,5 % seulement (vs 19,4 % pour les sages-femmes).

La sage-femme peut, depuis 2009, effectuer le suivi gynécologique de prévention⁽²⁸⁾, ce qui pourrait expliquer un taux de consultation de 4,9 % des sages-femmes en cabinet de ville. Au vu de ce faible pourcentage, nous pourrions penser qu'il s'agit d'une méconnaissance des compétences des sages-femmes dans le suivi gynécologique. Mais les résultats de notre étude ont montré que 67 % des femmes interrogées connaissaient cette possibilité. Il est donc possible qu'au moment où elles ont consulté, les sages-femmes ne détenaient pas encore cette nouvelle compétence. Nos résultats peuvent être corrélés à une étude parue dans *Vocation Sage-femme* en juillet 2017 qui constate que, sur 73 % des femmes ayant un suivi gynécologique, seules 4 % se font suivre par une sage-femme⁽²⁹⁾.

■ La satisfaction globale

En ce qui concerne la satisfaction globale de la population étudiée, nous avons pu noter que cette dernière était satisfaite à 78,6 % lors de leur première consultation en gynécologie. L'âge des patientes lors de cette première prise de contact n'avait pas d'influence sur les causes de leur satisfaction globale ($p = 0,443$). Les déterminants de leur satisfaction reposaient souvent sur l'utilisation de la méthode BERCER. En effet, l'accueil favorable du professionnel de santé, le fait qu'il mette la patiente à l'aise lors de l'interrogatoire et l'examen clinique, qu'il ait répondu à toutes ses questions, et qu'il se soit assuré de la

compréhension lors de la délivrance de toutes ses informations pendant la consultation, ainsi qu'une attitude chaleureuse de sa part, participaient à favoriser la satisfaction des patientes.

Nous pouvons à nouveau mettre en corrélation le résultat de notre étude avec celui paru dans *Vocation Sage-femme* en juillet 2017, qui affirme que la plupart des femmes déclarent être satisfaites du professionnel de santé qui les suit sur le plan gynécologique⁽²⁹⁾. Il convient de noter que cette étude récente portait sur le suivi gynécologique des femmes et non sur la première consultation en santé génésique. Elle ne comportait aucune limite d'âge et ciblait seulement deux départements : le Rhône et l'Isère. En outre, certaines étapes recommandées par la méthode BERCER n'étaient pas un déterminant de la satisfaction chez la moitié des patientes : l'information portant sur le déroulement de la consultation, sur les modalités de suivi de prévention en santé génésique ainsi que sur le choix de la méthode de contraception. À l'inverse, ces trois étapes de la méthode BERCER sont des causes de mécontentement et d'enchantement. Nous avons pu constater que lorsque les femmes étaient mécontentes, pour 84,8 % d'entre elles le professionnel de santé ne leur avait pas présenté le déroulement de la consultation. Alors que parmi les femmes qui ont été enchantées, 90,7 % ont reçu une présentation du déroulement de la consultation par le soignant.

Nous pouvons en conclure que la présentation du déroulement de cette première consultation avait une influence sur leur mécontentement et l'enchantement des patientes (c'est-à-dire dans les cas extrêmes), soit 21,4 % de la population interrogée. Il en est de même pour ce qui est des informations sur les modalités du suivi et la prévention en santé gynécologique. Dans le groupe de patientes mécontentes, 82,6 % n'ont pas reçu d'explications, d'informations par le professionnel de santé, alors que 89,3 % ont été enchantées d'avoir été informées lors de leur consultation. Comme vu précédemment, bien que ces déterminants n'avaient pas eu d'influence sur la satisfaction des patientes à proprement dit, leur absence engendre un mécontentement et leur présence entraîne un enchantement.

Ces résultats ont montré que toutes les étapes de la méthode BERCER étaient importantes dans la pratique des professionnels de santé, car elles entraînaient de l'enchantement et du mécontentement et influençaient sur le vécu très positif d'une consultation (enchantement) ou sur le vécu très négatif (mécontentement). Enfin, nous avons pu constater que, parmi les patientes satisfaites, seule 1 patiente sur 2 avait eu le choix dans sa méthode de contraception.

Le fait que leur contraception leur ait été imposée ne les a pas empêchées d'être satisfaites de leur consultation et n'a pas joué de rôle dans leur satisfaction. Alors que pour les patientes qui se sont dites mécontentes, 79,3 % ont eu une contraception imposée par le praticien et parmi les femmes enchantées 84,2 % ont eu le choix.

Une fois de plus, il existe une grande différence dans ces deux groupes de consultantes. Il est de plus en plus d'actualité d'évaluer la satisfaction des patients par le biais de questionnaires en ligne ou sous format papier. La HAS pilote par le biais du dispositif *e-Statist* depuis janvier 2015 la mesure de satisfaction des patients au niveau national, afin d'évaluer certains établissements ainsi que certains services^(30, 31). Mais pour notre étude, nous n'avons pas pu corréler nos résultats car aucune étude sur la satisfaction des patientes lors de leur première consultation en gynécologie n'existe à ce jour.

En ce qui concerne la pratique d'un examen clinique lors de cette première consultation, nous avons pu constater qu'il a été pratiqué sur 70,8 % des femmes ayant répondu à notre questionnaire. La HAS recommande qu'il ne soit pas pratiqué lors d'une première prise de contact afin que celle-ci soit exclusivement dédiée à la mise en place d'une contraception adaptée à la femme^(11, 14), ce qui montre un non-respect des recommandations en ce qui concerne la santé génésique des femmes.

Nos résultats ont montré que, parmi les patientes qui se déclarent globalement satisfaites de leur consultation, 68,9 % ont eu un examen clinique. Il n'influencerait donc pas « négativement » la satisfaction. Par contre, il entraînerait un mécontentement (82,1 %) et un enchantement (65,3 %). Nous pouvons conclure que pour une

grande majorité des patientes, il est satisfaisant que le professionnel de santé ait eu recours à un examen clinique. Nous pouvons supposer que ce dernier pourrait être rassurant pour la plupart des femmes car il serait inscrit dans leurs mœurs et il leur permettrait de vérifier qu'elles n'ont aucun problème de santé.

Enfin, nous avons voulu sonder les répondantes afin de savoir si, suite à cette première expérience, elles avaient gardé le même professionnel de santé. En ce qui concerne les patientes satisfaites, 57,4 % ont à nouveau consulté chez ce même praticien (vs 42,6 %). Il aurait été intéressant de leur demander la cause afin de comprendre les déterminants de ces résultats. Nous avons supposé que si elles étaient satisfaites, elles garderaient le même praticien. Nous avons été étonnées par ce résultat. Néanmoins, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'un changement de consultant chez une patiente satisfaite pourrait être dû à un arrêt d'activité par celui-ci ou à un démenagement de la patiente. En revanche, pour les patientes mécontentes, 79,9 % ont changé de professionnel de santé. 84,0 % des patientes enchantées ont gardé le même praticien. Ce qui va dans le sens de notre supposition.

En ce qui concerne la principale cause de satisfaction des répondantes (58,2 %), elle était due au professionnel de santé. En effet, dans notre étude, les facteurs émanant du professionnel de santé et ayant influencé la satisfaction étaient les suivants : accueil chaleureux, professionnel à l'écoute, attitude positive et chaleureuse et le respect. Leurs absences ont montré un mécontentement des patientes à 49,8 % : accueil fermé, froid, jugement, hostilité et mépris.

Au vu des résultats de notre étude, nous pouvons conclure que les professionnels de santé (gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes, infirmières) ont un rôle primordial dans le bon déroulement de cette consultation. Il est important que ces derniers adoptent un accueil favorable, ainsi qu'une attitude chaleureuse et permissive afin que les patientes soient satisfaites ou même enchantées lors de leur première consultation en santé génésique afin de les familiariser et, *a fortiori*, de mettre en place avec leur collaboration, leur suivi gynécologique de prévention.

Lors de la question portant sur la « *présentation du déroulement de la consultation* » ainsi que les « *renseignements sur les modalités de suivi données aux femmes* », nous avons pu constater que seulement 46,1 % des praticiens avaient présenté le déroulement de la consultation à la patiente (vs 53,9 %) et que 46,9 % avaient renseigné sur les modalités de suivi, et sur la santé gynécologique des femmes (vs 53,1 %). Cela ne respecte pas l'utilisation de la méthode BERCER et cela ne permet pas une prévention dans la santé gynécologique des femmes. Lorsque nous comparons les différents professionnels de santé étudiés, 79,5 % des sages-femmes, 54,2 % des médecins généralistes et 44,1 % des gynécologues consultés ont renseigné sur la santé génésique ainsi que sur les modalités de suivi des femmes.

Nous pensons que les patientes les plus jeunes auraient reçu un meilleur accueil lors de leur consultation, et nous avons émis l'hypothèse que les professionnels de santé auraient une approche bienveillante plus développée avec celles-ci plutôt qu'avec les patientes âgées de 18 ans à 25 ans. Nous sommes donc étonnées de ces résultats. Néanmoins, ils pourraient s'expliquer par le jeune âge des consultantes et donc une approche plus difficile par le professionnel de santé face à une jeune adolescente. De plus, en ce qui concerne l'attitude des praticiens à l'égard de ces jeunes femmes, nous avons pu noter que parmi le total des professionnels de santé ayant eu une attitude chaleureuse, 51,7 % des patientes avaient entre 10 et 17 ans et 48,3 % avaient entre 18 et 25 ans. Donc les mineures et les majeures ont été reçues par une attitude chaleureuse à parts égales. Mais nous avons pu constater que les praticiens avaient eu une attitude hostile à 57,8 % chez les 10-17 ans vs 42,2 % chez les 18-25 ans, ce qui pourrait confirmer notre hypothèse de la difficulté des professionnels de santé à aborder le sujet de santé sexuelle chez les jeunes adolescentes mineures. Ces résultats sont « regrettables » car ils pourraient engendrer un mécontentement chez ces patientes vulnérables et par la suite un refus de suivi en santé gynécologique.

En ce qui concerne la présentation du déroulement de la consultation ainsi que les renseignements sur les modalités de

suivi fournis aux femmes, nous avons pu voir que seulement 46,5 % des praticiens avaient respecté ces deux étapes (vs 53,5 % ne les avaient pas respectées). Nous avons constaté une hétérogénéité entre les professionnels de santé car 80,8 % des sages-femmes, 48,6 % des médecins généralistes et 43,7 % des gynécologues ont présenté le déroulement de la consultation. 79,5 % des sages-femmes, 54,2 % des médecins généralistes et 44,1 % des gynécologues ont renseigné les patientes sur leur santé génésique et les modalités de suivi dans le domaine de la gynécologie.

Ces deux étapes de la méthode BERCER n'ont pas été suivies par tous les professionnels de santé. Nous avons demandé aux patientes lors de leur interrogatoire de noter sur une échelle de 1 à 4 leur degré d'aise (1 étant le moins à l'aise et 4 le plus à l'aise). Nous avons comparé les résultats en fonction de l'âge afin de voir s'il existait une différence entre les personnes mineures et les personnes majeures. Si on additionnait les deux dernières échelles (3 et 4 de Likert), c'est-à-dire là où les patientes se disaient « *à l'aise* » et le « *plus à l'aise* », parmi les mineures, seulement 44,9 % étaient à l'aise vs 55,4 % des jeunes femmes majeures. À l'inverse, si on additionnait les deux premières échelles (1 et 2 de Likert), là où les patientes se sentaient le moins à l'aise, on retrouvait 55,1 % des patientes de 10 à 17 ans vs 44,6 % des 18-25 ans. Cela peut s'expliquer avec l'âge de la puberté et la découverte des jeunes femmes de leur nouveau corps et donc une moins bonne prise en charge face à leur corps qui est en cours d'évolution⁽³²⁾. Il serait donc important, au vu de ce résultat, de mettre encore plus les patientes mineures en confiance, de tout faire pour qu'elles soient le plus à l'aise possible lorsqu'elles prennent contact pour la première fois en santé génésique.

Enfin, nous avons voulu évaluer s'il existait une disparité entre les professionnels de santé consultés sur le fait d'avoir mis à l'aise leurs patientes lors de cette première consultation et plus précisément lors de leur interrogatoire. Au total, le gynécologue a été consulté à 86,7 %. Les femmes se sont senties à l'aise lors de cet interrogatoire pour 45,8 % et ne se sont pas senties à l'aise pour 54,2 %. Pour les 7,7 % de patientes qui ont consulté un médecin généraliste, 66,4 % étaient à

l'aise vs 33,6 % ne l'étaient pas. Enfin, les sages-femmes ont été consultées pour 5,6 %, les patientes étaient à l'aise pour 89,7 % d'entre elles vs 10,3 %.

▪ La pratique d'un examen clinique

Sur 1 398 patientes, nous avons pu constater que 70,8 % ayant consulté pour la première fois en gynécologie ont reçu un examen clinique. Nous supposons que la pratique de cet examen clinique a été influencée par l'âge du premier rapport sexuel chez la jeune femme et qu'il y aurait plus d'examen clinique pratiqué chez les jeunes de 18 à 25 ans, notamment chez les femmes de 25 ans car c'est à partir de cet âge que la HAS recommande la pratique d'un FCU ayant eu une activité sexuelle⁽⁵⁾.

Les résultats de notre étude ont montré qu'il y a eu plus d'examens cliniques (51,7 %) chez les jeunes femmes de 10 à 17 ans que chez les 18 à 25 ans (48,3 %) : $p = 0,015$, OR : 0,75 IC : [0,59 ; 0,95]. Mais la tranche d'âge [10 ans ; 17 ans] comprend l'âge ayant le plus grand effectif lors de cette première consultation. Nous avons comparé les trois praticiens les plus consultés lors de notre étude, que ce soit en ville ou au planning familial.

Parmi les femmes qui ont consulté un gynécologue et qui ont eu un examen clinique, 55,3 % ont été mal à l'aise alors que seulement 44,7 % étaient à l'aise. Parmi celles qui ont consulté un médecin généraliste, 38 % n'étaient pas à l'aise (vs 62 %). Enfin, parmi les patientes qui ont consulté une sage-femme, 14 % étaient mal à l'aise (vs 86 %). Ainsi, les patientes qui se sont senties le plus à l'aise lors de leur examen clinique sont celles qui ont consulté un médecin généraliste ou une sage-femme.

Nous avons pu noter que lors de la pratique de cet examen clinique, les 10-17 ans et les 18-25 ans étaient à proportion presque égales, elles étaient autant à l'aise que mal à l'aise. En effet, pour les mineures, 58,6 % n'étaient pas à l'aise vs 46,5 % pour les 18-25 ans. Et donc *a fortiori* les majeures étaient plus à l'aise 53,5 % que les mineures 41,4 %. $p = 0,001$. Cela peut s'expliquer une fois de plus, par les modifications corporelles qu'engendre la puberté, où les femmes en devenir peuvent se sentir en déséquilibre, car un corps de femme apparaît et celui de jeune fille disparaît.

Ce sentiment de ne pas être à l'aise lors de l'examen clinique gynécologique peut venir de la patiente, de son ressenti⁽³²⁾.

Mais, nous l'avons vu dans notre étude, la principale cause de mécontentement est due au professionnel de santé consulté. De plus, les termes les plus cités étaient entre autres : froideur, absence d'écoute, expéditif, méprisant, brutal, jugement. Au vu de ces termes mentionnés par les femmes quel que soit leur âge, il serait essentiel que les praticiens tiennent compte, lors de cette première consultation, de la personnalité et du ressenti de la patiente et qu'ils prennent soin d'adapter en conséquence leur examen clinique et leur comportement à chaque patiente. D'autant plus, comme nous avons pu le constater dans notre étude, que presque une femme sur deux (quel que soit leur âge) n'est pas à l'aise lors de l'examen clinique.

Lors de la pratique de cet examen clinique, nous avons pu relever son contenu et nous avons retrouvé différents actes. Sur un total de 280 FCU effectués, 89,3 % ont été faits par les gynécologues, 5,7 % par les médecins généralistes, 5 % par les sages-femmes, sachant que notre population d'étude est les jeunes femmes ayant déjà effectué leur première consultation en gynécologie. De plus, dans notre étude, nous avons seulement recensé 6 femmes de 25 ans ayant consulté pour la première fois en gynécologie. Sur ces 6 patientes, 5 ont reçu un FCU de dépistage. Donc, les 275 FCU restants ont été pratiqués sur des patientes de moins de 25 ans. Ils ont donc été effectués en dehors des recommandations de la HAS.

Enfin, nous avons voulu nous pencher sur la pratique des professionnels de santé. Sur 43 examens cliniques effectués par les sages-femmes : 14 FCU ont été pratiqués soit 32,6 % et 50 examens cliniques pratiqués par les médecins généralistes : 16 FCU ont été prélevés soit 32 %. Enfin, sur 890 examens cliniques pratiqués par les gynécologues, 250 FCU ont été effectués soit 28,1 %. Il n'y a pas de différence significative lors de la pratique des FCU par ces professionnels de santé. $p = 0,822$.

▪ La contraception

Nous avons souhaité évaluer l'application des recommandations de la HAS en ce qui concerne le choix dans la méthode de contraception à travers

l'application de la méthode BERGER. Sur le total de femmes qui ont consulté pour une contraception, seulement 51,1 % des patientes ont pu choisir leur méthode de contraception. Presque la moitié des patientes se sont vues imposer une contraception.

Si nous comparons nos résultats avec ceux de l'étude portant sur une enquête prospective multicentrique menée en 2006 dans des centres et cabinets de gynécologie en Ile-de-France, il a été relevé que pour 60,4 % des femmes, leur mode de contraception avait été un choix personnel et que seulement 28,3 % des patientes se sont vues imposer le type de contraceptif par le médecin⁽³³⁾.

Les résultats de leur étude montrent que les femmes avaient eu plus le choix dans leur méthode de contraception, alors que nos résultats montrent l'inverse, c'est-à-dire que les femmes se sont vues imposer une méthode de contraception par le praticien.

Sur le total de sages-femmes consultées, 87,9 % ont laissé le choix aux patientes dans leur méthode de contraception, ainsi que 66,7 % des médecins généralistes et 47,3 % les gynécologues.

Concernant les explications sur la méthode de contraception, les résultats montrent que les sages-femmes le font régulièrement, avec 91,4 % ainsi que pour 86,2 % des médecins généralistes et 65,1 % des gynécologues. On constate de nouveau une hétérogénéité de prise en charge par les professionnels de santé.

Nous avons pu constater que le choix dans la méthode pouvait dépendre de l'âge de la patiente. Parmi les 10-17 ans, la méthode de contraception a été imposée pour 53,3 % d'entre elles vs 42,8 % chez les 18-25 ans. $p < 0,001$ OR : 0,66 IC : [0,51 ; 0,84]. Donc, la méthode de contraception serait plus imposée chez les jeunes filles mineures.

En avril 2013, la HAS a effectué un état des lieux des pratiques et des freins en matière de contraception. Au vu de cet état des lieux, nous pouvons émettre la supposition que certains praticiens ont imposé une méthode de contraception car ils avaient des freins : « *non-reconnaissance sociale de la sexualité des adolescents* », « *préjugés sur la fréquence des rapports sexuels* ». De plus, il existe encore beaucoup de freins, de croyances erronées concernant la pose du DIU/

SIU, chez la nullipare par exemple, et donc des méconnaissances sur les types de méthode contraceptive⁽³⁴⁾, ce qui peut entraîner une prescription systématique de contraception hormonale orale chez les patientes jeunes et *a fortiori* imposer un type de contraception.

CONCLUSION

Il s'agit de la première étude française qui étudie la satisfaction des jeunes femmes âgées de 18 ans à 25 ans lors de leur premier contact dans le monde de la gynécologie. Elle nous a permis de conclure que, pour la grande majorité, 78,6 % des personnes ayant répondu à notre questionnaire en ligne, étaient satisfaites de leur première consultation, ce qui a confirmé notre première hypothèse; et qu'elles l'étaient d'autant plus si l'utilisation de la méthode BERCER était respectée par les différents professionnels de santé. $p < 0,001$.

Parmi les trois causes de satisfaction et de mécontentement les plus citées, nous avons pu identifier que la principale cause était identique dans les deux groupes. Pour 58,2 % des patientes, leur satisfaction était due au professionnel de santé, ainsi que pour 49,8 % des patientes ayant cité leur principale cause de mécontentement. $p < 0,001$.

Enfin, nous avons pu constater que l'utilisation de la méthode BERCER n'était pas systématique, dans ce cas-là nous avons répertorié un mécontentement plus important chez certaines répondantes, et à l'inverse, lorsque les six étapes de la méthode étaient respectées, les patientes se disaient enchantées par leur consultation. Nous avons pu constater l'existence d'une hétérogénéité lors de l'utilisation de cette méthode par les praticiens, et donc une différence de prise en charge. Ce qui confirme notre troisième hypothèse. En effet, lors de l'évaluation de la première étape de la méthode, 94,9 % des patientes ayant consulté une sage-femme ainsi que 88,8 % ayant consulté un médecin généraliste déclarent avoir reçu un accueil favorable et 61,4 % le déclarent lorsqu'elles ont consulté un gynécologue. $p < 0,001$. De plus, 79,5 % des sages-femmes, 54,2 % des médecins généralistes et 44,1 % des gynécologues ont renseigné les patientes sur la santé gynécologique des femmes et sur les modalités de suivi. •

BIBLIOGRAPHIE

- GARDASIL 9 - *MesVaccins.net* [Internet]. [cité 24 fév 2018]. Disponible sur : <https://www.mesvaccins.net/web/vaccines/523-gardasil-9>
- CERVARIX - *MesVaccins.net* [Internet]. [cité 24 fév 2018]. Disponible sur : <https://www.mesvaccins.net/web/vaccines/44-cervarix>
- Prévention lésions cancéreuses col de l'utérus* [Internet]. [cité 22 janv 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1136.pdf>
- Canlorbe G, Renevier B. *Gynécologie et obstétrique : programme intégral DCEM-ECN en dossiers : 26 cas cliniques couvrant tous les items...* Milon-la-Chapelle : S-editions; 2010.
- Haute Autorité de Santé - *Cancer du col de l'utérus : la HAS recommande un dépistage organisé au niveau national* [Internet]. [cité 15 janv 2017]. Disponible sur : http://www.hassante.fr/portail/jcms/c_1015771/fr/cancer-du-col-de-l-uterus-la-has-recommande-un-depistageorganise-au-niveau-national
- ameli.fr - *Le dépistage du cancer du col de l'utérus* [Internet]. [cité 15 janv 2017]. Disponible sur : <http://www.ameli.fr/assures/offre-de-prevention/le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-8217-uterus.php>
- Body G, Marès P, Darai E, Luton D. *Gynécologie, obstétrique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2015.
- Amsellem-Mainguy Y. *Enjeux de la consultation pour la première contraception. Jeunes femmes face aux professionnels de santé*. Summary. Santé Publique. 23 juin 2011; 23 (2) : 77-87.
- www.unitheque.com. *Guide de l'examen clinique* [Internet]. [cité 24 fév 2018]. Disponible sur : https://www.unitheque.com/Livre/arnette/Guide_de_l_examen_clinique-71832.html
- Haute Autorité de Santé - *Contraception chez l'adolescente* [Internet]. [cité 15 janv 2017]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1752690/fr/contraceptionchez-ladolescente?xtmc=&xtcr=18
- INPES - *Comment aider une femme à choisir sa contraception* [Internet]. [cité 15 janv 2017]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/784.pdf>
- INPES - *Conférence de presse - Mise en œuvre de la politique sur la contraception 15 mai 2013* [Internet]. [cité 15 janv. 2017]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/13/dp130515.pdf>
- Serfaty D. *Contraception des adolescentes*. <http://www.em-Premiumcomfrodonuniv-Paris-5frdatatraitessgy00-44642> [Internet]. 3 mai 2009 [cité 24 fév. 2018]; Disponible sur : <http://www.em-premium.com.frodon.univ-paris5.fr/article/202847/resultatrecherche/17>
- Méthode BERCER - INPES [Internet]. [cité 30 janv. 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>
- Code de la santé publique - Article L4151-1. Code de la santé publique.
- Motet FB et L. *Gynécologie : qui fait quoi ? Le Monde.fr* [Internet]. 27 déc 2017 [cité 21 janv. 2018]; Disponible sur : http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/12/27/gynecologie-qui-fait-quoi_5234867_4355770.html
- Suivi gynécologique et contraception* [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 22 janv. 2018]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/votre-sagefemme/competences/suivi-gynecologique-et-contraception/>
- Sante-consommation-soins-15-30-ans.pdf [Internet]. [cité 22 janv. 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-santejeunes/pdf/Sante-consommation-soins-15-30-ans.pdf>
- Code pénal - Article 227-25. Code pénal.
- L'âge au premier rapport sexuel* [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 22 janv. 2018]. Disponible sur : <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/lage-au-premier-rapport-sexuel/>
- strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2017]. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
- Larousse É. *Dictionnaire français - Dictionnaires Larousse français monolingue et bilingue en ligne* [Internet]. [cité 22 janv. 2018]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>.
- La consultation en gynécologie* [Internet]. [cité 22 janv. 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1400.pdf>
- La santé des étudiants en France - 4^e enquête nationale* [Internet]. [cité 5 fév. 2018]. Disponible sur : <https://www.lmde.fr/documents/20184/1997318/ense-4.pdf/5affe802-08a2-429d-8b60-044c3302419e>
- Amsellem-Mainguy Y. *Jeunes femmes face à la multiplicité des méthodes contraceptives*. Rev Polit Soc Fam. 2010; 100 (1) : 104-9.
- Vincent-Rohfritsch A, Pernin E, Chabbert-Bufferet N. *Nouveautés en contraception*. <http://www.em-Premiumcomfrodonuniv-Paris5frdatarevues-03682315v41i2S0368231511002717> [Internet]. 31 mars 2012 [cité 24 fév. 2018]; Disponible sur : <http://www.em-premium.com.frodon.univparis5.fr/article/703514/resultatrecherche/3>
- Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme - ANAES 2004* [Internet]. [cité 5 fév. 2018]. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/04/dp041207.pdf>
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
- Delepauc, Menecier P, Balsan M, Fernandez L. *Représentations et connaissances des patientes sur le suivi gynécologique de prévention par les sages-femmes*. <http://www.em-Premiumcomfrodonuniv-Paris5frdatarevues16340760v16i127S1634076017300872> [Internet]. 21 juil. 2017 [cité 24 fév 2018]; Disponible sur : <http://www.em-premium.com.frodon.univ-paris5.fr/article/1129292/resultatrecherche/6>
- Satisfaction des patients - APHP* [Internet]. [cité 23 fév 2018]. Disponible sur : <https://www.aphp.fr/satisfaction-des-patients>
- Haute Autorité de Santé - *IQSS 2018 - e-Satis : mesure de la satisfaction des patients hospitalisés* [Internet]. [cité 23 fév. 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2030354/fr/iqss-2018-e-satis-mesure-de-la-satisfaction-des-patients-hospitalises
- Socchi P. *Attentes des adolescentes vis-à-vis de leur première consultation gynécologique de contraception*. <http://www.em-Premiumcomfrodonuniv-Paris5frdatarevues16340760v16i124S1634076016301603> [Internet]. 14 janv. 2017 [cité 24 fév 2018]; Disponible sur : <http://www.em-premium.com.frodon.univ-paris5.fr/article/1101798/resultatrecherche/2>
- Les femmes sont-elles satisfaites de leur contraception ? Enquête auprès de 263 patientes* [Internet]. [cité 13 fév 2018]. Disponible sur : <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/12452.pdf>
- État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée* [Internet]. [cité 13 fév 2018]. Disponible sur : https://webzine.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
- Facebook et les jeunes en France* | Injep [Internet]. [cité 15 janv 2017]. Disponible sur : <http://www.injep.fr/article/facebook-et-les-jeunes-en-france-1938.html>
- Étude Ipsos : *les jeunes, Internet et les réseaux sociaux* [Internet]. Blog du Modérateur. 2015 [cité 19 mai 2017]. Disponible sur : <http://www.blogdumoderateur.com/etude-ipsos-junior-connect-2015/>

Des outils du coaching adaptés à la pratique et à l'identité professionnelle des sages-femmes

PAR **CHANTAL FRECCIAMI**, CABINET DE COACHING AKLOBEL

INTERVENTION SUR LE QUESTIONNEMENT OU COMMENT LE COACHING PEUT ACCOMPAGNER LA SAGE-FEMME DANS L'EXERCICE DE SON MÉTIER

Les entretiens de coaching se caractérisent par le rapport collaboratif, l'intentionnalité dans l'entretien, les caractéristiques de l'écoute active et ses outils (la synchronisation, la reformulation, l'observation des mouvements oculaires) et le questionnement, outil essentiel du coach.

Le point commun entre le coaching et le métier de sage-femme c'est d'abord la relation humaine. Le coach accompagne son client qui lui demande un changement dans une situation personnelle ou professionnelle de sa vie. Une sage-femme est là pour guider sa patiente ou le couple qui vient la voir. C'est également un accompagnement dans le changement qui va affecter leur vie que ce soit un premier enfant ou pas.

Le terme *coach* est anglais mais tiré du français et du mot *cocher*. Le cocher est celui qui conduit les voyageurs d'un point à un autre. Il ne choisit ni ses passagers ni leur destination. Son intervention consiste uniquement à les guider pour leur permettre d'arriver à bon port. C'est cette philosophie du coaching qui se retrouve dans l'étymologie du mot.

L'art du questionnement s'appuie sur une identité professionnelle.

L'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE

L'identité professionnelle, c'est :

- **L'identité interne** que l'on acquiert par la formation, le parcours professionnel. C'est aussi ce qui nous différencie des autres, ce qui nous permet de dire : « *j'exerce le métier de boulanger, de dentiste* » ;
- **La personnalité** : comportements, attitudes, caractère ;
- **Les compétences professionnelles** : notre apprentissage, notre formation tout au long de notre vie professionnelle, notre savoir-être et nos savoirs faire ;
- **Le statut social**.

L'ÉCOUTE ACTIVE

Dans la relation interpersonnelle, l'écoute active est une des conditions essentielles à l'efficacité et la réussite de

« *Mon art de la maïeutique a les mêmes attributions générales que celui des sages-femmes. La différence est qu'il délivre les hommes et non les femmes et que c'est les âmes qu'il surveille en leur travail d'enfantement et non point les corps.* » **SOCRATE**

l'entretien. Elle donne une reconnaissance positive importante à l'autre. Elle est toujours présente dans le processus d'accompagnement et s'associe à l'ensemble des techniques et outils proposés par le coach.

Les mots, les questions servent afin que la personne se reconnaisse dans ce que nous formulons, à partir de ce qui passe par ses émotions et sentiments plus que par sa raison.

Pour le coach comme pour la sage-femme, c'est être dans une position haute pour le cadre de travail. Il s'agit de préciser pourquoi nous nous rencontrons, pourquoi dans tel lieu et la raison et dans une position basse sur le contenu. Dans l'écoute des mots, le questionnement bienveillant pour établir et maintenir la confiance.

Il appartient au professionnel en tant que garant du cadre et de la relation, de créer les conditions propices à cette écoute de qualité.

C'est Socrate, philosophe grec du V^e siècle avant Jésus-Christ qui en parle le premier et en donne la définition au travers de la maïeutique, l'art d'accoucher les esprits.

Il en donne une définition qui parle aussi du métier de sage-femme : « *Mon art de la maïeutique a les mêmes attributions générales que celui des sages-femmes. La différence est qu'il délivre les hommes et non les femmes et que c'est les âmes qu'il surveille en leur travail d'enfantement et non point les corps* ».

L'écoute active, c'est de ne pas énoncer soi-même les vérités pour permettre aux autres de les découvrir, encourager et faire confiance, guider, en distinguant le vrai du faux, prendre son temps.

LE RAPPORT COLLABORATIF

L'écoute active s'installe dans un rapport collaboratif. Il s'agit d'une relation qui fait appel à la collaboration de chacun, à la coopération, à la participation. C'est une alliance de travail, un accord entre des personnes.

Le rapport collaboratif se caractérise par quatre composantes : **l'empathie, l'authenticité, être chaleureux, le professionnalisme.**

➤ L'EMPATHIE

C'est une attitude d'accueil qui n'interprète pas, ne questionne pas systématiquement, ne juge pas, ne conseille pas. C'est être dans une neutralité bienveillante avec l'autre.

C'est ce que l'on comprend de la réalité de la personne, pour mieux prendre en compte son état au moment de l'entretien. C'est-à-dire comprendre intellectuellement ce qu'elle vit, traverse et ressent à ce moment précis comme si c'était son propre ressenti à soi **mais seulement comme si**. Ce n'est pas de la sympathie car là on n'éprouve pas réellement les sentiments comme avec un ou une amie.

L'écoute empathique favorise la communication interpersonnelle. Elle permet à l'autre, dans l'entretien, de dire ce qu'il est, d'être accueilli pleinement. La personne pourra ainsi exprimer ses émotions liées à ses questionnements et ses doutes lors du suivi médical.

Écouter avec empathie signifie écouter en acceptant que nous ne savons rien de l'autre. Être seulement là pour signifier notre intérêt pour l'autre, sans chercher à savoir quelle est la bonne piste pour lui. Elle permet d'accéder à son cadre de référence, c'est-à-dire ses idées, opinions, valeurs, croyances qui lui sont propres. C'est ce cadre de référence qui donne un sens aux informations communiquées, car dans toute communication il y a ce que l'on veut dire, ce que l'autre entend, ce qu'il accepte. Et donc ce que la sage-femme peut dire, ce que la patiente écoute et retient. L'explication des termes spécifiques comme : la *baby blues*, la dépression post-partum, échographie obstétricale, haptonomie permet de mieux entrer dans le cadre de référence de la patiente.

L'écoute empathique permet par exemple d'écouter encore mieux l'anxiété de la patiente, de mieux comprendre le stress du père.

➤ L'AUTHENTICITÉ

C'est être à l'aise et sincère dans sa façon de rencontrer l'autre, être vrai.

➤ ÊTRE CHALEUREUX

C'est manifester de la chaleur humaine par un accueil cordial, chaleureux, bienveillant, sans jugement dès la première rencontre afin que la personne se sente acceptée dans la relation qui s'établit.

➤ LA DIMENSION PROFESSIONNELLE

Elle passe par la légitimité représentée par la formation, le diplôme, les compétences, la reconnaissance professionnelle.

Le rapport collaboratif est un cercle vertueux. Plus l'empathie s'installe, renforcée par l'authenticité et la chaleur humaine, soutenue par le professionnalisme, plus le rapport collaboratif s'instaure et se maintient. On identifie ainsi mieux et plus facilement les besoins exprimés et non exprimés afin d'adapter et personnaliser l'entretien.

LA COMMUNICATION ET SES OUTILS OPÉRATIONNELS

Communiquer, c'est être en relation et échanger de l'information par la **communication verbale**, les mots. Il y a aussi la **communication non-verbale** avec les gestes, les postures

Écouter avec empathie signifie écouter en acceptant que nous ne savons rien de l'autre. Être seulement là pour signifier notre intérêt pour l'autre, sans chercher à savoir quelle est la bonne piste pour lui.

et les expressions. Et la **communication paraverbale** qui recouvre la hauteur, le débit de paroles, tout ce qui a trait à la voix. Quand nous communiquons, 7 % seulement du message est communiqué par les mots. Le non-verbal c'est 55 % de la communication et le paraverbal 38 %.

➤ AUTRES OUTILS DE COMMUNICATION: la synchronisation, la reformulation, l'observation des mouvements oculaires

• **La synchronisation**, c'est être en phase en même temps avec son interlocuteur. L'objectif est d'établir et maintenir le lien tout au long d'un entretien et réussir plus facilement le premier contact afin de faciliter et accélérer la phase de mise en confiance. Pour ce faire le coach utilise le paraverbal, le verbal et le non-verbal. Comme par exemple, baisser le ton de sa voix si la personne a tendance à le faire.

Il va aussi utiliser un vocabulaire spécifique et approprié afin d'être mieux entendu et compris. Comme notre cerveau enregistre les informations à travers les cinq sens : la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat et le toucher pour fabriquer ses représentations internes, les mots employés pour être mieux entendu sont dans ces registres.

■ **Si la personne est Visuelle**, elle va utiliser un vocabulaire lié à ce qui se voit. Elle va employer des mots comme : voir, regarder, lumineux, brillant, net, flou. Utiliser des phrases comme : « *C'est très clair, ma vision globale de... je vois parfaitement ce que vous voulez dire.* »

■ **Si la personne est Auditive**, elle privilégie ce qu'elle entend. Elle utilisera : entendre, écouter, parler, dire, bruit, crier, rythme et des phrases comme : « *Nous sommes d'accord, il me casse les oreilles, on s'entend très bien, c'est criant de vérité, n'écoutez que son courage.* »

■ **Si la personne est Kinesthésique** (englobe les sentiments, les émotions, les sensations corporelles et l'équilibre du corps), elle utilise des mots comme : sentir, toucher, bouger, contact, pression, sensible, amer, blesser et des expressions comme : « *Cela m'a fait chaud au cœur, main dans la main, ça me touche, je nage complètement, ça donne le vertige, c'est une histoire à dormir debout.* »

■ **Si la personne est Olfactive**, c'est-à-dire privilégie l'odorat, ces expressions sont du type : « *Je ne le sens pas, la moutarde me monte au nez.* »

Si elle privilégie le goût, donc de tendance gustative, elle s'exprime ainsi : « *Je l'ai sur le bout de la langue, la note est salée, ce plat est à mon goût.* »

Pour repérer les facultés de perception de la personne on observe les mouvements de ses yeux.

LE VAKOG

C'est un acronyme pour **Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif**. C'est utilisé en PNL (Programmation Neuro Linguistique) pour désigner les canaux sensoriels, c'est-à-dire comment le cerveau encode l'information perçue à travers nos cinq sens (vue, ouïe, toucher, goût, odorat) qui traduisent nos facultés de perception.

Les mouvements oculaires de la personne donnent des indications sur les sens qu'elle utilise de préférence. Chaque personne possède un ou deux modes de communication privilégiés qui se traduisent dans son langage. Les mouvements oculaires montrent comment une personne recherche de l'information et la traite avant de s'exprimer. Cet indicateur augmente les chances de se faire comprendre et favorise la communication. Cela permet de montrer à un visuel que nous l'avons bien compris. Un auditif que nous l'avons bien entendu et le faire sentir à un kinesthésique.

Ces mouvements oculaires s'observent quand la personne est face à vous :

- **Un visuel** va rechercher les informations en regardant vers le haut ;
- **Un auditif** au milieu ;
- **Un kinesthésique** vers le bas.

Quand elle regarde à gauche, c'est quelque chose qu'elle doit imaginer, qu'elle ne connaît pas, qu'elle construit. Quand elle regarde à droite, elle a un stock d'images internes, de souvenirs dans lesquels elle va rechercher.

Il est utile d'observer les mouvements oculaires pour savoir si la personne fait appel à ses souvenirs ou à son imagination quand vous lui posez une question. Lorsqu'une personne kinesthésique se parle à elle-même intérieurement, les yeux sont en bas à droite et quand elle ressent quelque chose, elle regarde en bas à gauche.

Ces outils de communication du coach permettent de se focaliser sur les ressources de la personne et non sur ses limites et les informations observées permettent de vraiment personnaliser le questionnement. Bien entendu, ce questionnement est fait avec bienveillance. Il n'y a pas de manipulation, ni d'intention de manipuler.

L'ENTRETIEN DE COACHING

> LA MÉTHODE DES 4 R : RECONTEXTUALISER, REFORMULER, RÉSUMER, RENFORCER DANS UN ENTRETIEN

On choisit de :

■ Recontextualiser

L'intérêt de recontextualiser dans un entretien sur le problème de la personne permet de centrer l'attention sur son vécu. Elle se sent ainsi mieux entendue, écoutée.

– À la personne qui dit : « *j'ai peur de ne pas savoir faire.* »

– On va lui demander : *à quel moment cela vous arrive-t-il de penser à cela ? Pouvez-vous me donner un exemple précis ?*

■ Reformuler dans un entretien

L'objectif est de valider ce que l'on a entendu, éviter les mauvaises compréhensions, valoriser la personne par l'attention qu'on lui porte, surtout s'il (elle) a du mal à s'exprimer, faire des pauses dans le discours quand il y a beaucoup d'informations.

Quand elle regarde à gauche, c'est quelque chose qu'elle doit imaginer, qu'elle ne connaît pas, qu'elle construit. Quand elle regarde à droite, elle a un stock d'images internes, de souvenirs dans lesquels elle va rechercher.

Il y a plusieurs façons de reformuler :

1. On peut redonner

Il s'agit de reprendre les mots que la personne vient de dire mot pour mot avec le même ton, la même vitesse de diction, les mêmes accentuations.

2. Suspendre

– La personne dit : « *c'est à ce moment que c'est arrivé* »

– Vous : « *c'est à ce moment que c'est arrivé et que...* »

3. Reformulation ponctuelle ou relance

Il s'agit de reprendre les derniers mots :

– La personne dit : « *et là tout était fini...* »

– Vous : « *était fini...* »

La personne complète la phrase en suspens. Il s'agit de favoriser la verbalisation de l'événement, surtout s'il est négatif.

4. Questionner

Il s'agit de reprendre mot pour mot mais à la forme interrogative :

– La personne dit : « *c'est à ce moment-là que j'ai dû revenir.* »

– Vous : « *c'est à ce moment-là que vous avez dû revenir ?* »

– La personne : « *oui, et j'ai dû faire...* »

Ce questionnement permet à la personne de continuer ses explications sans avoir besoin d'intervenir davantage.

5. Recadrer

Pour temporiser.

– La personne dit : « *je ne comprends rien à ce que vous me dites.* »

– Vous : « *pour l'instant vous ne comprenez rien* » (implicitement vous comprendrez plus tard).

■ Résumer en entretien

Il s'agit de résumer pour être sûr que l'on a bien compris. Ceci permet d'avoir une validation de la personne de ce qui a été dit jusque-là ou d'avoir ses commentaires.

On peut résumer en début d'entretien par rapport à l'entretien précédent et surtout en fin d'entretien pour faire le point sur ce qui a été traité. On peut aussi demander à la personne de résumer afin de voir où on a réussi ou échoué dans ce que l'on a voulu transmettre comme informations.

■ Renforcer en entretien

Cela permet de consolider le rapport collaboratif, augmenter la confiance en soi, donner à la personne une nouvelle perspective sur ses capacités.

Le renforcement **sur les faits, une action qui a été faite** : c'est vous qui avez réussi à faire les exercices.

Le renforcement **sur la personne avec l'utilisation du verbe être** (va renforcer les qualités, les talents).

- « Vous êtes très courageux.
- Vous êtes quelqu'un qui est capable de... ».

Cela renforce le sentiment d'auto-efficacité et valorise les réussites.

Le renforcement est aussi **empathique** : quand la personne exprime une souffrance à travers ses émotions. Cela vous permet de dire « *c'est normal ce que vous ressentez* ».

LE QUESTIONNEMENT EN ENTRETIEN

Le questionnement sert à obtenir des informations, des renseignements en vue d'apprendre quelque chose d'une personne, d'une situation, vérifier des connaissances. Mais une question peut être bien ou mal posée ou restée sans réponse. Une bonne question, c'est une question qui permet à la personne de penser sur sa façon de penser, de penser sur le « comment elle fonctionne ».

➤ LES ATTITUDES ADOPTÉES EN ENTRETIEN SERVENT OU NON LE RAPPORT COLLABORATIF

- **Attitude de décision conseil** : on décide à la place de l'autre en lui disant ce que l'on ferait à sa place.
- **Attitude de jugement, d'évaluation** : on porte un jugement de valeur sur les propos, les idées, c'est bien ou mal, c'est vrai, c'est faux.
- **Attitude soutien ou de support** : on encourage la personne à s'exprimer, on le rassure, on minimise ou dédramatise les situations.

■ **Attitude d'investigation ou d'enquête** : on interroge car on veut en savoir plus.

■ **Attitude de compréhension** : on manifeste de l'intérêt pour ce qui est dit et une grande qualité d'écoute pour mieux comprendre.

Les attitudes de soutien, d'explication, d'enquête ou de compréhension sont celles qui sont adoptées en coaching. Faire le choix en conscience. Son style de questionnement va aussi permettre d'évoluer dans une meilleure communication relationnelle et maintenir le rapport collaboratif.

➤ QUESTIONNEMENT ET REGISTRES D'INTENTIONNALITÉ

Dans un entretien professionnel, c'est l'intention de celui qui pose les questions qui donne toute son importance au questionnement et surtout à la qualité des réponses.

Il peut y avoir quatre intentions quand on pose des questions : **s'informer, réguler, influencer, provoquer.**

- **Pour s'informer** on pose des **questions ouvertes**. Elles permettent de comprendre, de dialoguer, d'échanger. Elles commencent par *pourquoi, combien, comment, qui*.
 - *Comment allez-vous faire pour y arriver ?*
 - *Combien avez-vous d'enfants ?*
 - *Quel est votre médecin ?*
 - *Qu'est-ce qui vous fait dire que ?*
 - *Qu'est-ce que vous ressentez ?*
 - *Comment améliorer votre technique ?*
 - *Comment comptez-vous vous y prendre ?*

EXEMPLE DE QUESTIONNEMENT

Pour clarifier la demande d'une patiente lors du premier entretien de préparation à l'accouchement

<ul style="list-style-type: none"> ■ Première question après les présentations d'usage <ul style="list-style-type: none"> – <i>En quoi puis-je vous aider ?</i> – <i>Qu'attendez-vous de nos entretiens, de ces séances de préparation à l'accouchement ?</i> ■ Pour questionner sur la motivation et l'objectif de sa venue à cette préparation <ul style="list-style-type: none"> – <i>En quoi c'est important pour vous ?</i> ■ Questionner sur les critères pour atteindre l'objectif <ul style="list-style-type: none"> – <i>À quoi saurez-vous que vous avez atteint votre objectif de maîtriser votre respiration, votre angoisse... ?</i> ■ Vérifier s'il y a des inconvénients pour la personne à suivre cette préparation <ul style="list-style-type: none"> – <i>Est-ce qu'il y a des inconvénients pour vous ? pour votre entourage ?</i> ■ Pour questionner les ressources et les obstacles <ul style="list-style-type: none"> – <i>Quels moyens allez-vous vous donner pour cette préparation à l'accouchement ?</i> ■ Pour questionner la réalité de ce que vit la patiente <ul style="list-style-type: none"> – <i>Qu'est-ce qui vous préoccupe et dans quelle mesure ?</i> – <i>Qu'avez-vous fait, jusqu'à notre rencontre, pour remédier à ce problème ?</i> ■ Depuis quand cela dure-t-il ? <ul style="list-style-type: none"> – <i>Qui est concerné par votre grossesse en dehors de vous ?</i> 	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Quel est son point de vue ?</i> ■ Questionner les résultats actuels <ul style="list-style-type: none"> – <i>Quel contrôle avez-vous sur la situation qui se met en place pour vous avec cette préparation ?</i> – <i>Qu'est-ce qui vous a empêché(e) d'en faire davantage ?</i> ■ Les avantages <ul style="list-style-type: none"> – <i>En quoi cette préparation à l'accouchement est satisfaisante pour vous ?</i> ■ Les inconvénients <ul style="list-style-type: none"> – <i>Pourrait-il y avoir un problème pour vous si vous ne veniez pas aux séances de préparation ?</i> ■ Questionner les options possibles d'une situation <ul style="list-style-type: none"> – <i>Que pourriez-vous faire d'autre ?</i> ■ Questionner l'action qui se met en place <ul style="list-style-type: none"> – <i>Comment puis-je vous encourager ?</i> – <i>Sur une échelle de 1 à 10, quel est votre engagement dans les actions que vous voulez entreprendre pour bien vous préparer ?</i> – <i>Que pourriez-vous faire pour vous rapprocher de 10 ?</i> ■ Question sur l'engagement dans la préparation <ul style="list-style-type: none"> – <i>Qu'est-ce qui se passerait si vous n'aviez rien fait ?</i> ■ En fin d'entretien <ul style="list-style-type: none"> – <i>En avons-nous terminé ?</i>
---	--

On utilise aussi les **questions fermées** : pour valider, obtenir un accord. Trop de questions fermées peuvent donner la désagréable impression de subir un interrogatoire.

– Ex. : « *est-ce que vous avez des enfants ? Pouvez-vous vous libérer ? oui/non* »

Les questions à choix multiples : « *dans une semaine, combien de temps pouvez-vous faire les exercices : 15 mn ou moins, 30 minutes...* »

Les questions factuelles : « *comment vous sentez-vous après vos visites ? Stressée, relaxée, fatiguée.* »

■ Réguler l'entretien

Ce qui permet d'approfondir, d'en dire un peu plus. Techniquement, la régulation s'exprime par :

- **La question relais**

– La personne : « *J'aimerais que cela soit facile.* »
 – Vous : « *Qu'entendez-vous par facile ? Qu'est-ce que vous voulez qui soit facile ? C'est-à-dire ? Par exemple ?* »

- **La question en écho**

– La personne : « *Je ne me sens pas à l'aise avec ce que vous me dites.* »
 – Vous : « *Pourquoi dites-vous ça ?* »

- **La question en miroir**

Quand une personne prend une position catégorique ou ne s'exprime pas complètement.

– La personne : « *Ça me paraît trop compliqué* »
 – Vous : « *Trop compliqué ?* »

■ Influencer

On utilise des questions orientées, suggestives, dirigées. Elles ont pour but d'influencer, rallier une opinion. La réponse est suggérée dans la question : « *Pensez-vous que vous allez vraiment pouvoir réaliser ces exercices d'ici la semaine prochaine ?* »

Ne pas trop abuser de ce type de questions pour rester dans une neutralité bienveillante.

■ Provoquer

On va utiliser des questions pièges. Elles ont pour but de tester, prêcher le faux pour savoir le vrai. Elles mettent l'interlocuteur en difficulté et peuvent générer des comportements défensifs et fermer le dialogue. Trop de questions provocantes peuvent nuire au rapport collaboratif.

Avec ces exemples, on s'aperçoit qu'on ne pose pas une question par hasard. On poursuit toujours un but, une intention. Et avant de poser une question il est intéressant de se demander : « *Si je n'avais qu'une question à poser, qu'elle serait cette question ?* » •

ATELIER

LES CHAPEAUX DE BONO

C'est Edward BONO, psychologue spécialisé en sciences cognitives qui a mis au point cette méthode dans les années 80.

Cet exercice est utilisé en coaching d'équipes.

Il permet de prendre des décisions, rechercher des idées nouvelles ou des solutions aux problèmes rencontrés en utilisant une façon de les rechercher qui crée une alternative à la façon de penser habituelle. En général, dans une réunion les participants expriment leurs pensées naturellement et on retrouve dans ces dernières les informations, les émotions, les critiques...

Avec cet exercice, il s'agit de séquencer la pensée de façon latérale, c'est-à-dire d'explorer un sujet à partir d'angles de vue différents. Pour ce faire, six chapeaux sont utilisés ou symbolisés par des cartons de couleur. Chaque personne représente un mode de pensée symbolisé par une couleur :

- **LE BLANC** : la neutralité, l'énoncé des situations, des faits, des chiffres.
- **LE ROUGE** : le ressenti, les émotions, les sentiments provoqués par chaque idée.
- **LE NOIR** : la critique, les contradictions, les incohérences, les faiblesses des idées.
- **LE JAUNE** : l'optimisme, l'évaluation positive et constructive de chaque idée.
- **LE VERT** : la créativité, les solutions innovantes à proposer sans censure, les nouvelles idées.
- **LE BLEU** : l'organisation, la décision.

L'animateur donne la parole à chaque personne à tour de rôle qui s'exprime alors dans la couleur qu'il représente au sujet de la question posée.

Le verbatim de chaque proposition, idée, sentiment, critique... énoncé par chaque couleur est noté. Il sera lu par chaque participant selon sa couleur à la fin de l'exercice.

L'objectif étant que la décision prise par l'organisateur, le décisionnaire soit le reflet de ce qui s'est dit dans l'équipe tout au long de l'exercice.

➤ **AVANTAGES DE L'EXERCICE** : *décision rapide, cohésion de la décision.*

DE LA NAISSANCE AUX PREMIERS PAS

MICHÈLE FORESTIER

Cet ouvrage a pour objectif de présenter le chemin naturel qui conduit le nourrisson de la position « couché sur le dos » à la marche autonome et tout le bénéfice qu'un bon développement moteur peut lui apporter. Il propose des conseils pour la vie quotidienne et des jeux moteurs simples, faciles à mettre en pratique, afin de donner au tout petit toutes les chances d'être à l'aise dans son corps avant de savoir marcher. De très nombreuses illustrations (photos et dessins) rendent cet ouvrage original et utilisable par un très large public; elles complètent un texte simple et pédagogique qui s'appuie sur une longue expérience pratique.

Michèle Forestier est kinésithérapeute, à Voiron, dans l'Isère, depuis plus de trente-cinq ans.



Éditions érès

Parution : 1^{er} novembre 2018

EAN : 9782749261911

11 x 18 cm, 320 pages

Prix : 25 €

www.editions-eres.com**MÉMENTO DE LA SAGE-FEMME**3^e édition

RICHARD MATIS

Ce mémento est désormais le guide de synthèse indispensable à la pratique quotidienne des sages-femmes. Les chapitres classés par thèmes répondent à toutes les questions qui se posent en garde, en hospitalisation et en consultation, aussi bien sur les protocoles de prise en charge diagnostique et thérapeutique que sur les posologies les bilans étiologiques, l'interprétation des résultats des examens, les informations et la législation. Ouvrage résolument pratique, il est accessible dans tous les secteurs d'activité (salle de naissance, consultation prénatale, hospitalisation, domicile...). Pour cette 3^e édition l'ensemble du contenu est mis à jour (en fonction des dernières recommandations notamment). Des thèmes importants sont particulièrement étoffés : trisomie 21, diabète, violences faites aux femmes, incontinence. Ce livre s'adresse aux étudiants sages-femmes et aux étudiants en médecine en stage en obstétrique ainsi qu'aux sages-femmes en exercice aux obstétriciens et internes en obstétrique.



Elsevier Masson

Parution : 13 juin 2018

ISBN : 9782294759178

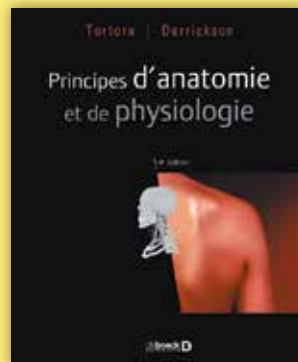
Format 135 x 210 mm - 344 pages

Prix : 32 €

www.elsevier-masson.fr**PRINCIPES D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE**4^e édition

GÉRARD J. TORTORA & BRYAN DERRICKSON

Cette 4^e édition du Tortora a été modifiée pour être plus claire, plus compréhensible. La nouvelle maquette est agrémentée d'une iconographie spectaculaire et de nombreux éléments pédagogiques permettant à l'étudiant d'apprendre plus facilement. Les chapitres ont pour lien commun l'homéostasie et chacun d'eux présente, pour les différents concepts, les relations établies entre les structures anatomiques et leurs fonctions physiologiques. Cette formule rend la présentation des concepts accessibles à un grand nombre d'étudiantes et d'étudiants, différents par leur façon d'apprendre, leurs acquis antérieurs et leur choix de programme dans le domaine de la santé.



De Boeck Supérieur

ISBN : 9782804153793

Format : 276 x 230 mm - 1376 pages

Prix : 75 €

www.deboecksuperieur.com

● 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.frml.pichon@chru-nancy.fr

● 16-17 NOVEMBRE 2018

PARIS 15^e46^{es} Journées Jean Cohencongres.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

● 30 NOVEMBRE 2018

PARIS - American Hospital of Paris

19^e Journée sur l'Assistance

Médicale à la Procréation

congres.eska.com

● 7-8 DÉCEMBRE 2018

PARIS 6^eXVIII^e Colloque GYPSY

Thème : Intimités en danger ?

cerc-congres.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

● 29-30 MARS 2019

LYON

AG et Colloque annuel ANSFL

cerc-congres.com

● 29-30 MARS 2019

PARIS 15^e - Institut Pasteur49^{es} Journées Nat. de Néonatalogieinfocongres.com

● 22-23-24 MAI 2019

LA ROCHELLE (16)

47^{es} Assises Nationales

des Sages-femmes

assises-sages-femmes.eu

LE PÉRINÉE

PAR LAURINE MORDINI, SAGE-FEMME

Le périnée ou plancher pelvien est l'ensemble des parties molles qui ferment l'excavation pelvienne dans sa partie basse. Il est constitué d'un plan profond et d'un plan superficiel.

LE PLAN PROFOND

Il est aussi appelé diaphragme pelvien, et comprend le muscle releveur de l'anus poursuivi en arrière par le muscle ischio-coccygien (Figure 1, Figure 2).

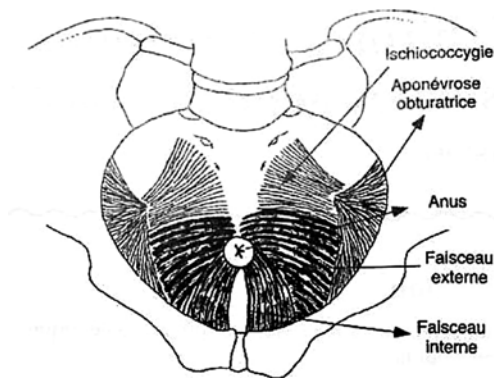


Figure 1 : Plan profond du plancher pelvien. D'après Berthet J. *Déchirures et incisions des voies génitales basses*. In : Mécanique et techniques obstétricales. 4^e éd. Paris : Sauramps Médical ; 2012. p. 617-26.

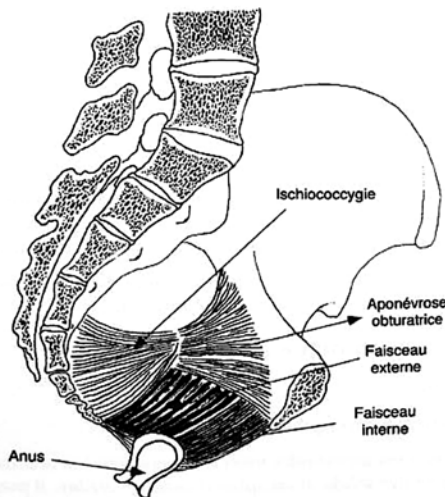


Figure 2 : plan profond du plancher pelvien. D'après Berthet J. *Déchirures et incisions des voies génitales basses*. In : Mécanique et techniques obstétricales. 4^e éd. Paris : Sauramps Médical ; 2012. p. 617-26.

Le muscle releveur de l'anus est pair et symétrique. Il est situé au tiers de l'excavation pelvienne et donne des expansions superficielles vers le sphincter externe de l'anus. Il présente sur la ligne médiane un hiatus allongé d'avant en arrière, du pubis jusqu'au coccyx, laissant passage à l'urètre, au vagin et au canal anal. Il s'agit de la fente génitale.

Le releveur de l'anus est composé de deux parties :

- **Une partie externe ou sphinctérienne** : elle s'attache à la face postérieure du pubis, à l'aponévrose obturatrice et à la face interne de l'épine sciatique. Les faisceaux musculaires se dirigent obliquement en dedans, en bas et en arrière vers le coccyx et la région rétro-anales.
- **Une partie interne ou élévatrice** : elle s'insère en avant sur le pubis. Les fibres se portent en arrière et en dedans de la portion sphinctérienne. Elles viennent en partie s'attacher sur le sphincter anal et participent à la formation du noyau fibreux central du périnée ^[1].

Le muscle ischio-coccygien est pair et symétrique. Il s'insère sur les faces latérales du sacrum et du coccyx et se termine sur l'épine ischiatique homolatérale.

LE PLAN SUPERFICIEL

En dehors du sphincter de l'anus, le plan superficiel du périnée est composé de plusieurs muscles peauciers (Figure 3) :

- **Le transverse profond et le transverse superficiel** : ils s'attachent à l'extérieur sur l'ischion et à l'intérieur sur le noyau fibreux central du périnée.
- **L'ischio-caverneux** s'insère sur la branche ischio-pubienne et sur la face interne de l'ischion. Il rejoint le muscle transverse superficiel.
- **Le muscle bulbo-spongieux** recouvre la face externe du bulbe. Il s'insère en avant sur le bulbe vulvaire et le corps caverneux du clitoris et en arrière sur le noyau fibreux central du périnée ^[1].

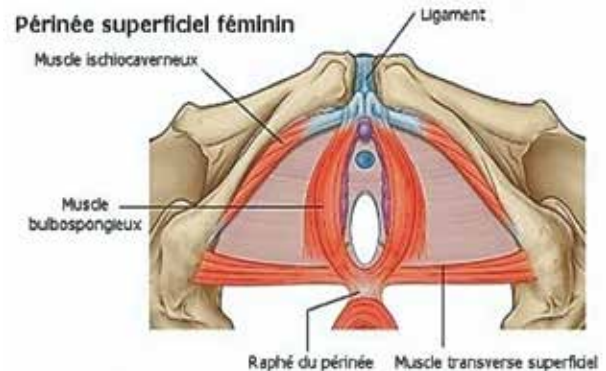


Figure 3 : plan superficiel du plancher pelvien.

Le noyau fibreux central du périnée est un ensemble fibro-musculaire sous-cutané vers lequel convergent la plupart des muscles du périnée. Il s'agit d'une zone très solide, située en avant du canal anal et en arrière du vagin.

Le sphincter de l'anus est situé autour de la portion anale du rectum. Ses fibres forment deux arcs qui circonscrivent le canal anal. Elles se réunissent en avant pour s'insérer sur le noyau fibreux central du périnée et en arrière pour s'insérer sur la pointe du coccyx ^[1].

1. Berthet J. *Déchirures et incisions des voies génitales basses*. In : Mécanique et techniques obstétricales.

Association of in utero exposure to polybrominated diphenyl ethers with the risk of hypospadias

IMPORTANCE

Polybrominated diphenyl ethers (PBDEs) are added to many consumer products as flame retardants, and their endocrine-disrupting properties are a growing health concern in pregnancy.

OBJECTIVE

To investigate whether in utero PBDE exposure as measured in maternal hair is associated with increased risk for hypospadias.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS

In this case-control study, the setting was the urology clinic of a tertiary pediatric hospital between January 3, 2011, and April 1, 2013. Participants were children diagnosed as having hypospadias and their mothers and a control group of children without hypospadias and their mothers. Dates of data analysis were September 3, 2017, to December 28, 2017.

EXPOSURES

Gestational exposure to 8 PBDEs as measured in the 3-cm segment closest to the skull of maternal hair by gas chromatography-mass spectroscopy as a proxy for

in utero exposure. The mothers resided in the same household for the duration of their pregnancy.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES

Difference in total maternal hair PBDE levels between the hypospadias and control groups.

RESULTS

Total PBDE levels were significantly higher among mothers of infants with hypospadias ($n = 152$) (total PBDE level, 51.4 pg/mg; interquartile range, 35.8-78.5 pg/mg) than among controls ($n = 64$) (total PBDE level, 35.8 pg/mg; interquartile range, 18.1-69.9 pg/mg) ($P = .02$). Of the 152 women with sufficient hair samples for analysis in the case group, 89 completed a questionnaire and were included in a multivariable analysis, and of the 64 women with sufficient hair samples for analysis in the control group, 54 completed a questionnaire and were included in a multivariable analysis. Adjusting for potential confounders, hypospadias was associated with a relative 48.2% (95% CI,

23.2%-65.4%) higher maternal level of total PBDE levels in the multivariable analysis.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE

In this analysis, mothers of children with hypospadias were exposed during pregnancy to significantly higher levels of PBDEs. The results of this study suggest that level of exposure to PBDEs during gestation may have a role in the etiology of hypospadias.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Polybrominated diphenyl ethers (PBDEs): polybromodiphényléthers - **Added:** ajoutés - **Flame retardants:** retardateur de flamme - **Endocrine-disrupting properties:** propriétés de perturbation du système endocrinien - **Hair:** cheveu - **Skull:** crâne - **Proxy:** indicateur - **Household:** ménage - **Higher:** plus élevé - **Sample:** échantillon - **Multivariable analysis:** analyse multivariée.

Poon S, Koren G, Carnevale A, Aleksa K, Ling J, Ozsarfati J, Kapur BM, Bagli D.

JAMA PEDIATR. 2018 SEP 17; 172 (9): 851-856. DOI: 10.1001/JAMAPEDIATRICS.2018.1492.

Early clindamycin for bacterial vaginosis in pregnancy (PREMEVA): a multicentre, double-blind, randomised controlled trial

BACKGROUND

Preterm delivery during pregnancy (<37 weeks' gestation) is a leading cause of perinatal mortality and morbidity. Treating bacterial vaginosis during pregnancy can reduce poor outcomes, such as preterm birth. We aimed to investigate whether treatment of bacterial vaginosis decreases late miscarriages or spontaneous very preterm birth.

METHODS

PREMEVA was a double-blind randomised controlled trial done in 40 French centres. Women aged 18 years or older with bacterial vaginosis and low-risk pregnancy were eligible for inclusion and were randomly assigned (2:1) to three parallel groups: single-course or triple-course 300 mg clindamycin twice-daily for 4 days, or placebo. Women with high-risk pregnancy outcomes were eligible for inclusion in a high-risk subtrial and were randomly assigned (1:1) to either single-course or triple-course clindamycin. The primary outcome was a composite of late miscarriage (16-21 weeks) or spontaneous very preterm birth (22-32 weeks), which we assessed in all patients with delivery data (modified intention to treat). Adverse events were systematically

reported. This study is registered with ClinicalTrials.gov, number NCT00642980.

FINDINGS

Between April 1, 2006, and June 30, 2011, we screened 84 530 pregnant women before 14 weeks' gestation. 5630 had bacterial vaginosis, of whom 3105 were randomly assigned to groups in the low-risk trial ($n = 943$ to receive single-course clindamycin, $n = 968$ to receive triple-course clindamycin, and $n = 958$ to receive placebo) or high-risk subtrial ($n = 122$ to receive single-course clindamycin and $n = 114$ to receive triple-course clindamycin). In 2869 low-risk pregnancies, the primary outcome occurred in 22 (1.2%) of 1904 participants receiving clindamycin and 10 (1.0%) of 956 participants receiving placebo (relative risk [RR] 1.10, 95% CI 0.53-2.32; $p = 0.82$). In 236 high-risk pregnancies, the primary outcome occurred in 5 (4.4%) participants in the triple-course clindamycin group and 8 (6.0%) participants in the single-course clindamycin group (RR 0.67, 95% CI 0.23-2.00; $p = 0.47$). In the low-risk trial, adverse events were more common in the clindamycin groups than in the placebo group (58 [3.0%] of 1904 vs 12 [1.3%] of 956; $p = 0.0035$). The most commonly

reported adverse event was diarrhoea (30 [1.6%] in the clindamycin groups vs 4 [0.4%] in the placebo group; $p = 0.0071$); abdominal pain was also observed in the clindamycin groups (9 [0.6%] participants) versus none in the placebo group ($p = 0.034$). No severe adverse event was reported in any group. Adverse fetal and neonatal outcomes did not differ significantly between groups in the high-risk subtrial.

INTERPRETATION

Systematic screening and subsequent treatment for bacterial vaginosis in women with low-risk pregnancies shows no evidence of risk reduction of late miscarriage or spontaneous very preterm birth. Use of antibiotics to prevent preterm delivery in this patient population should be reconsidered.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Leading cause: cause principale - **Bacterial vaginosis:** vaginose bactérienne - **To decrease:** diminuer - **Late miscarriages:** fausses couches tardives - **Low risk pregnancy:** grossesse à bas risque - **Randomly assigned:** réparties au hasard - **Twice daily:** deux fois par jour - **Outcome:** résultats - **Severe adverse event:** effet indésirable grave - **Significantly:** de manière significative (statistiquement) - **Evidence:** preuve.

Subtil D, Brabant G, Tilloy E, Devos P, Canis F, Fruchart A, Bissinger MC, Dugimont JC, Nolf C, Hacot C, Gautier S, Chantrel J, Jousse M, Desseauve D, Plennevaux JL, Delaeter C, Deghilage S, Personne A, Joyez E, Guinard E, Kipnis E, Faure K, Grandbastien B, Ancel PY, Goffinet F, Dessein R.

LANCET. 2018 OCT 12. PII: S0140-6736 (18) 31617-9. DOI: 10.1016/S0140-6736 (18) 31617-9.



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 23.10.18

Consentement chez les adolescents : savoir l'exprimer, savoir l'entendre

Le consentement est une question prioritaire pour les jeunes qui font leur entrée dans la vie sexuelle et affective. Elle est régulièrement évoquée dans les séances d'éducation à la sexualité en milieu scolaire (7 animations sur 10). Les données du Baromètre santé 2016 révèlent que 10,7 % des femmes ont cédé aux attentes de leur partenaire lors de leur premier rapport contre 6,9 % des hommes. Dans le cadre de son programme de Santé sexuelle, Santé publique France s'est fixé comme objectif de favoriser une entrée et une installation positives des jeunes dans la sexualité. Parce que la question du consentement se pose avec force, l'Agence lance le 23 octobre la campagne « OK, pas OK ».

SEXUALITÉ DES JEUNES : DERNIÈRES DONNÉES DU BAROMÈTRE SANTÉ 2016

D'après les données du Baromètre santé 2016, l'âge médian d'entrée dans la sexualité s'est stabilisé ces dix dernières années. Il est de 17,6 ans pour les filles et 17,0 pour les garçons. Ces rapports sont protégés dans plus de 85 % des cas par l'utilisation d'un préservatif.

Si la grande majorité des jeunes déclare avoir souhaité ce premier rapport « à ce moment-là », les femmes sont un peu moins nombreuses que les hommes dans ce cas (87,6 % vs 92,8 %). Ainsi 10,7 % d'entre elles déclarent avoir cédé aux attentes de leurs partenaires et 1,7 % avoir été forcées.

L'étude montre également que les violences sexuelles sont de plus en plus déclarées, en particulier par les femmes. Chez les 15-17 ans, 8 % des jeunes femmes ont déjà été confrontées à des rapports forcés ou à des tentatives de rapport forcés contre 1 % des jeunes hommes. Bien que la parole se libère autour des violences sexuelles, la prévention reste indispensable car les violences ont un impact important sur la santé actuelle et future.

LA CAMPAGNE « OK PAS OK » : RÉFLÉCHIR SUR SES DÉSIRS ET LES LIMITES DE CHACUN ET DE CHACUNE

Le 23 octobre, Santé publique France lance une campagne sur la question du consentement à destination des adolescents. La campagne repose sur une série de podcasts réalisés par Delphine Dhilly (« Sexe sans consentement » Infrarouge) dans lesquels 4 jeunes filles et 1 garçon témoignent de leur expérience. Les situations variées, vécues de manière positive ou négative illustrent toutes la question du consentement.

Chaque podcast s'achève par un message rappelant l'importance de se parler et de

s'écouter « *Dire ce que l'on ressent, demander avant, dire oui, changer d'avis... Dans le sexe, on n'a pas toujours envie de parler ou d'écouter. Mais c'est indispensable pour que ce soit vraiment OK.* »

« *Ce format a été choisi car nous savons que les adolescents sont extrêmement réceptifs aux témoignages de leurs pairs. Ces récits leur permettront d'exercer leur esprit critique, de comprendre les enjeux liés au consentement et d'adopter les bons réflexes* » explique Lucile Bluzat, chargée d'expertise en marketing social, unité santé sexuelle à Santé publique France.

Les podcasts seront disponibles sur le site **Onsexprime.fr** sous la rubrique « Droits & Sexes ».

Une campagne sur les radios et plateformes audios digitales (Spotify, Deezer, NRJ radio digitale, Fun radio) et les réseaux sociaux (Snapchat, Instagram, facebook) sera également menée pour inciter les adolescents à venir écouter ces témoignages.

ONSEXPRIME, LE SITE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE DÉDIÉ AUX ADOS

Le site Onsexprime.fr traite de tous les aspects liés à la sexualité de manière ludique et pédagogique. Il aborde la santé sexuelle dans sa globalité intégrant ainsi aussi bien l'aspect du plaisir, que les aspects physiques, émotionnels, mentaux ou encore sociaux. La vocation du site est d'aider les adolescents à avoir une entrée positive dans la sexualité en les informant et en les incitant à prendre du recul et à se poser les bonnes questions.

L'information est délivrée de manière ludique et attractive (vidéos, modules interactifs, web série...) tout en étant élaborée en collaboration avec des groupes de travail et d'experts.

POUR EN SAVOIR PLUS

Baromètre santé 2016 : Genre et sexualité, d'une décennie à l'autre.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1865>

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 23.10.18

IST : la HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à Chlamydia trachomatis chez les jeunes femmes

En France, la chlamydie est une des infections sexuellement transmissibles (IST) les plus répandues chez les jeunes femmes. Pourtant 60 à 70 % d'entre elles ne présentent aucun symptôme et ignorent qu'elles ont été infectées. Le dépistage représente donc un outil majeur pour réduire la prévalence de l'infection. La HAS a revu la stratégie de dépistage de cette IST et recommande qu'il soit systématique chez les femmes de 15 à 25 ans sexuellement actives et qu'il puisse être réalisé dans plus de lieux. Elle insiste également sur la nécessité d'accompagner cette stratégie d'un financement adéquat.

Chlamydia trachomatis est une bactérie principalement responsable de la chlamydie génitale. Bien que cette infection sexuellement transmissible (IST) puisse se manifester par des atteintes génitales, en majorité chez les femmes, beaucoup sont porteurs de la bactérie sans le savoir. Ceci favorise la survenue de complications et la transmission de la bactérie au sein de la population. Pourtant, si elle est dépistée à temps, l'infection se traite aisément par antibiotiques.

La stratégie de dépistage des infections urogénitales basses à Chlamydia trachomatis avait, en 2003, fait l'objet de recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). La HAS vient de réévaluer cette stratégie de dépistage à la demande de la Direction générale de la santé (DGS).

METTRE EN PLACE UN DÉPISTAGE CIBLANT LES POPULATIONS À RISQUES

L'infection à Chlamydia trachomatis est plus fréquente chez les femmes de 18 à 25 ans que chez les hommes du même âge. Elle peut entraîner des complications sévères chez les femmes, à savoir des atteintes inflammatoires pelviennes, des salpingites, une grossesse extra-utérine ou une stérilité tubaire. Le dépistage a alors deux objectifs majeurs : réduire le risque de complications à long terme chez la femme et limiter la propagation de l'infection au sein de la population, grâce à un traitement précoce.

Dans ces conditions, la HAS recommande qu'au moins un dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis soit systématiquement réalisé chez les femmes sexuellement actives⁽¹⁾ de 15 à 25 ans inclus, y compris les femmes enceintes. En cas de test négatif et de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire, le dépistage est répété chaque année. Si le test est positif, un traitement est défini et le dépistage est répété à 3-6 mois.

De plus, un dépistage opportuniste ciblé doit être proposé aux populations suivantes :

- Les hommes sexuellement actifs, présentant des facteurs de risque, quel que soit l'âge ;
- Les femmes sexuellement actives de plus de 25 ans, présentant des facteurs de risque ;
- Les femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge.

Les facteurs de risque évoqués ici sont : multipartenariat (au moins deux partenaires dans l'année), changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST (Neisseria gonorrhoeae, syphilis, VIH, Mycoplasma genitalium), antécédents d'IST, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), personnes en situation de prostitution, après un viol.

UN DÉPISTAGE PLUS ACCESSIBLE

La HAS préconise que ce dépistage, auparavant réalisé principalement dans des centres spécialisés à vocation de dépistage, soit davantage effectué dans les cabinets de médecine générale, de gynécologie, de sage-femme. Afin de favoriser le dépistage dans ces lieux, une formation complémentaire des professionnels de santé devrait être mise en place.

Autre piste proposée par la HAS pour augmenter le recours au dépistage des populations à risque : promouvoir l'auto-prélèvement. En effet, le caractère intime des prélèvements peut dissuader de recourir au dépistage. Sans pour autant se substituer systématiquement au prélèvement réalisé par un professionnel de santé, l'auto-prélèvement vaginal pour les femmes et urinaire pour les hommes représente une alternative qui doit être proposée dans tous les lieux de dépistage.

En revanche, les tests de diagnostic rapide (TDR) – utilisés pour leur facilité et rapidité d'accès dans le cadre d'autres maladies comme le VIH ou les hépatites B et C – ne sont aujourd'hui pas suffisamment performants dans le dépistage des infections à Chlamydia trachomatis pour être recommandés.

ACCOMPAGNER CES MESURES DE FINANCEMENTS ADAPTÉS

La HAS a mené une enquête de pratiques afin d'évaluer la mise en œuvre des recommandations de 2003 auprès des Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et des services de santé universitaires (SSU). Il en ressort notamment que le dépistage systématique des infections urogénitales à Chlamydia trachomatis, tel qu'il était recommandé en 2003, était difficilement applicable dans ces structures. Ceci, principalement en raison de difficultés opérationnelles ou organisationnelles, telles que le manque de temps ou la mauvaise compréhension des recommandations. Par ailleurs, des problèmes de financement ont également été évoqués par les centres. Face à cela, la HAS recommande de garantir la pérennité d'un financement spécifique au dépistage de l'infection à Chlamydia trachomatis dans les CeGIDD et dans les CPEF, acteurs centraux de la stratégie de dépistage.

Au cours de cette enquête, un autre frein au dépistage a été identifié : un seul site de prélèvement (génito-urinaire, pharyngé ou rectal) peut être facturé et donc remboursé. Pour permettre aux centres d'adapter le dépistage aux pratiques sexuelles des patients, en particulier chez les HSH, la HAS préconise d'élargir le remboursement à plusieurs sites de prélèvement, selon les pratiques sexuelles.

1. Dans les 12 derniers mois.

EN SAVOIR +

Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2879401/fr/reevaluation-de-la-strategie-de-depistage-des-infections-a-chlamydia-trachomatis

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 28.09.18

Violences au sein du couple : la HAS publie des recommandations à destination des structures d'hébergement social

En France, 138 personnes – majoritairement des femmes – sont décédées en 2016, victimes de la violence de leurs partenaires ou ex-partenaires. Le repérage et la mise à l'abri des victimes ainsi que la mise en place d'un accompagnement adapté sont souvent vitaux. La HAS publie aujourd'hui des recommandations à destination des professionnels exerçant dans les structures d'hébergement social.

Objectifs : mieux y repérer les victimes de violences conjugales, répondre à leurs besoins immédiats de protection et accompagner, à plus long terme, leur reconstruction et le rétablissement de leur autonomie.

On parle de violences dans un couple dès lors qu'il existe un processus inscrit dans le temps au cours duquel, dans le cadre d'une relation de couple actuelle ou passée, un partenaire adopte à l'encontre de l'autre des comportements agressifs, violents et destructeurs. Ces violences ont des conséquences néfastes (blessures physiques, traumatismes) et peuvent aller jusqu'au décès. En France, en moyenne, une femme décède tous les 3 jours victime de son (ex)-conjoint et 29 hommes sont décédés victimes de leur (ex)-conjoint(e) en 2016 ⁽¹⁾. Les enfants sont également touchés soit en tant que témoin, soit en tant que victime directe : en 2016, 25 enfants ont été victimes d'homicides.

Forts de leur mission d'accueil, de logement, d'accompagnement et d'insertion sociale des personnes ou familles qui connaissent de graves difficultés (économiques, familiales, de logement, de santé...), les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) ont un rôle important à jouer dans le repérage de ces violences et dans l'accompagnement des victimes. C'est à destination des professionnels de ces structures que la HAS publie aujourd'hui des recommandations. Elle y insiste sur la nécessaire coordination des acteurs de terrain pour proposer un accompagnement adapté aux victimes.

S'ORGANISER POUR FAIRE FACE À DES SITUATIONS DE VIOLENCES DANS LE COUPLE

La HAS préconise en premier lieu d'inscrire le CHRS au sein d'un réseau d'acteurs sensibilisés et mobilisés dans la prévention et la lutte contre les violences

au sein du couple, de renforcer et soutenir les compétences des professionnels qui y travaillent, et de mettre en place au sein de l'établissement des conditions favorables pour aider les victimes à révéler les violences subies.

En outre, compte tenu des situations difficiles auxquelles les professionnels sont confrontés dans leur quotidien, il est nécessaire qu'ils soient eux-mêmes accompagnés et soutenus. Cela peut se faire grâce à des outils tels que l'analyse de la pratique et la supervision.

PERMETTRE AUX VICTIMES DE SE RECONSTRUIRE DANS UN LIEU SÉCURISÉ

Les besoins des personnes victimes de violences au sein du couple sont multiples. Les professionnels des CHRS sont ainsi amenés à informer, conseiller et soutenir les personnes dans une diversité de domaines : mise en sécurité, élaboration de stratégies de protection, enclenchement et suivi de la procédure judiciaire, restauration de la santé physique et mentale, retour ou accès au logement, retour ou accès à l'emploi...

De la même manière, les enfants des couples au sein desquels il y a des actes violents sont souvent impactés. Les conséquences sont délétères, qu'ils soient des victimes directes ou indirectes. Les besoins de l'enfant sont alors nombreux et les réponses apportées spécifiques : accueil bienveillant, programmation d'une visite médicale, repérage des conséquences des violences, des difficultés et des ressources de l'enfant, soutien à la fonction parentale.

1. Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2016, Ministère de l'Intérieur.

ET POUR LES AUTEURS : TOUT FAIRE POUR PRÉVENIR LEURS ACTES DE VIOLENCE ET ÉVITER LES RÉCIDIVES

Les profils des auteurs de violences sont variés et les risques de récidives diffèrent d'une personne à l'autre. Si les mesures judiciaires visent à prévenir la réitération des violences à l'encontre de la victime, il est aussi recommandé aux CHRS de travailler en lien avec les ressources présentes sur le territoire : judiciaires, associatives, institutionnelles spécialisées, etc.

Dans le même temps, il est recommandé aux professionnels de construire un projet d'accompagnement global, coordonné et proportionné aux besoins des auteurs de violence. Il s'agit de les accompagner dans la compréhension de la procédure judiciaire les concernant ainsi que dans la prise de conscience de leurs actes pour, à terme, les aider à changer leur comportement.

FOCUS SUR LES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET DE RÉINSERTION SOCIALE

Les CHRS ont pour mission d'assurer l'accueil, le logement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes ou familles qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, mais aussi des difficultés de logement, de santé...

Ils proposent à ces personnes des séjours à durée variable ainsi que diverses prestations couvrant les besoins fondamentaux : aide aux démarches administratives et juridiques, possibilité de disposer d'une boîte à lettre postale, assistance à la constitution de dossiers pour l'obtention d'aides financières, aide à la recherche ou au dépôt des demandes de logement. Cette aide se poursuit également par un accompagnement social après l'intégration dans le logement. Par ailleurs, dans près d'un tiers des CHRS, il est possible d'avoir également accès à des soins immédiats.

Il existe aujourd'hui différents types de CHRS : certains sont dits « tous publics » (jeunes errants, grands exclus...), d'autres sont des établissements spécialisés dans l'accueil des femmes enceintes, des personnes sortant de prison ou encore des femmes victimes de violences conjugales.

Les CHRS sont principalement financés au titre de l'aide sociale de l'État. On compte plus de 800 structures offrant environ 41 000 places réparties sur l'ensemble du territoire ⁽²⁾.

2. DRESS, enquête ES 2012.

POUR EN SAVOIR PLUS

Repérage et accompagnement en Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) des victimes et des auteurs de violences au sein du couple.

**Association Nationale
Natation & Maternité**



A . N . N . M .

PIONNIÈRE DEPUIS 1977

Programme et inscription

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

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

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

Formations bi-annuelles

PROCHAINES FORMATIONS

▷ Clamart (92)
Stage prénatal et Stage postnatal
Les dates à l'étude seront annoncées
dans le prochain numéro.

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



INHF
Institut National
Homéopathe Français
PARIS

**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 favo-
riser 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

Journée Régionale de l'Allaitement Maternel Auvergne-Rhône-Alpes du 5 octobre 2018

Lors de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel 2018, l'association Information Pour l'Allaitement a organisé sa 5^e Journée Régionale de l'Allaitement Maternel, le 5 octobre 2018 à l'École Normale Supérieure de Lyon.

Plus de 370 participants ont assisté à cette journée riche de 8 conférences diverses et complémentaires ainsi que de 6 posters. L'information et la promotion de l'allaitement maternel ont également été relayées par les 16 stands d'associations et de professionnels présents durant la journée. Les participants, des professionnels de la santé, de l'éducation mais également des étudiants et des associations de soutien, sont venus en nombre de toutes les régions de France.

Conférences de la journée ▶ Épigénétique, développement de la personnalité, féminisme, place du père, rôle des pharmacies, les troubles des comportements alimentaires, déontologie, contexte international, exemple du soutien à Québec... les thèmes abordés étaient variés et complémentaires.

Photos de la journée, fils de discussions Twitter, résumés, bibliographies d'IPA, diaporamas et vidéos des interventions (accessibles aux adhérents), ainsi que des articles rédigés par nos bénévoles. Retrouvez toutes les informations sur cette journée sur notre site internet : **www.info-allaitement.org**

Contact : Association IPA - 271 rue Duguesclin - 69003 LYON
www.info-allaitement.org • **contact@info-allaitement.org**



N'féraïdo®
la accompagnant
Bienveillance

OUI
A LA BIENVEILLANCE
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 : 28 au 30 jan 2019
Cycle II : 31 jan au 2 fév 2019
* D.Jacquin D.O.


Dates Agen
Cycle I : 20 au 22 mars 2019
Dates Agen
Cycle II : 13 au 15 nov 2019

Volet uro-gynécologique**
Rééducation manuelle par voie externe
Modelages : Bassin, organes pelviens & périnée

Dates Paris
13 au 15 mars 2019
** Francine Augère S.F.

Dates Agen
15 au 17 mai 2019

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

FORMATIONS ANSFL 2018-2019
Organisme de formation enregistré
sous le n° 93 05 00814 05

TARIFS, DATES, ADHÉSION www.ansfl.org

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

ÉCHOGRAPHIE ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE
Intervenantes : Évelyne Rigaut (SF-Écho)
Lorraine Guénéral (Biologiste)
Date et lieu : Organiser un groupe : contactez-nous

LA SEXOLOGIE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE NOS PATIENTES ET DE LEURS CONJOINTS
Intervenante : Nicole Andrieu (SF) • Session I
• Session I : Organiser un groupe : contactez-nous
• Session II : 5 avril 2019 à Paris

L'INSTALLATION EN LIBÉRAL
Intervenante : Laurence Platel (SF).
Date : Organiser un groupe : contactez-nous

LA PRATIQUE LIBÉRALE : CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS
Intervenante : Laurence Platel (SF).
Date et lieu : Organiser un groupe : contactez-nous

INITIATION À LA PENSÉE CRITIQUE LES SAGES-FEMMES
Intervenante : Amélie Battaglia (SF)
Date et lieu : Organiser un groupe : contactez-nous

LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES À BAS RISQUES
Intervenante : Amélie Battaglia (SF)
Date et lieu : 25-26 avril 2019 à Marseille

EUTONIE : RÉÉDUCATION EN POSTNATAL
Intervenante : Martine Gies (SF)
• Session I : Découverte
Date et lieu : prévision en 2019
• Session II : Les pathologies urinaires
Date : prévision en 2019 (Pré requis : session I)
Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)
• Session III : Retrouver la mobilité et le dynamisme
Date : prévision en 2019 (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
• Session II : Postnatal
Dates : 24-25 janvier 2019 - Lieu : Marseille
7-8 février 2019 - Lieu : Essonne (91)

Toutes nos formations : FIF-PL

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

Pratiquer dès le lendemain du séminaire



Institut Naissance & Formations



Calendrier 2018-2019

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 21 au 24/01/19 et du 25 au 28/02/19
- du 13 au 16/05/19 et du 17 au 20/06/19
- St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 7 au 10/01/19 et du 11 au 14/02/19
- du 11 au 14/03/19 et du 8 au 11/04/19
- du 13 au 16/05/19 et du 11 au 14/06/19
- Vergèze (30) - La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques
- du 15 au 18/01/19 et du 12 au 15/02/19
- du 14 au 17/05/19 et du 11 au 14/06/19

Niveau 2

- St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 21 au 24/01/19 et du 25 au 28/02/19
- Vergèze (30) - La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques
- du 12 au 15/03/19 et du 23 au 26/04/19
- Nanterre (92) - Espace Chevreul
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 11 au 14/03/19 et du 1^{er} au 04/04/19

Travail Corporel en Rééducation Périnéale

- Durée: 4 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
Formatrice: Corinne Roques
Programmation en région possible. Nous contacter.
- du 6 au 9 décembre 2018
- du 28 au 31 mars 2019

Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

- Durée: 3 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- Nanterre (92) - Espace Chevreul
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 3 au 5 décembre 2018
- du 11 au 13 février 2019
- du 3 au 5 juin 2019

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

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



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/intercart-oret Réf : OF-11646

FORMATION



Vendredi 30 novembre 2018

19^{ème} Journée sur l'Assistance Médicale à la Procréation de l'Hôpital Américain de Paris

ALLONS-NOUS VERS UNE MODIFICATION DES INDICATIONS EN AMP ?

Auditorium de l'Hôpital Américain de Paris
55, boulevard du Château - 92200 Neuilly-sur-Seine

PRÉSIDENTE : Pr Joyce HARPER

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dr Edouard AMAR, Dr Charles BRAMI, Dr Pascal BRIOT, Dr Sandrine COHEN SCALI, Dr Estelle FEYEREISEN, Dr André GAUTHIER, 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, Dr Pierre ZITOUN

COMITE 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

8h45 – 9h30 Introduction : Dr Eric SEDBON

9h00 – 10h30 SESSION 1 : LES AVANCÉES EN BIOLOGIE

Modérateurs : Pr Paul BARRIÈRE, Dr Pascal BRIOT, Dr Carine PESSAH

- Le laboratoire TOP NIVEAU : organisation des espaces et des hommes.....Dr Albert ODRADORS
- Le laboratoire TOP NIVEAU : matériel nécessaire et indispensable.....Pr Paul BARRIÈRE
- Updates in ART, the past, the present and the futurePr Joyce HARPER

10h30 – 11h00 Pause – Visite des stands

11h00 – 12h30 TABLE RONDE SUR LES « AVANCÉES ÉTHIQUES »

Intervenants : Pr Jean-Marc AYOUBI, Pr Joyce HARPER, Pr Arnold MUNNICH, Maître Catherine PALEY-VINCENT

- Congélation ovocytaire de convenance ou préservation ?
- AMP et homosexualité
- AMP et femmes seules
- Age du père et AMP
- Arrivée de l'exploration génétique en AMP

12h30 – 14h15 Déjeuner

14h15 – 16h00 SESSION 2 : LES AVANCÉES EN STIMULATION D'OVULATION

Modérateurs : Dr Eric SEDBON, Dr Alain THEBAULT, Dr Charles TIBI

- Super-hyperstimulation et congélation de blastocystesDr Renato FANCHIN
- Faut-il personnaliser la stimulation d'ovulation ?Dr Sylvie DE RIJDT
- Le dosage de progestérone est-il indispensable ?Dr Paul PIRTEA
- Progestérone en AMP : étude multicentrique françaiseDr Philippe ARVIS

16h00 – 16h30 Pause - Visite des stands

16h30 – 18h00 SESSION 3 : LES MUTATIONS MTHFR : IMPACTS EN AMP

Modérateurs : Dr Charles BRAMI, Dr Patrice CLÉMENT, Pr Yves MENEZO

- Rôle physiologique du gène MTHFR.....Dr Arthur CLÉMENT
- Un nouveau regard sur l'intégrité du DNA spermatique : implication du gène MTHFR.....Dr Edouard AMAR
- Conseil génétique et mutation du gène MTHFRDr Géraldine VIOT

18h00 – 18h15 Conclusions et synthèse : Pr Joyce HARPER





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