

LES **DO**

# LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE



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

#486 DÉCEMBRE 2018

45<sup>e</sup> année ISSN 0767-8293



DOSSIER  
**L'ÉCHOGRAPHIE**

**MAÏEUTIQUE** Accoucher en plateau technique lors de l'accompagnement global à la naissance : motivations et satisfaction des patientes

**PÉDIATRIE** Lactation induite, relactation

**GYNÉCOLOGIE/OBSTÉTRIQUE** **DOSSIER** ● Critères qualité d'une échographie obstétricale ● La mesure échographique de la longueur du col utérin

**SANTÉ PUBLIQUE** La vaccination contre la coqueluche : « la stratégie du cocooning » ● Gestation Pour Autrui et Procréation Pour Autrui

**SCIENCES HUMAINES** Le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ● L'angoisse de la mère lors de la naissance

# 04/05

FEV. 2019

PALAIS DES CONGRES  
25 avenue V. Cresson  
ISSY LES MOULINEAUX

## 17<sup>es</sup> Journées du Collège National des Sages-Femmes de France



**CNSF**  
Collège National  
des Sages-Femmes  
de France

### PROGRAMME \*

#### Lundi 4 février

- 8 : 00 **Accueil**
- 8 : 30 **Ouverture des journées - Sophie GUILLAUME**
- 9 : 00 **LA NOUVELLE CONVENTION NATIONALE DES SAGES-FEMMES**  
*Modérateur : Adrien GANTOIS*
  - Vision de la CNAM - Nicolas REVEL
  - Présentation du nouvel avenant et les changements concrets pour la pratique des sages-femmes - Caroline RAQUIN
  - La place de la sage-femme dans le système de soins en 2019 - Anne-Marie CURAT
- 10 : 30 **Pause et visite des stands**
- 11 : 00 **LE RYTHME CARDIAQUE FŒTAL**  
*Modérateur : Fabienne GALLEY-RAULIN*
  - Le rythme cardiaque foetal pendant la grossesse : interprétation et pertinence - Charles GARABEDIAN
  - Le rythme cardiaque foetal pendant le travail : Physiopathologie / Classification FIGO - Blanche GRASSELIN
- 12 : 30 **Déjeuner libre**
- 14 : 00 **L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE : EST-CE POSSIBLE PARTOUT ?**  
*Modérateurs : Isabelle CHEVALIER, Tiphaine BUSIGNY*
  - Ouverture des plateaux techniques - Elisabeth TARRAGA
  - En CHU niveau 3 "Filière physio Necker" - Marie BOULARD
  - En petite maternité de proximité "Hyères" - Claudia BOUSSAÏD
  - En clinique "La Sagesse" à Rennes - Christiane DAVID
- 15 : 30 **Pause et visite des stands**
- 16 : 00 **ACTUALITÉS**  
*Modérateur : Frédérique TEURNIER*
  - Présentation des prix du CNSF et de la Fondation Mustela
  - Présentation des outils d'information/prévention "Des Pipelettes" - Adrien GANTOIS
  - Évaluation des Maisons de Naissance - Anne CHANTRY
- 17 : 30 **Fin de la journée**

\* Sous réserve de modification

#### Mardi 5 février

- 9 : 00 **LE PLACEMENT DES NOUVEAU-NÉS PEUT-IL ÊTRE UNE CO-PARENTALITE ?**  
*Modérateur : Sophie GUILLAUME*
  - Se centrer sur les besoins de l'enfant pour favoriser les alliances parents / professionnels : les avancées de la loi du 14 mars 2016 - Anne DEVREESE
  - "Une place pour chacun" - Marijo TABOADA
  - Parentalité partagée : une illustration - Françoise MOLENAT
- 10 : 30 **Pause et visite des stands**
- 11 : 00 **AMÉLIORONS LES PRATIQUES**  
*Modérateur : Myriam KHENICHE*
  - Présentation des "fiches pro" du CNSF - Nicolas DUTRIAUX - Nathalie BENET-MANDORLA
  - Comment lutter contre les actes sexistes ? - Mathilde DELESPINE
  - RPC CNGOF : protection périnéale - Clémence SCHANTZ - Camille Le RAY
- 12 : 30 **Déjeuner libre**
- 14 : 00 **LA CÉSARIENNE EN FRANCE**  
*Modérateur : Priscille SAUVEGRAIN*
  - Vécus et représentations de la césarienne par les femmes en Ile de France - Anne-Charlotte PANTELIAS
  - Facteurs non médicaux déterminant la pratique de la césarienne en France - Valentin GOUBET
  - Préférence des femmes concernant leur future voie d'accouchement en France - Clémence SCHANTZ
- 15 : 30 **Pause et visite des stands**
- 16 : 00 **SANTÉ SEXUELLE EN FRANCE**  
*Modérateur : Adrien GANTOIS*
  - Stratégie nationale de santé sexuelle : les grands axes. Un exemple de mise en oeuvre en Champagne Ardennes. - Michelle ZANARDI-BRAILLON, Nathalie LELOUX
  - Sexualité en consultations : dépister et orienter - Fabienne GALLEY-RAULIN
  - Périnée et sexualité : état des lieux et solutions en rééducation du périnée - Claire RAMELLI
- 17 : 30 **Clôture des journées**

**Lundi 4 février de 12h30 à 14h00  
SYMPOSIUM A VENIR**

**Mardi 5 février de 12h30 à 14h00  
SYMPOSIUM A VENIR**

#### ATELIERS PRATIQUES EN SESSIONS PARALLÈLES

Appui méthodologique en recherche - Tabac et grossesse - Echographies obstétricales - Violences faites aux femmes : repérage et prise en charge - Hypnose en Maïeutique - Examen clinique du nouveau-né à domicile - Simulation réanimation du nouveau-né - Périnée et cicatrisation - Accoucher en confiance - L'homéopathie en consultations prénatales - L'homéopathie en suite de naissance - Acupuncture en Maïeutique - Installation en libéral - IVG médicamenteuse - L'éducation à la sexualité chez les adolescents

Renseignements et inscriptions : Cerc-Congrès

17 rue Souham - 19000 TULLE | Tél. 05 55 26 18 87 | Mail : inscription@cerc-congres.com

N° De formation du CNSF : 11 940 627 094

- 02** **ÉDITORIAL**  
Nous avons tous notre couleur  
BENOÎT LE GOEDEC
- 04** **MAÏEUTIQUE**  
Accoucher en plateau technique  
à la naissance : motivations et  
satisfaction des patientes  
ÉVA VITRAI
- 09** **PÉDIATRIE**  
Lactation induite, relactation  
MURIEL TERRIERES
- 12** **GYNÉCOLOGIE | OBSTÉTRIQUE**  
**DOSSIER L'ÉCHOGRAPHIE**  
Critères qualité d'une  
échographie obstétricale  
INÈS ABGRALL
- 19** La mesure échographique  
de la longueur du col utérin  
SÉBASTIEN CLERC
- 20** **SANTÉ PUBLIQUE**  
La vaccination contre la  
coqueluche : « la stratégie du  
cocooning »  
LAURA TOCQUEVILLE
- 25** Gestation Pour Autrui et  
Procréation Pour Autrui  
FRÉDÉRIQUE BAUDOIN
- 29** **SCIENCES HUMAINES**  
Le suivi gynécologique des  
femmes ayant des rapports  
sexuels avec des femmes.  
Déterminants, enjeux,  
perspectives  
CÉCILIA GILES
- 33** L'angoisse de la mère  
lors de la naissance  
BENOÎT LE GOEDEC
- 37** KIOSQUE
- 37** AGENDA EN BREF
- 38** FICHE TECHNIQUE  
La coqueluche  
LAURA TOCQUEVILLE
- 40** JURIDIQUE  
Instruction relative à la  
mise en place d'une déclaration  
obligatoire de la rubéole
- 44** COMMUNIQUÉS
- 45** FORMATIONS



**LES DO**

**ÉDITIONS ESKA**

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

Photo de couverture  
Bananastock® - Maternity

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

**LES ANNONCEURS**

- C2** 17<sup>e</sup> Journées du Collège  
National des S-F
- C3** Séminaire de  
l'Association Française  
des Sages-femmes  
Acupuncteurs
- C4** Grandir Nature
- 09** Mybubelly
- 11** Matilia
- 45** Association Nationale  
Natation & Maternité
- 45** Institut National  
Homéopathique Français
- 45** CIRDH
- 46** NFERAIDO
- 46** ANSFL
- 46** Institut Naissance  
& Formation
- 47** Médicformation

**OURS**

**COMITÉ DE RÉDACTION**

RÉDACTEUR EN CHEF  
Benoit LE GOEDEC, Sage-femme  
[Benoitlegoedec@gmail.com](mailto:Benoitlegoedec@gmail.com)

SAGE-FEMME  
Christine TALOT, Sage-femme  
[ctalot@orange.fr](mailto:ctalot@orange.fr)

**CONCEPTION GRAPHIQUE**

Marie-Paule STÉPHAN  
Conception, réalisation, suivi du numéro  
[mstudio@netc.fr](http://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.kebabtchieff@eska.fr](mailto:serge.kebabtchieff@eska.fr)

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

**FABRICATION**  
Marise URBANO  
[agpaedit@eska.fr](mailto:agpaedit@eska.fr)

**ADMINISTRATION/ABONNEMENTS**  
[adv@eska.fr](mailto:adv@eska.fr)

**PUBLICITÉ - CONGRÈS  
COMMUNICATION**

Adeline MARÉCHAL  
T. 01 42 86 55 69 - [congres@eska.fr](mailto:congres@eska.fr)  
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66  
[serge.kebabtchieff@eska.fr](mailto:serge.kebabtchieff@eska.fr)

**MARKETING - CONGRÈS  
PUBLICITÉ**

Adeline MARÉCHAL - T. 01 42 86 55 69  
[congres@eska.fr](mailto:congres@eska.fr)  
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66  
[serge.kebabtchieff@eska.fr](mailto:serge.kebabtchieff@eska.fr)

**ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO**

Inès ABGRALL, Sage-Femme  
Frédérique BAUDOIN, Sage-Femme  
Sébastien CLERC, Sage-Femme échographiste  
Cécilia GILES, Sage-Femme  
Laura TOCQUEVILLE, Sage-Femme  
Éva VITRAI, 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 : Décembre 2018

# Nous avons tous notre couleur

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**

**N**ous avons tous notre couleur pour être visible et reconnu.e. Les sages-femmes sont en rose.

Si la couleur choisie peut avoir des signifiants, elle est ici un signe de reconnaissance et d'appartenance à une communauté, une identité. Elle sert aussi de lien entre les membres de la communauté et d'identification par les autres lors de revendications.

Si les sages-femmes sont plébiscitées par les femmes comme le premier professionnel de santé sachant les écouter et allier médecine et humanisme, elles doivent pourtant toujours composer avec la discrimination liée au genre, le mépris de son expertise par les autorités et son bas salaire. La sage-femme doit composer avec les directives et les injonctions liées à la productivité d'un établissement. Victime, coupable et solution, la sage-femme contient les trois à la fois.

Et malgré tout cela, elle va faire son métier, promouvoir la physiologie, s'engager pour les femmes et la naissance, en ignorant presque à chaque fois si elle pourra aller librement jusqu'au bout, maintenir son cap ou si cela ira au scénario impossible et injustifié de par les contraintes imposées. Et parfois, alors, les sages-femmes auront en partie servi leur problématique. Et auront du même coup trahi leur couleur.

Un jour, l'heure est à l'effet boomerang, avec la parole des femmes dénonçant les violences obstétricales qu'elles vivent, avec des retraits de sages-femmes des structures maltraitantes, quelles qu'elles soient... et qui amène chez certaines à la détresse empathique.

C'est toute la sécurité et la santé mentale qui est en cause. Les sages-femmes ont depuis toujours conscience du défi à relever. Dans leur histoire elles ont remis leur gilet rose pour aller exprimer leur colère, leur saturation quand cela risquait d'atteindre les femmes au travers de leur profession. Et comme d'autres, elles n'ont été entendues que lorsqu'une certaine forme de violence est apparue: refus de prendre en charge les femmes sauf imminence d'accouchement, fermeture des maternités privées... en 2001. Créant la peur chez les gouvernants, elles ont pu voir leurs revendications avancer.

*Dans leur histoire elles ont remis leur gilet rose pour aller exprimer leur colère, leur saturation quand cela risquait d'atteindre les femmes au travers de leur profession.*

Aucune forme de violence n'est légitime, mais aucune non plus n'est douce. Si les responsables des actes de violence sociale sont ceux qui les commettent, une autre responsabilité appartient à ceux qui poussent à les commettre.

La transmission de l'esprit des sages-femmes, des savoirs uniques qu'elles possèdent, évitera de se perdre davantage. Encore faut-il pouvoir être libre d'être soi. Devenir physio-intelligente, savoir mêler tradition, modernité et sécurité, tirer le meilleur parti des ressources de leur formation et de leur identité... À chaque sage-femme sa solution optimale pour la femme. À toutes la même responsabilité envers elle: celle de prendre en compte leurs vulnérabilités tout en les respectant, les écoutant.

*Le paradigme de la responsabilité citoyenne, nous dit Habs Jonaz, est porté par deux personnes: le chef d'État envers le peuple et les parents envers le nouveau-né. Car ils doivent entrer dans la vulnérabilité de l'autre. Les sages-femmes en sont le troisième pilier en entrant dans la vulnérabilité des femmes et en criant leurs droits.*

Elles n'ont pas choisi ce métier par hasard et elles préservent, en le faisant, l'humanité tout entière.

Mais il leur faut surtout ne jamais se défaire de leur couleur, celle qui les unit dans leur identité, leur visibilité et leur combat. Et en être fières! •

# 47<sup>e</sup> ASSISES NATIONALES DES SAGES-FEMMES

30<sup>e</sup> Session Européenne

LA ROCHELLE - Espace ENCAN

## AVANT - PROGRAMME\*

### Mercredi 22 mai 2019

8h45 Séance inaugurale

9h30 **DIAGNOSTIC PRÉNATAL A PARTIR DU SANG MATERNEL**

- \* Rappel préalable sur l'interprétation des marqueurs sériques  
*Sabine DUPUIS (Poitiers)*
- \* Place de l'ADN libre circulant dans la stratégie de dépistage de la T21  
*Valentine MARQUET (Limoges)*
- \* Place de l'ADN fœtal libre circulant dans le diagnostic prénatal et perspectives d'avenir - *Catherine YARDIN (Limoges)*
- \* Aspect éthique dans l'information aux patientes  
*Maryse FIORENZA (Limoges)*

13h00 ----- Déjeuner ou -----

#### Symposium SIGVARIS

"Et si les risques veineux chez la femme enceinte et en post-partum vous étaient contés par un médecin vasculaire..."

14h30 **COMMUNICATION DANS LES SITUATIONS D'URGENCES**

- \* Apport de la simulation dans la prise en charge des situations d'urgence : un exemple appliqué à l'embolie amniotique  
*François LECOMTE (Paris)*
- \* Optimiser la communication d'équipe dans les situations d'urgences - *François LECOMTE (Paris)*
- \* Gestion des risques : comment communiquer avec les familles après une situation d'urgence - *Stéphane MOREAU (Limoges)*
- \* L'information aux patientes en situation d'urgence : l'avis du juriste - *Nicolas GOMBAULT (Paris)*

### Jeudi 23 mai 2019

9h00 **RECOMMANDATIONS EN INFECTIOLOGIE**

- \* Diagnostic et prise en charge des infections urinaires pendant la grossesse  
*Solen KERNEIS et Asmaa TAZI (Paris)*
- \* Dépistage des infections bactériennes néonatales précoces  
*Dominique ASTRUC (Strasbourg)*
- \* Cas cliniques - *Dominique ASTRUC (Strasbourg)*

12h30 ----- Déjeuner ou Symposium BOIRON -----

14h00 **PRÉSENTATION DES MÉMOIRES LAURÉATS DU GRAND PRIX ÉVIAN DES ÉCOLES DE SAGES-FEMMES**

14h30 **DÉPISTAGE ET SUIVI GYNÉCOLOGIQUE PAR LA SAGE-FEMME**

- \* Dépistage primaire des lésions cancéreuses et précancéreuses du col de l'utérus - *Tristan GAUTHIER (Limoges)*
- \* Interprétation de CR de FCU (cas cliniques) - *Tristan GAUTHIER (Limoges)*
- \* Dépistage du cancer du sein - *Yves AUBARD (Limoges)*
- \* Vaginite et vaginose : interprétation du prélèvement vaginal et traitements (courte théorie puis cas cliniques) - *Yannick THIROUARD (La Rochelle)*

### Responsables Scientifiques

Mme N. BLASCO (Paris)  
Mme C. BROCHET (Paris)  
Mme C. TALOT (Paris)  
Mme S. GUINOT (Poitiers)  
Mme M-N. VOIRON (Limoges)



### Vendredi 24 mai 2019

9h00 **SYNDROME PSYCHO-DÉPRESSIF**

- \* Le mécanisme physiologique du stress - *Christophe Dupont (Paris)*
- \* Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out : mieux comprendre pour mieux accompagner
- \* Différence entre baby blues et dépression : dépistage et prise en charge - *Anne Raynaud-Postel (Floirac)*
- \* La psychose puerpérale - *Anne Raynaud-Postel (Floirac)*

12h30 ----- Déjeuner -----

14h00 **PRÉSENTATION ET REMISE DES PRIX POSTERS**

#### ACTUALITÉS

- \* Rupture Prématuration des Membranes : les recommandations du CNGOF
- \* Sages-Femmes cliniciennes et violences obstétricales : de l'éthique des pratiques au droit commun - *Michèle GOUSSOT SOUCHET (Paris)*

### ATELIERS PRATIQUES en sessions parallèles

(Places limitées)

- > 4 ateliers Simulation Réanimation néonatale
- > 3 ateliers Manœuvres obstétricales
- > 3 ateliers Echographie
- > 2 ateliers Sutures périnéales
- > 2 ateliers Suivi gynécologique de prévention - Frottis - Examen des seins
- > 2 ateliers Analyse du Rythme Cardiaque Fœtal
- > 2 ateliers Pratiques contraceptives - Pose du DIU - Implants
- > 1 atelier Installation en libéral
- > 1 atelier Rééducation périnéale
- > 1 atelier Environnement et Périnatalité
- > 1 atelier Allaitement
- > 1 atelier Massage et Portage du nourrisson
- > 1 atelier Etayer sa pratique clinique sur des preuves scientifiques
- > 1 atelier Désamorçage des situations conflictuelles
- > 1 atelier Méditation en pleine conscience

### PRIX POSTERS Recherche en maïeutique

Le comité d'organisation aura le plaisir de remettre un prix aux 3 meilleurs posters :

- > Le **prix Assises Nationales des Sages-Femmes de 500€** remis par le Comité Scientifique des Assises
- > Le **1<sup>er</sup> prix jelouemontirelait.com de 2000€** remis par la société AMA Santé
- > Le **2<sup>ème</sup> prix jelouemontirelait.com de 1000€** remis par la société AMA Santé

### Inscriptions

#### Inscriptions

N° Formation APSF : 11 755 452 675  
Référéncé Datadock



Droit d'inscription 3 jours : 320€ - Atelier 30€ et 50€ (Réa NN)

Renseignements et inscriptions : [www.assises-sages-femmes.eu](http://www.assises-sages-femmes.eu)

Assises Nationales des Sages-Femmes - CERC-Congrès - 17 rue Souham - 19000 TULLE

Tél. : 05 55 26 18 87 - Mail : [inscription@cerc-congres.com](mailto:inscription@cerc-congres.com)

# Accoucher en plateau technique lors de l'accompagnement global à la naissance : motivations et satisfaction des patientes

PAR ÉVA VITRAI<sup>1,2</sup>, ERDOGAN NOHUZ<sup>2</sup>, MARIE-CHRISTINE LEYMARIE<sup>1</sup>

## INTRODUCTION

**E**n France, toute grossesse et tout accouchement sont considérés comme potentiellement à risque de complications fœtales, maternelles et néonatales puisqu'une grossesse et un accouchement dits à bas risque ne peuvent se définir qu'*a posteriori*. Une forte « technicisation » de la naissance a été engendrée, notamment en France, afin de diminuer autant que possible les risques inhérents à la pratique obstétricale. Mais depuis quelques années, la tendance semble s'inverser. De plus en plus de couples sont soucieux de pouvoir bénéficier de l'accompagnement de leur choix. C'est ainsi que sont nées des associations telles que le Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance (CIANE) en 2003<sup>[1]</sup>, ayant pour mission de promouvoir un modèle fondé sur la physiologie et le respect des volontés des personnes quant au suivi de grossesse, au déroulement de l'accouchement et ses suites. À l'échelle internationale, nombreuses sont les études mettant en avant le « *one-to-one care* », encore appelé « une femme, une sage-femme ». De plus, le Collège National des Sages-Femmes (CNSF) a publié en 2016 ses premières recommandations<sup>[2]</sup> pour la pratique clinique, ayant permis de redéfinir les différentes phases du travail d'accouchement et ainsi limiter l'interventionnisme technique et thérapeutique. Les dernières recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)<sup>[3]</sup>, ou encore par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)<sup>[4]</sup> s'accordent aussi à respecter la physiologie et l'accompagnement par un nombre restreint de professionnels.

C'est ainsi que l'accompagnement global à la naissance trouve tout son sens, permettant un accompagnement et une surveillance médicale par une même personne avant, pendant et après la naissance. L'accouchement en plateau technique, alliant l'accompagnement global à la sécurité hospitalière, apparaît alors comme un compromis entre souhait des couples et responsabilité médico-légale des sages-femmes.

Peu nombreuses sont les femmes bénéficiant d'une telle prise en charge, et peu de littérature existe à ce sujet. Ainsi,

il nous semblait intéressant de se questionner quant aux motivations de ces dernières à choisir un tel suivi, d'évaluer leur satisfaction, mais aussi d'appréhender un possible lien entre la parité et le choix de l'accompagnement global à la naissance et du plateau technique.

## MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude quantitative de type descriptive et transversale. Les patientes interrogées avaient bénéficié de l'accompagnement global à la naissance avec une sage-femme libérale et avaient accouché au sein du plateau technique du Centre Hospitalier de Thiers entre le 1<sup>er</sup> juillet 2015 et le 1<sup>er</sup> juillet 2017. Maternité de type I, elle est située dans le département du Puy-de-Dôme (région Auvergne-Rhône-Alpes) à une quarantaine de kilomètres de la métropole Clermontoise. Le plateau technique a vu le jour en juillet 2012, et lors de la réalisation de l'étude, il s'agissait du seul existant dans le département.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : avoir bénéficié de l'accompagnement global à la naissance avec une sage-femme libérale et avoir accouché en plateau technique au Centre Hospitalier de Thiers (qu'il y ait eu ou non un transfert de responsabilité à l'équipe hospitalière au cours du travail ou de l'accouchement) ; accepter de participer à cette étude ; savoir lire et parler français ; et être majeure. Ont été exclues les patientes dont la grossesse n'appartenait pas à un bas risque obstétrical ainsi que celles refusant de participer à cette étude.

Les sages-femmes libérales pratiquant des accouchements au sein du plateau technique du centre hospitalier de Thiers ont accepté de recontacter les femmes afin d'obtenir leur consentement préalable et une adresse e-mail à laquelle leur faire parvenir le questionnaire. Ainsi, le recueil de données a eu lieu entre le 26 septembre et le 26 novembre 2017 à l'aide d'un questionnaire en ligne créé sur le logiciel sécurisé Redcap proposé par le CHU de Clermont-Ferrand.

Une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été effectuée et l'avis du Comité de Protection des Personnes (CPP) Sud Est VI a été sollicité.

L'objectif principal de cette étude était de connaître les motivations des femmes et des couples ayant choisi l'accompagnement global à la naissance et le plateau technique du Centre Hospitalier de Thiers pour leur accouchement. Les objectifs secondaires avaient pour but d'appréhender un possible lien entre la parité (et notamment le vécu des

1. École de sages-femmes, Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand, site universitaire Dunant, 28 place Henri-Dunant, BP 38, 63001 Clermont-Ferrand cedex 1, France.

2. Service de gynécologie-obstétrique, Centre Hospitalier de Thiers, route du Fau, 63300 Thiers, France.

précédents accouchements) et le choix de l'accompagnement global à la naissance et du plateau technique. Mais aussi de savoir si les patientes étaient satisfaites de leur accouchement au sein de ce dispositif (qu'il y ait eu ou non un transfert de responsabilité à l'équipe hospitalière au cours du travail ou de l'accouchement).

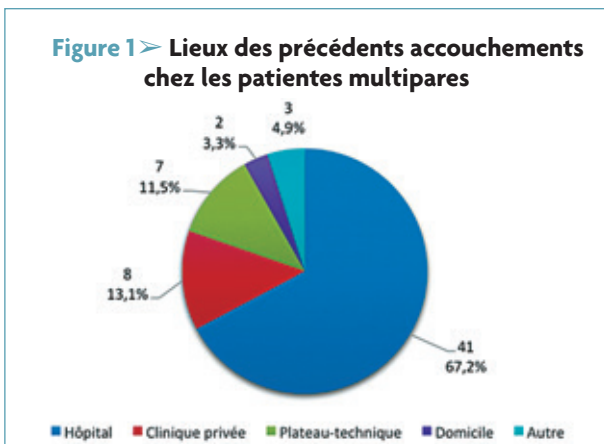
Le questionnaire contenait des nombreuses questions ouvertes qui ont été codées en catégories par la suite. Les variables qualitatives ont été analysées à l'aide d'effectifs et de pourcentage, et les variables quantitatives à l'aide de la moyenne et de l'écart type. Le test du Chi2 ainsi que le test exact de Fischer ont été utilisés pour les croisements entre questions. Une différence a été considérée comme statistiquement significative quand le degré de signification (p) était inférieur à 0.05 (risque  $\alpha = 5\%$ ).

**RÉSULTATS**

Au terme du recueil de données, 110 femmes avaient répondu au questionnaire sur un total de 118 e-mails envoyés comprenant le lien pour répondre en ligne, ce qui correspond à un taux de participation de 93,2 %. Cependant, trois questionnaires ont dû être exclus (deux patientes ont accouché dans un CHU pour des raisons médicales, une autre a eu une césarienne programmée au Centre Hospitalier de Thiers). Au total, 107 questionnaires étaient exploitables (90,7 % des questionnaires envoyés).

La population était homogène en termes de parité, on retrouve un taux quasiment équivalent de primipares et de multipares (50,5 % vs. 49,5 %).

Les lieux des précédents accouchements des patientes multipares sont représentés sur la figure 1. Ainsi, on remarque que la majorité a accouché précédemment en milieu hospitalier (privé ou public) (80,3 %). Parmi les deux patientes ayant déjà bénéficié d'un accouchement à domicile, l'une d'elles a dû se rendre en Allemagne afin de pouvoir réaliser son projet. Concernant les trois réponses « autre », on retrouve notamment une patiente ayant bénéficié d'un suivi particulier mis en place par une sage-femme du Centre Hospitalier de Thiers (avant l'arrivée du plateau technique) permettant un suivi personnalisé de la naissance. Deux autres patientes ont accouché dans des structures hospitalières de la région parisienne en faveur du respect du projet de naissance de chaque femme mais aussi de la physiologie de l'accouchement (maternité des Bluets à Paris, maternité des Lilas aux Lilas).



**Les critères qui ont orienté le choix des femmes sur ce type de prise en charge sont centrés sur la qualité de la prise en charge, l'écoute, le respect et la personnalisation.**

Au moment de la découverte de l'existence de l'accompagnement global à la naissance et de l'accouchement en plateau technique, seulement 32,7 % (35/107) des patientes en connaissaient l'existence au Centre Hospitalier de Thiers. On remarque que les patientes ont principalement été informées par le « bouche-à-oreille » (39,3 %) et également par les sages-femmes libérales (30,8 %).

Les critères qui ont orienté le choix des femmes sur ce type de prise en charge sont centrés sur la qualité de la prise en charge, l'écoute, le respect et la personnalisation et sont représentés dans le tableau 1. Les trois majoritaires sont notamment : un suivi réalisé par une même personne (72,9 %), un accouchement physiologique avec le moins possible de médicalisation (41,1 %), et un respect des choix, du projet de naissance (24,3 %). On note aussi que 13,1 % des patientes sont soucieuses de la sécurité hospitalière existante en cas de complications.

Les critères qui auraient pu empêcher leur choix sont représentés dans le tableau 2. On retrouve notamment :

**TABLEAU 1 > CRITÈRES RECHERCHÉS LORS D'UN ACCOUCHEMENT EN PLATEAU TECHNIQUE**

CRITÈRES RECHERCHÉS N = 107	EFFECTIFS (%)
Un suivi réalisé par une même personne avant, pendant et après l'accouchement	78 (72,9)
Un accouchement physiologique avec le moins possible de médicalisation	44 (41,1)
Un respect des choix, du projet de naissance	26 (24,3)
L'intimité	21 (19,6)
La qualité de la relation avec la sage-femme libérale (confiance, écoute, proximité)	20 (18,7)
Un accompagnement personnalisé	15 (14,0)
Une liberté pendant l'accouchement (position, mouvement...)	15 (14,0)
La présence d'un cadre hospitalier si besoin	14 (13,1)
La proposition d'alternative à l'analgésie péridurale	9 (8,4)
Une petite structure à « taille humaine »	6 (5,6)
Une participation active du père	5 (4,7)
La possibilité de sortie précoce	4 (3,7)
Le respect du nouveau-né à la naissance	3 (2,8)

une distance trop importante domicile-maternité (55,4 %), une contre-indication médicale (35,4 %) et un coût trop élevé (10,8 %). On peut aussi noter que s'il était possible d'accoucher à domicile ou en maison de naissance, certaines femmes n'auraient pas choisi le plateau technique (6,15 %).

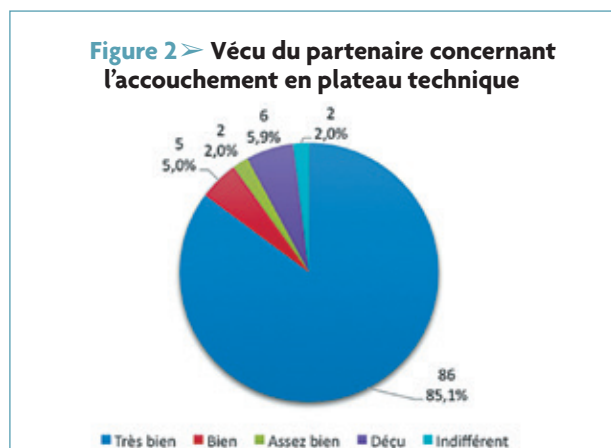
Un des objectifs secondaires était d'évaluer un possible lien entre la parité et le choix. Notre étude a mis en exergue que 88,7 % (47/53) des multipares pensent que leur précédent accouchement a influencé leur choix avec, en raisons majoritaires, un accouchement avec des inconnus (46,8 %), un manque d'accompagnement et d'informations (34,0 %), et un précédent accouchement en plateau technique, à domicile, à la maternité des Lilas ou des Bluets (19,1 %). De plus, les patientes ayant précédemment accouché à l'hôpital (privé ou public) ont un vécu significativement plus négatif que celles ayant accouché en plateau technique, à domicile ou encore à la maternité des Lilas et des Bluets (35 (97,22 %) vs. 2 (18,18 %),  $p \leq 0,0001$ ).

Enfin, cette étude avait pour but d'évaluer la satisfaction des patientes. On constate que, quel que soit le critère évalué, celle-ci est toujours très élevée. Concernant la prise en charge par la sage-femme libérale durant la grossesse, la satisfaction moyenne était de 98,1 % ( $\pm 3,93$ ) et concernant

**Concernant la prise en charge par la sage-femme libérale durant la grossesse, la satisfaction moyenne était de 98,1 % et concernant la prise en charge durant l'accouchement, elle était de 97,3 %.**

la prise en charge durant l'accouchement, elle était de 97,3 % ( $\pm 7,83$ ). Les femmes étaient satisfaites à 98,4 % ( $\pm 4,31$ ) de la disponibilité de leur sage-femme libérale et avaient réussi à établir une relation de confiance avec cette dernière à 98,6 % ( $\pm 3,86$ ). Au total, 12,2 % (13/107) des patientes n'ont pas pu avoir une prise en charge complète en plateau technique (extraction instrumentale, césarienne en urgence, hémorragie du post-partum, suture d'une déchirure par un médecin, etc.). La satisfaction moyenne pour la prise en charge lors du transfert de responsabilité à l'équipe hospitalière est de 87,5 % ( $\pm 12,3$ ). Lors du séjour en maternité, les femmes étaient satisfaites à 81,7 % ( $\pm 19,8$ ) de leur prise en charge par l'équipe hospitalière. Une dernière question évaluait la satisfaction globale des patientes, celle-ci était de 95,9 % ( $\pm 7,17$ ). Il est à noter que cette satisfaction est identique qu'il y ait eu un transfert ou non de responsabilité médicale à l'équipe hospitalière (13 (94,69 %  $\pm 6,51$ ) vs. 94 (95,71 %  $\pm 7,27$ ),  $p = 0,63$ ).

Enfin, on constate que les conjoints occupent une place importante dans la décision d'un tel suivi. En effet, 89,6 % (96/107) d'entre eux ont participé au choix, et ils sont significativement plus satisfaits que ceux qui n'y ont pas participé (86 (89,58 %) vs. 5 (45,45 %),  $p \leq 0,001$ ). La figure 2 représente la satisfaction des pères concernant leur vécu de l'accouchement en plateau technique et la majorité (85,1 %) affirme l'avoir très bien vécu, et avoir même pu prendre une place active dans l'accompagnement de leur conjointe.



**TABLEAU 2 > CRITÈRES AYANT PU EMPÊCHER LE CHOIX D'UN ACCOUCHEMENT EN PLATEAU TECHNIQUE**

CRITÈRES CONTRE N = 65	EFFECTIFS (%)
Une distance trop importante domicile-maternité	36 (55,4)
Une contre-indication médicale	23 (35,4)
Un coût trop élevé	7 (10,8)
Une « mauvaise » réputation de l'hôpital	5 (7,69)
Une mauvaise relation avec la sage-femme libérale	5 (7,69)
Si existence d'une maison de naissance ou possibilité d'accoucher à domicile	4 (6,15)
Un refus du conjoint	2 (3,08)

**DISCUSSION**

Sujet novateur, il s'agissait de la première étude concernant le ressenti des femmes bénéficiant de l'accompagnement global à la naissance et accouchant en plateau technique au Centre Hospitalier de Thiers. En effet, plusieurs études avaient déjà été réalisées par l'équipe médicale et des étudiants en maïeutique concernant les issues obstétricales, maternelles et néonatales ainsi que le profil sociodémographique des patientes en comparaison avec des maternités de type III ou de type I<sup>5, 81</sup>.

Un taux de participation élevé a été obtenu et les femmes ont fourni des réponses très exhaustives. De plus, la majorité des questions de types « ouvertes » nous ont permis de comprendre au mieux le ressenti des patientes. Néanmoins, cette étude s'est limitée à un seul plateau technique, car à l'heure du recrutement des patientes, il s'agissait du seul existant dans le département du Puy-de-Dôme. De plus, on peut noter l'existence d'un biais de mémorisation. En effet, afin d'obtenir un nombre satisfaisant de réponses, les patientes ont dû être recrutées sur une période de deux ans. Certaines informations, surtout celles concernant la satisfaction, ont donc pu être modifiées. Une patiente avait notamment accouché



deux fois en plateau technique sur la période d'inclusion, elle a donc répondu deux fois au questionnaire, pouvant peut-être confondre ses différentes expériences.

Notre population, en termes de parité, était représentative de la population nationale puisque d'après l'enquête nationale périnatalité de 2016<sup>[9]</sup>, 42 % des femmes étaient des primipares et 35,4 % étaient des deuxièmes pares.

Le critère majoritairement recherché par les patientes et les couples effectuant la démarche d'un accouchement en plateau technique est un suivi par une seule personne. Une étude réalisée par N. Dutriaux et al.<sup>[10]</sup> concernant le vécu et les attentes des usagers des maternités françaises, retrouve des résultats similaires à notre étude puisque les usagers sont généralement favorables à un suivi par une seule personne (71,1 % des femmes et 67,9 % des hommes). De plus, la HAS<sup>[11]</sup> et l'OMS<sup>[4,12]</sup> s'accordent à recommander le suivi des femmes par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne, la sage-femme étant le premier professionnel concerné. L'accompagnement global à la naissance et l'accouchement en plateau technique, permettant cette continuité de soins, sont donc parfaitement en accord avec les souhaits des couples et les dernières recommandations nationales et internationales.

Plusieurs études<sup>[7, 8, 13, 14]</sup> ont mis en évidence que les femmes ayant bénéficié d'un modèle de soins continus, encore appelé « *one-to-one care* », ont moins souvent recours à un accouchement « technicisé ». En effet, cela permet d'améliorer les issues maternelles, fœtales et néonatales grâce à une diminution du nombre d'épisiotomies, d'extractions instrumentales, de prématurité, ou encore de recours à l'analgésie péridurale.

Le projet de naissance est pris en compte dans les recommandations de la HAS publiées en 2007 et mises à jour en 2016<sup>[11]</sup>, intitulées « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées ». Nombreuses étaient les patientes ayant choisi l'accompagnement global à la naissance afin de voir leur projet de naissance respecté. Il semblerait que cela soit confirmé : en effet la totalité des patientes de notre étude ont eu leur projet de naissance respecté contre 29,6 % dans l'étude réalisée par L. Barraud<sup>[15]</sup> au sein de quatre maternités d'Auvergne dont le Centre Hospitalier de Thiers. Néanmoins, la méthode de recueil de données et les critères d'inclusion étaient différents entre les études.

L'accompagnement global à la naissance est aussi choisi après un précédemment accouchement jugé trop impersonnel car les patientes ne souhaitent pas revivre la même expérience. Cela avait aussi été mis en avant dans une étude réalisée par C. Touchard<sup>[16]</sup> où 12,2 % des patientes avaient elles aussi choisi l'accompagnement global à la naissance à la suite d'une mauvaise expérience. Cela met encore une fois en exergue que les patientes ayant été suivies par plusieurs professionnels de santé pensent ne pas avoir été accompagnées et soutenues, et ceci engendre un vécu négatif qui peut parfois même être ressenti comme « traumatisant ».

Néanmoins, malgré tous les aspects positifs engendrés par l'accompagnement global à la naissance, l'offre de soin actuelle est très limitée. La majorité des accouchements ont lieu dans le secteur hospitalier (établissement de santé public ou privé) : les accouchements à domicile représentaient seu-

lement 0,6 % des naissances en 2016 (qu'ils soient souhaités ou inopinés)<sup>[17]</sup>. Concernant les accouchements en plateau technique, il est difficile de trouver des données chiffrées mais une étude menée par le CNOSE en 2008<sup>[18]</sup> a montré que seulement 4 % des sages-femmes libérales bénéficient de cette possibilité. Quant à la possibilité d'accoucher en maisons de naissance, au nombre de huit, celles-ci ne sont encore qu'en expérimentation en France<sup>[19]</sup>.

Liée à un manque d'alternatives à l'accouchement hospitalier dans le système actuel français, se pose alors la question de la distance à parcourir pour les patientes afin d'obtenir un tel suivi. Dans le département du Puy-de-Dôme, le temps moyen d'accès à une maternité est de 20-25 minutes<sup>[20]</sup>. Dans notre étude, plus de huit femmes sur dix ont choisi d'accoucher en plateau technique au Centre Hospitalier de Thiers même si une maternité était plus proche de chez elles et l'on note au moins dix patientes ayant dû parcourir plus de 45 minutes de trajet. Afin d'assurer la sécurité des patientes et de remédier à cette distance, le centre hospitalier de Thiers a ouvert aux couples un hébergement non médicalisé en début d'année 2017. Ce studio, situé dans l'enceinte de l'établissement, permet aux futures mamans de se préparer à la naissance dans un environnement chaleureux, moins conventionnel et impersonnel qu'une chambre d'hôpital, et surtout moins onéreux.

Plus d'un tiers des patientes de notre étude avaient choisi une sage-femme libérale percevant des dépassements d'honoraires et certaines ont relevé qu'un coût trop élevé aurait pu les retenir de choisir l'accompagnement global à la naissance et l'accouchement en plateau technique. Les études réalisées par J. Goutaland<sup>[8]</sup> et par le CIANE<sup>[21]</sup> donnent les mêmes conclusions : les patientes choisissant ce type de suivi ont un niveau socio-économique plus élevé que la population générale. L'accompagnement global à la naissance est actuellement un luxe réservé aux plus aisées. En effet, les remboursements effectués par la Sécurité sociale sont basés sur le tarif de l'accouchement soit 349,44 € mais la sage-femme doit verser une redevance pour l'utilisation du plateau technique : les dépassements d'honoraires sont, par conséquent, inévitables et la part restant à charge des femmes peut donc être assez onéreuse.

Quel que soit le critère évalué, notre étude a mis en évidence une satisfaction très élevée. Il semblerait qu'elle soit supérieure à celle retrouvée dans une étude réalisée par la DREES<sup>[22]</sup>, s'agissant du suivi de grossesse (>97% vs. 65 %) mais équivalente pour le séjour en maternité où les critères d'amélioration évoqués étaient identiques : amélioration de l'accompagnement à l'allaitement maternel, conseils moins divergents, etc. Il semblerait que l'accompagnement global à la naissance augmente la satisfaction lors d'un accouchement dystocique puisque L. Dupré<sup>[23]</sup> retrouve un taux de satisfaction à 30,6 % contre 87,5 % dans notre étude. Cela s'explique sûrement par le fait que la sage-femme libérale reste présente aux côtés de la parturiente. La satisfaction paternelle semble aussi augmentée car une étude réalisée par L. Mrozinski retrouve 60,2 % des pères très satisfaits contre 85,1 % dans notre étude. Néanmoins, la méthode de recueil de données et les critères d'inclusion de ces études étaient différents de la nôtre.

Au vu de ces résultats, il serait sans doute pertinent qu'une information sur les différents types de suivi et lieux de naissance soit accessible pour tous les couples. L'entretien prénatal précoce semble être un moment privilégié pour aborder ce sujet. Et pourquoi ne pas créer des affiches, des dépliants, reprenant ces informations, pouvant être diffusés au niveau local et même national ?

## CONCLUSION

Notre étude a pu mettre en exergue que les femmes choisissant l'accompagnement global à la naissance et l'accouchement en plateau technique recherchent majoritairement un suivi réalisé par une même personne, un accouchement physiologique et le moins technicisé possible, le respect des choix et du projet de naissance, mais aussi une sécurité hospitalière en cas de besoin. Le rôle actif privilégié octroyé aux pères par le biais d'une décision partagée leur procure une grande satisfaction.

Les patientes sont très satisfaites de leur choix, de la prise en charge effectuée par la sage-femme libérale pendant la grossesse, l'accouchement et ses suites, mais aussi de l'équipe hospitalière du Centre Hospitalier de Thiers quant à un éventuel transfert de responsabilité ou au séjour en maternité. Néanmoins, une durée d'hospitalisation écourtée, un accompagnement personnalisé à l'allaitement maternel ainsi qu'une uniformisation de leurs pratiques et préconisations sont des pistes d'amélioration.

Force est de constater que seules les quelques femmes informées bénéficient de ce type de prise en charge compte tenu de l'offre limitée tant du point de vue des sages-femmes libérales que des établissements proposant cette alternative. Il serait dès lors pertinent d'appréhender la proportion de patientes potentiellement intéressées par ce dispositif.

En France, aucune étude, à notre connaissance, ne permet de dénombrer avec précision la part des femmes bénéficiant d'un tel suivi ainsi que leurs motivations ; et les résultats obtenus ici ne tiennent compte que d'un seul et unique plateau technique : celui du Centre Hospitalier de Thiers. Pourquoi ne pas reconduire un projet similaire à l'échelon national afin d'éclairer d'un jour nouveau nos interrogations ?

Les réponses à ces différentes questions pourraient sûrement permettre à l'accompagnement global à la naissance, ainsi qu'à l'accouchement en plateau technique, de trouver leur place dans le système obstétrical actuel.

## REMERCIEMENTS

Je remercie les sages-femmes libérales qui ont accepté de m'aider dans la communication avec les femmes, et plus particulièrement Madame Subias Aubrée, pour m'avoir fait découvrir l'accompagnement global à la naissance et l'accouchement en plateau technique. Ce travail de recherche a été réalisé dans le cadre d'un mémoire, mes remerciements s'adressent au Professeur Nohuz Erdogan, chef de service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier de Thiers et directeur de ce travail, ainsi qu'à toute l'équipe de l'école de sages-femmes de Clermont-Ferrand et plus particulièrement, Madame Leymarie Marie-Christine, directrice de l'école de sage-femme de Clermont-Ferrand et co-directrice de ce travail. •

## RÉFÉRENCES

1. CIANE (Collectif Inter-Associatif Autour de la Naissance). Présentation du CIANE [Internet]. ciane.net. 2003 [cité 28 mars 2018]. Disponible sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/Historique.2003.PresentationDuCiane1.pdf>
2. Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Barasinski C, Beranger R, Burguet A, et al. *Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané*. Texte court des recommandations. Rev Sage-Femme. 2017 ; (16) : 111-8.
3. HAS (Haute Autorité de Santé). *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales : recommandation de bonne pratique* [Internet]. has-santé.fr. 2017 [cité 22 mars 2018]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement\\_normal\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf)
4. WHO (World Health Organization). *WHO recommendations : intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva : WHO ; 2018.
5. Nohuz E, Brunel A, Tarraga E, Albaut M, Paganelli C, Gillot V, et al. *Accès des sages-femmes libérales au plateau technique : l'expérimentation d'une maternité de type 1*. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2015 ; 43 (4) : 271-7.
6. Nohuz E, Tarraga E, Albaut M, Simone LD, Gerbaud L. « *Accouchement sur un plateau* » : l'épopée d'une maternité dans l'octroi de son plateau technique aux sages-femmes libérales. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2015 ; 43 (5) : 338-41.
7. Pépin J. *Patientes à bas risque obstétrical : accouchement en plateau technique en maternité de type I versus prise en charge classique en niveau III* [Mémoire : Sages-femmes]. [Clermont-Ferrand] : Université d'Auvergne ; 2016.
8. Goutaland J. *Accouchement en plateau technique versus prise en charge classique, en maternité de type I pour les grossesses à bas risque obstétrical : complications materno-fœtales et néonatales, profil sociodémographique des parturientes* [Mémoire : Sages-femmes]. [Clermont-Ferrand] : Université de Clermont-Auvergne ; 2017.
9. Institut national de la santé et de la recherche médicale, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *Enquête nationale périnatale 2016 : les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010*. 2017 oct.
10. Dutriaux N, Chevalier I, Muray JM, Dran C. *Vécu et attentes des usagers d'une maternité francilienne*. Rev Sage-Femme. 2008 ; 7 : 177-86.
11. HAS. *Recommandations professionnelles : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* [Internet]. has-santé.fr. 2016 [cité 5 juin 2017]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi\\_des\\_femmes\\_enceintes\\_-\\_recommandations\\_23-04-2008.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf)
12. WHO. *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva : WHO ; 2016.
13. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2016 [cité 4 juin 2017] ; 4 (CD004667). Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1002/14651858.CD004667.pub5/abstract>
14. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. *Continuous support for women during childbirth*. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2013 [cité 4 juin 2017] ; 7 (CD003766). Disponible sur : <http://onlinelibrary.wiley.com/sicd.clermont-universite.fr/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/abstract>
15. Barraud L. *Enquête de satisfaction auprès des patientes ayant rédigé un projet de naissance* [Mémoire : Sages-femmes]. [Clermont-Ferrand] : Université d'Auvergne ; 2013.
16. Touchard C. *L'accompagnement global à la naissance et l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques : quels bénéfices pour les couples* [Mémoire : Sages-femmes]. [Angers] : Université d'Angers ; 2011.
17. Bellamy V. *Les 784 000 naissances de 2016 ont eu lieu dans 2 800 communes*. Insee Focus [Internet]. 2017 [cité 20 mars 2018] ; (92). Disponible sur : <https://insee.fr/fr/statistiques/3047024#titre-bloc-10>
18. Richard-Guerroudj N. *Entretiens des sages-femmes : l'accouchement à domicile en débat*. Prof Sage-Femme. 160 : 38.
19. CNOF (Conseil national de l'Ordre des sages-femmes). *Maisons de naissance : neuf structures ouvriront bientôt leurs portes* [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. 2015 [cité 8 juin 2017]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/maisons-de-naissance-neuf-structures-ouvriront-bientot-leurs-portes/>
20. Baillot A, Evain F. *Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures*. Études Résultats. 2012 ; (814) : 1-8.
21. CIANE. *Discrimination économique à l'encontre des lieux d'accouchement dits « alternatifs » : une politique qui ne dit pas son nom* [Internet]. ciane.net. 2012 [cité 25 mars 2017]. Disponible sur : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2012/06/EtudeCouts.pdf>
22. Collet M. *Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement*. Études Résultats. 2008 ; (660) : 1-6.
23. Dupré L. *Informations et satisfactions de l'accouchement dystocique : à propos de 85 patientes ayant eu recours à une extraction instrumentale ou à une césarienne en urgence à terme* [Mémoire : Sages-femmes]. [Clermont-Ferrand] : Université d'Auvergne ; 2012.

# Lactation induite, relactation

PAR **MURIEL TERRIERES**, SAGE-FEMME CONSULTANTE EN LACTATION IBCLC,  
HÔPITAL SIMONE VEIL - EAUBONNE (95)

## QU'EST-CE QUE C'EST ?

La lactation induite est le fait de débiter et poursuivre, si possible, une lactation sans avoir eu de grossesse.

C'est aussi relancer une lactation après une grossesse alors que l'allaitement n'avait pas été choisi initialement

## POURQUOI FAIRE ?

La lactation induite peut permettre aux femmes d'allaiter dans plusieurs situations :

- Allaiter un enfant adopté ;
- Allaiter l'enfant de sa compagne ;
- Allaiter l'enfant d'une mère porteuse ;
- Allaiter en situation d'urgence ;
- Allaiter après un regret dans la décision d'un non-allaitement ;
- Allaiter après un mauvais démarrage entraînant un arrêt de l'allaitement.

Cette liste n'est pas exhaustive car il existe de nombreuses situations particulières et singulières où il peut y avoir besoin d'une induction de lactation pour pallier l'absence d'une mère et nourrir un enfant pour le sauver. Nous l'avons vu dans des conflits historiques où les grands-mères avaient allaité les bébés lors de l'emprisonnement des mères par des régimes dictatoriaux par exemple.

**Dans certaines cultures traditionnelles, la grand-mère initie systématiquement une lactation pour pallier les problèmes d'allaitement de sa fille.**

Dans certaines cultures traditionnelles, la grand-mère initie systématiquement une lactation pour pallier les problèmes d'allaitement de sa fille.

## POURQUOI LE FAIRE ?

**Pourquoi le faire alors que l'industrie du lait infantile fournit des produits de substitution ?**

- Pour la relation que peut apporter l'allaitement maternel. L'allaitement n'est pas que du lait...
- Pour sauver un bébé dans une situation d'urgence...

Après une lactation induite, une étude américaine montre que 36 % des femmes qui l'ont mise en place allaitent exclusivement au bout de 2 mois, et 64 % partiellement.

## LES FACTEURS FAVORISANTS

Le bébé jeune, certains bébés qui arrivent à mieux gérer le peu de lait et si l'allaitement précédent date de moins d'un an sont des facteurs favorisant à la lactation induite ou à la relactation. →



**MyBuBelly**  
Fille ou Garçon, naturellement, c'est mon choix

ET SI NOUS DEVENIONS PARTENAIRES ?

Vous pourrez proposer la méthode MyBuBelly à vos patientes qui en exprimeront le besoin et pour lesquelles vous jugerez la méthode utile et réalisable. **Il vous suffit pour cela de donner nos brochures à vos patientes, dans la salle d'attente ou dans votre cabinet.**

DEVENEZ MÉDECIN RÉFÉRENT DE NOS FUTURES MAMANS

Très régulièrement nos abonnées nous demandent de leur conseiller un référent médical, pour une consultation ou un soin. En fonction des besoins médicaux et de la localisation des abonnées à la méthode, nous les orienterons vers vous.

REJOIGNEZ NOTRE COMITÉ D'EXPERTS

Vous pouvez également si vous le souhaitez rejoindre notre comité médical et nous aider dans l'accompagnement des abonnées MyBuBelly.

UN SUIVI PERSONNALISÉ QUI AIDE NATURELLEMENT VOS PATIENTES À CONCEVOIR LEUR BÉBÉ

➔ Booste la fertilité.

➔ Aide à avoir une petite fille ou un petit garçon.



WWW.MYBUBELLY.COM

medical@mybubelly.com

+33 (0)7 88 26 26 26








### COMMENT FAIRE ?

- Le plus important est de stimuler le sein.
- La mise au sein doit être fréquente et/ou le tirage intensif avec un tire-lait double pompage de qualité hospitalière.
- La préparation du sein pour optimiser le tirage est nécessaire ;
- Le calibrage doit être adapté.

Il faut jouer sur l'alternance Tirage/Massage/Tirage afin de stimuler et vider 10 fois par jour si possible et au moins une fois la nuit. L'expression manuelle aide.

Évidemment la succion du bébé est efficace ++ et éventuellement DAL.

### DIVERS PROTOCOLES POUR INDUIRE

**Quand l'induction de la lactation peut prendre du temps :**

- Prescrire une pilule OP 30 avec progestérone d'au moins 2 mg (type Jasmine). Si possible 6 mois, en prescrivant seulement les comprimés actifs, ajouter de la Dompéridone. La prendre 30 minutes avant les repas et au moins 1 heure avant le tirage, donne de meilleurs résultats. La posologie est de 10 mg x 4 pendant une semaine, ensuite 20 mg x 4.

---

***Il faut jouer sur l'alternance Tirage/Massage/Tirage afin de stimuler et vider 10 fois par jour si possible et au moins une fois la nuit.***

---

- Puis, 6 semaines avant la naissance prévue, stopper la pilule et débiter les tirages si possible toutes les 3 heures.
- Prescrire des Galactagogues, une fois la pilule arrêtée : chardon béni, fenugrec (3 cp x 3/j.). (Attention : diabète, asthme !)
- Bien boire.

**En cas de besoin de protocole accéléré ou s'il y a urgence :**

- Prescrire les pilules actives d'une pilule OP 30 (Jasmine), le plus longtemps possible (au moins 30 j.) + Dompéridone (20 mg x 4) jusqu'à sentir un changement dans les seins, puis appliquer le même schéma de tirage que précédemment.
- Conserver le lait.
- S'il existe une contre-indication ou une impossibilité de prendre la pilule : mettre de la Dompéridone en première intention et des galactagogues ensuite. •



NOUVEAU



## MA MINI GALETTE DE RIZ BIO

Sans sucres ajoutés

Sans gluten



existe aussi  
en goût Nature

DISPONIBLE SUR NOTRE SITE INTERNET  
[www.francebebe.com](http://www.francebebe.com)

# Critères qualité d'une échographie obstétricale

Rapport de la Conférence Nationale de l'Échographie Obstétricale et Fœtale sur l'échographie de dépistage prénatal du 14 juillet 2016

PAR **INÈS ABGRALL**, SAGE-FEMME

*L'échographie fœtale est une activité médicale dont le but est de dépister, suivre ou diagnostiquer. Cet examen est réalisable par une sage-femme ou un médecin, uniquement.*

**Les objectifs** du dépistage échographique sont :

- **Réduire la mortalité et la morbidité périnatale :** datation de la grossesse, s'intègre dans le dépistage des anomalies chromosomiques, dépistage des grossesses multiples, suivi des pathologies fœtales, dépistage de la prématurité, surveillance du bien-être fœtal.
- **Réduire les handicaps d'origine périnatale :** dépistage et suivi des pathologies fœtales curables et incurables.
- **Réduire la mortalité maternelle :** dépistage des pathologies placentaires à risque d'entraîner le décès maternel.

En raison du risque potentiel (comme pour toutes ondes acoustiques ultrasonores ayant un effet biologique sur les tissus), l'échographie fœtale devra être réalisée sur indication médicale uniquement, en limitant la fréquence et la durée des examens à la stricte nécessité pour le diagnostic. Toute activité commerciale sans visée médicale est donc contraire au code de déontologie professionnelle et à l'utilisation des échographes.

La Conférence Nationale d'Échographie Obstétricale et Fœtale (anciennement, Comité Technique d'Échographie - rapport 2005) <sup>1</sup> a pour objectifs de :

- Promouvoir une politique d'assurance qualité de l'échographie de dépistage ;
- Développer une stratégie d'information du public sur les intérêts et les limites de l'échographie fœtale, afin de clarifier les attentes de la population vis-à-vis du dépistage échographique ;
- Favoriser l'accès homogène à une offre de soin de qualité au travers le territoire (égalité des familles devant le dépistage) ;
- Constituer les nouveaux référentiels pour l'échographie fœtale et obstétricale.

Tout comme le rapport rendu en 2005, celui de 2016 a connu une diffusion large et immédiate et s'est imposé comme LA norme professionnelle. Il a permis une amélioration du dépistage et de la prise en charge des enfants à la naissance, même si peu de données sont disponibles pour l'évaluer (ex. : EPICARD, *les rapports annuels de l'Agence de BioMédecine*).

L'arrêté du 23 juin 2009 <sup>2</sup> fixant les règles de bonne pratique en matière de dépistage et diagnostic prénatal avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21, a joué un rôle dans l'évolution des pratiques échographiques. Ce texte de loi impose la nécessité d'une évaluation des pratiques professionnelles validée par l'obtention d'un agrément des Réseaux de Santé périnatale afin de pouvoir participer à la politique de dépistage.

Dans son rapport, la CNEOF <sup>3</sup> distingue plusieurs types d'échographie :

- **L'échographie de dépistage :** au nombre de trois, elles sont proposées et réalisées dans le cadre du suivi obstétrical de proximité.
- **L'échographie de diagnostic ou de seconde intention,** indiquée quand il existe un risque accru d'anomalie fœtale de par des antécédents ou lors de la découverte d'un élément inhabituel au cours de l'échographie de dépistage. Le Comité National Technique d'Échographie de dépistage avait consacré un rapport à l'échographie de diagnostic <sup>4</sup>.
- **L'échographie focalisée** est réalisée le plus souvent de manière itérative, lors d'indications précises, en complément aux échographies de dépistage ou de diagnostic (ex. : évaluation de la quantité de liquide en fin de grossesse, doppler dans le cadre d'un RCIU, écho du col).

1. Conférence nationale d'Échographie Obstétricale et Fœtale - *L'Échographie de dépistage prénatal* - Présidents : Professeur Jacques Lansac Docteur Roger Bessis - 14 juillet 2016 - <http://www.cfef.org/archives/bricabrac/cneof/rapportcneof2016.pdf>

2. Arrêté du 23 juin 2009 relatif à l'information, à la demande et au consentement de la femme enceinte à la réalisation d'une analyse portant sur les marqueurs sériques maternels et à la réalisation du prélèvement et des analyses en vue d'un diagnostic prénatal in utero prévues à l'article R. 2131-1 du code de la santé publique.

3. Conférence nationale d'Échographie Obstétricale et Fœtale - *L'Échographie de dépistage prénatal*. Présidents : Professeur Jacques Lansac, Docteur Roger Bessis - 14 juillet 2016. <http://www.cfef.org/archives/bricabrac/cneof/rapportcneof2016>.

4. Rapport du Comité national technique de l'échographie de dépistage prénatal (CNTEDP) : *Recommandations pour l'échographie de diagnostic* P. Viossat, Y. Ville, R. Bessis, R. Jeny, I. Nisand, F. Teurnier, P. Coquel, J. Lansac - Commission nationale d'échographie obstétricale et fœtale (CNEOF), ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, 14 avenue Duquesne, 75007 Paris, France - 22 octobre 2013.

5. Rapport de la Conférence Nationale de l'Échographie Obstétricale et Fœtale (CNEOF) - *Recommandations pour l'échographie focalisée*. P. Viossat, M. Dommergues, J. Lansac - Conférence nationale de l'Échographie Obstétricale et Fœtale (CNEOF), c/o CNGOF, 91 boulevard de Sébastopol, 75002 Paris, France - 30 mars 2015.

Les échographies réalisées aux urgences pour vérifier la vitalité fœtale, la présentation fœtale ou la placentation, de même que les échographies interventionnelles ou d'échoguidage dans les prélèvements ovulaires sont à considérer comme des échographies focalisées. En 2015, un article de la CNEOF leur a été consacré<sup>5</sup>.

- **L'échoscopie**, réalisée dans le but de faciliter ou améliorer la consultation. Il s'agit d'un examen très restreint, parfois mal compris par les patientes qui peuvent penser avoir bénéficié d'un examen complet. Il ne s'agit pas d'un « acte » d'échographie mais nécessite une formation et devant répondre à des critères qualité. Une réflexion est en cours pour définir les objectifs, les limites, un cadre d'exercice et une formation spécifique dans une très probable généralisation de cette pratique.

## LA QUALITÉ DES EXAMENS, DE QUOI PARLE-T-ON ?

### LA FORMATION DES PROFESSIONNELS

Seul le Diplôme Inter-Universitaire national d'Échographie en Gynécologie-Obstétrique, ouvert aux médecins et sages-femmes, est reconnu comme formation diplômante et constitue la base préalable à la pratique de l'échographie. Les échographistes montrent une forte motivation pour la démarche qualité par les formations qui nécessitent un investissement en temps, matériel et surcoût. Pour cette

raison, la CNEOF demande une revalorisation des actes d'échographie et tout particulièrement pour l'examen du 1<sup>er</sup> trimestre et les échographies de diagnostic.

En 2005, le CTE rappelle le code de déontologie des médecins et sages-femmes, avec l'exigence d'une pratique suffisante qu'il chiffre à un seuil minimal de 300 examens par an au-delà de 11 SA qui ont conduit à la rédaction d'un compte rendu conforme aux recommandations.

### LA QUALITÉ DES MATÉRIELS

Dans son rapport, la CNEOF a rencontré des difficultés à la rédaction de ce point et est toujours en réflexion pour le compléter avec des propositions concrètes.

### LA QUALITÉ DE L'INFORMATION DONNÉE À LA FEMME ENCEINTE/COUPLE

La révision de la loi de bioéthique de 2011 (Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique) positionne l'échographie comme un acte de diagnostic anténatal et de ce fait soumis aux règles d'information et de consentement comme l'étaient déjà les autres techniques de diagnostic anténatal.

L'arrêté du 14 janvier 2014, définit les conditions de recueil de ce consentement précis et le matérialise par un document écrit pour les échographies de dépistage et un autre pour les échographies de diagnostic. Le CNEOF propose un modèle de consentement pour l'échographie de dépistage de diagnostic et de refus d'examen.

## CONSENTEMENT À LA RÉALISATION D'ÉCHOGRAPHIES OBSTÉTRICALES ET FŒTALES DE DÉPISTAGE

(Conférence Nationale d'Échographie Obstétricale et Fœtale - Annexes -  
L'échographie de dépistage prénatal - Présidents : Professeur Jacques Lansac, Docteur Roger Bessis - 14 juillet 2016)

Je soussignée..... atteste avoir reçu de..... au cours d'une consultation médicale en date du.../.../..., des informations sur l'examen échographique dont je souhaite bénéficier :

- L'échographie est un examen d'imagerie médicale qui ne présente pas de risque en l'état des connaissances ni pour le fœtus ni pour la femme enceinte lorsqu'il est réalisé dans un cadre médical ;
- L'image du fœtus et de ses annexes (placenta, liquide amniotique...) peut être obtenue à travers la paroi abdominale maternelle ou à travers la paroi vaginale maternelle ;
- Cet examen et, de manière plus générale, les échographies de surveillance de la grossesse sont réalisés à des périodes précises de la grossesse ;
- Cet examen permet notamment :
  - de déterminer le plus précisément possible la date de début de la grossesse ;
  - d'identifier une grossesse multiple ;
  - d'évaluer et de surveiller le développement du fœtus ;
  - de dépister des éventuelles malformations du fœtus ;
  - de localiser le placenta et d'évaluer la quantité de liquide amniotique ;
- La performance de l'examen peut être limitée par certaines circonstances (épaisseur de la paroi abdominale, position du fœtus...);
- Les mesures effectuées au cours de l'échographie ainsi que les estimations du poids du fœtus sont soumises à des marges d'erreurs liées notamment aux conditions de l'examen ;
- L'absence d'anomalie décelée à l'échographie ne permet pas d'affirmer que le fœtus est indemne de toute affection ;
- Une suspicion d'anomalie peut ne pas être confirmée ultérieurement ;
- Un nouvel examen échographique pourra m'être proposé dans certaines situations pour contrôler la croissance du fœtus ou pour vérifier un aspect inhabituel à l'échographie, ce qui ne signifie pas que le fœtus soit atteint d'une affection ; ce nouvel examen pourra être réalisé par le même échographiste ou par un autre auquel je serai, avec mon accord, adressée ;
- Dans certains cas, l'affection suspectée ne pourra être confirmée ou précisée que par la réalisation de nouveaux examens qui me seront proposés ; ces nouveaux examens nécessiteront parfois un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang fœtal) ; les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués. Je consens à la réalisation de l'examen échographique permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse. L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical par le médecin ou la sage-femme qui a effectué la première échographie obstétricale et fœtale. Une copie de ce document m'est remise. Je devrai la présenter aux médecins et aux sages-femmes qui effectueront, le cas échéant, d'autres échographies permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de ma grossesse. Ce document est conservé dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

Date: / /

Signature du praticien

Signature de l'intéressée

Selon l'arrêté du 14 janvier 2014, l'information doit être donnée en amont de l'examen par le prescripteur, afin de permettre à la patiente/au couple de faire un choix par rapport au dépistage. À défaut, l'information et le consentement seront donnés et recueillis par l'échographiste. Le consentement écrit ne doit pas se substituer à l'information orale et éventuellement un affichage en salle d'attente.

L'attente des familles et des soignants, vis-à-vis de l'examen échographique peu, parfois, être très différente devant le souhait des parents à « voir leur bébé » et à refuser le risque. La relation patiente/couple – échographiste a quelque peu été écorchée par les affaires judiciaires qui ne permet plus de rassurer pleinement les familles par le fameux « tout va bien ».

Le CNEOF soutient l'information le plus en amont possible, par des campagnes d'information, via les différents médias et sur les sites dédiés à la périnatalité par exemple.

En mai 2005, l'HAS a édité des recommandations professionnelles sur l'information après des femmes enceintes<sup>6</sup>. Le CNEOF propose différents modèles en différentes langues, également en soutien au dépistage de la trisomie 21, afin de donner une information intelligible.

Cette information doit insister sur les objectifs de l'examen, ses modalités, ses contraintes, ses limites, les implications médicales et éthiques du dépistage.

Au travers de cette information, des notions telles que :

- La différence entre le dépistage et le diagnostic ;
- La définition d'un acte de dépistage échographique ;
- La définition de l'organisation en réseau ;
- Le rôle préventif des situations périnatales de handicap ;
- L'impossible exhaustivité du diagnostic est à porter à la connaissance du public.

## LE CONTEXTE DE L'EXAMEN

Même avant le peu de documentation sur le sujet, le CNEOF s'appuie sur les retours d'expériences pour dire que le contexte dans lequel est réalisé l'examen peut influencer sa pertinence et que des événements extérieurs peuvent venir perturber sa réalisation indépendamment de l'échographiste. Notons, à ce titre :

### ▀ LA DEMANDE D'EXAMEN

Trop souvent insuffisante voire inexistante.

Des informations telles que le contexte médical, les antécédents du couple, les résultats des autres examens, la date de début de grossesse, la chronicité dans les grossesses multiples sont autant d'informations indispensables pour assurer un examen de qualité. En 2005, le CTE avait fait une proposition de demande d'examen qui n'a été que très peu utilisée. Pourtant, il s'agit là d'un élément simple

d'amélioration de la qualité de l'examen et favorise le travail d'équipe dans la prise en charge du suivi des grossesses.

### ▀ LA SÉRÉNITÉ DE L'OPÉRATEUR

La vigilance de l'opérateur devra être conservée, dans la mesure du possible, tout au long de l'examen mais également lors du rendu de l'examen.

Pour ce faire, une attention devra être portée :

- à l'organisation de la consultation, sans pour autant définir une durée type d'examen ;
- à limiter les ruptures de concentration (téléphone, demande d'avis...);
- à limiter le nombre à une personne accompagnante ;
- à limiter l'usage des téléphones ;
- à interdire la présence des enfants, quel que soit leur âge qui peuvent perturber le déroulement de l'examen et empêche les parents d'être disponibles pour l'examen. Un modèle d'information est proposé par le CNEOF<sup>7</sup>.

## L'ÉLABORATION D'UNE DÉMARCHE QUALITÉ

Cette démarche a produit un véritable bénéfice qualitatif sur la pratique échographique.

Les moyens à disposition pour cette démarche qualité sont :

- **La grille de réalisation de l'examen**, qui est la liste des items à renseigner pour les trois comptes rendus échographiques de dépistage, comme préconisé dans le rapport de 2005<sup>8</sup>. En cas d'impossibilité à répondre à l'un des items ou un aspect inhabituel de l'un d'entre eux, un contrôle est nécessaire. Cette liste pourra augmenter sous la responsabilité de l'opérateur pour l'évaluation et la valeur contributive de ces informations supplémentaires.
- **L'utilisation des scores**, à l'instar du score de Herman pour l'évaluation de la clarté nucale au 1<sup>er</sup> trimestre. Il s'agit de score d'évaluation selon une grille de cotation qui permet de définir une coupe comme acceptable et contributive ou techniquement insuffisante.
- **L'imagerie adéquate**, en fournissant, en complément au compte rendu, une liste minimale d'images pour chaque examen. Il conviendra à l'opérateur de s'assurer que ces images soient conformes aux recommandations. En cas d'impossibilité à fournir une image, un contrôle sera nécessaire.
- **Le suivi de l'activité** par la mise en commun des données (images et données numériques) en prenant exemple sur le modèle BioNuQual qui recueille l'ensemble des données échographiques, biologiques, issues de grossesse en rapport avec le dépistage de la trisomie 21. Cette démarche permet de compléter les dossiers des patientes, d'évaluer ses données, de les comparer aux référentiels et d'évaluer les corrections à faire sur sa pratique. Le CNEOF recommande d'encourager ce type de modèle/base de données collectives et protégées.

• **Le recueil des issues de grossesse**. L'échographie s'inscrit dans une histoire obstétrico-pédiatrique avec un rôle important. À ce jour, aucun circuit n'est organisé pour la circulation de l'information. Il s'agit alors de promouvoir les feuilles de renseignements, à retourner après

6. Recommandations professionnelles - *Comment mieux informer les femmes enceintes ?* - Avril 2005.

7. Conférence Nationale d'Échographie Obstétricale et Fœtale - *L'échographie de dépistage prénatal* - Annexes - 14 juin 2016.

8. Rapport du Comité National Technique d'Échographie de Dépistage Prénatal - Présidents : Professeur Claude Sureau, Professeur Roger Henrion - Avril 2005.



la naissance, renseignées par la patiente et/ou l'équipe médicale, l'automatisation de l'envoi des informations des maternités vers les échographistes, encourager l'implication des Réseaux de Santé Périnatale, travailler et encourager la constitution de bases de données.

**LE COMPTE RENDU D'EXAMEN**

L'échographie est souvent le premier contact du couple avec l'image de l'enfant et cette image est rendue toujours un peu plus réaliste avec les progrès technologiques.

En tant que soignant, il est important que nous informions les couples qu'il ne s'agit pas là d'un certificat de normalité et que certaines anomalies ne sont pas accessibles à l'échographie. Un examen échographique « normal » ne permet pas d'exclure une anomalie grave, et inversement, même si, le plus souvent, il y a concordance entre les résultats de l'examen et l'état de l'enfant. L'échographie reste un examen irremplaçable pour atteindre les objectifs de la périnatalité.

► **LA SÉMANTIQUE**

Dans son rapport, le CNEOF encourage à utiliser le mot « habituel », plutôt que « normal », pour décrire les structures examinées. Une structure d'aspect habituel signifie que celle-ci a été vue par l'échographiste et qu'elle lui semble normale.

Le CNEOF encourage l'utilisation de logiciels pour la rédaction des comptes rendus tout en se méfiant de leur utilisation automatique qui renseignerait qu'une structure a été vue alors que non explorée, un langage clair en évitant les abréviations et les termes médicaux afin que le compte rendu soit le plus compréhensible possible par les familles.

► **L'IMAGERIE**

Une liste d'images est proposée depuis 2005 par le CTE pour accompagner le compte rendu. Ces images permettent également l'auto-contrôle de la qualité de l'examen.

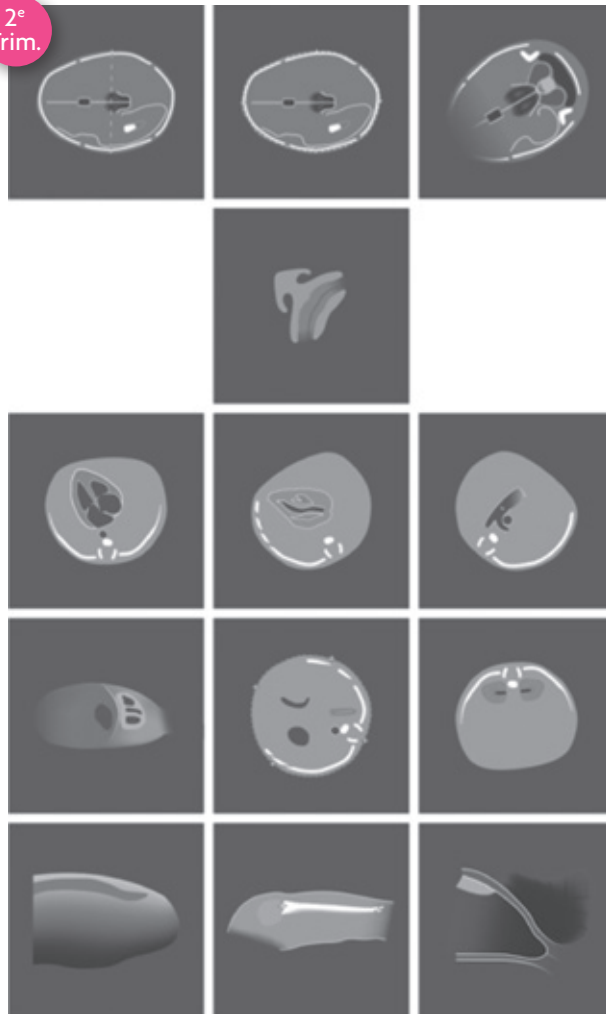
Volontairement, le CTE et le CNEOF n'ont pas mis de clichés de référence mais un schéma qui indique la/les structures dont l'image doit être jointe. Les sociétés

1<sup>er</sup>  
Trim.



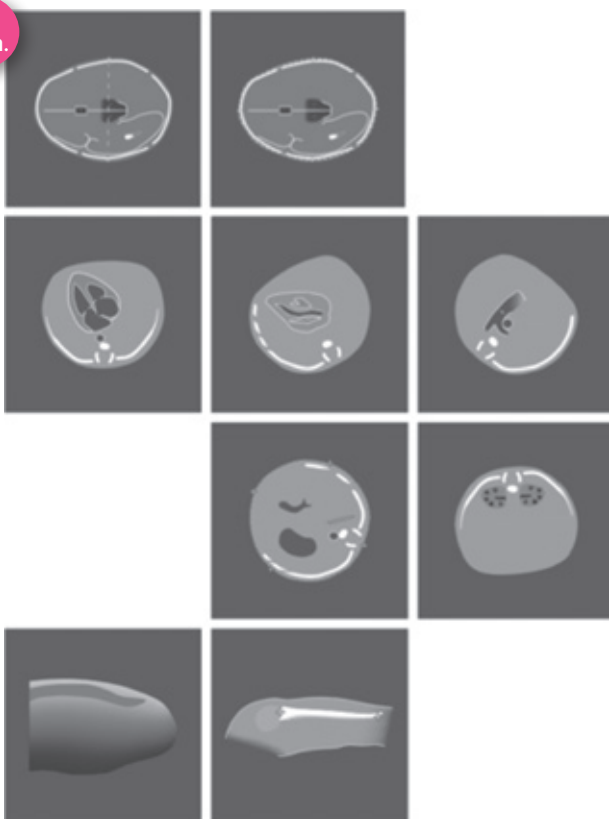
Silhouettes des images à fournir lors de l'échographie de dépistage du 1<sup>er</sup> trimestre. Conférence Nationale d'Échographie Obstétricale et Foetale - L'échographie de dépistage prénatal- Présidents : Professeur Jacques Lansac, Docteur Roger Bessis - 14 juillet 2016.

2<sup>e</sup>  
Trim.



Silhouettes des images à fournir lors de l'échographie de dépistage du 2<sup>e</sup> trimestre. Conférence Nationale d'Échographie Obstétricale et Foetale - L'échographie de dépistage prénatal- présidents : Professeur Jacques Lansac, Docteur Roger Bessis - 14 juillet 2016.

3<sup>e</sup>  
Trim.



Silhouettes des images à fournir lors de l'échographie de dépistage du 3<sup>e</sup> trimestre. Conférence Nationale d'Échographie Obstétricale et Foetale - L'échographie de dépistage prénatal. Présidents : Professeur Jacques Lansac, Docteur Roger Bessis - 14 juillet 2016.

savantes définissent les plans de coupes et leur contenu. Selon les progrès technologiques, leur définition pourra être revue.

En cas d'impossibilité de fournir un des clichés recommandés, un contrôle sera nécessaire. Les enregistrements vidéo de l'examen sont, quant à eux, non recommandés.

- **LES ÉLÉMENTS DEVANT FIGURER DANS LES COMPTES RENDUS** (*Conférence Nationale d'Échographie Obstétricale et Fœtale - L'échographie de dépistage prénatal- Présidents : Professeur Jacques Lansac, Docteur Roger Bessis - 14 juillet 2016*).

## 1<sup>ER</sup> TRIMESTRE

### ÉLÉMENTS DEVANT FIGURER DANS LE COMPTE RENDU DE L'EXAMEN DE DÉPISTAGE DU PREMIER TRIMESTRE

(Réalisation de préférence entre 11 SA + 0 j et 13 SA + 6 jours correspondant à une longueur crânio-caudale au moins égale à 45 millimètres et inférieure à 85 millimètres)

- **Identification du praticien effectuant l'échographie**  
Nom - Prénom - Adresse - Téléphone
- **Identification de la patiente**  
Nom - Prénom - Date de naissance
- **Identification du demandeur de l'examen**  
Nom - Prénom
- **Indication de la machine utilisée**  
Marque - Type - Date de première mise en circulation
- **Informations initiales**
  - Date de l'examen
  - Date des dernières règles
  - Date de début de grossesse proposée avant l'examen si celle-ci a été établie lors d'une précédente échographie de datation documentée valide et d'après une longueur crânio-caudale supérieure à 10 mm ou si la grossesse est issue d'une Fécondation In Vitro (la date retenue est alors celle de la fécondation).
  - Éventuellement, constat d'un consentement à l'examen (arrêté du 14 janvier 2014).

### CONTENU DE L'EXAMEN

- Nombre de fœtus
- Mobilité spontanée
- Activité cardiaque (chiffrer la fréquence cardiaque si elle semble inhabituelle)
- Longueur crânio-caudale exprimée en millimètres et 1/10 de millimètres (après information spécifique, et si la patiente le souhaite, cette information pourra être intégrée dans le cadre du calcul de risque de trisomie 21, combiné au premier trimestre ou intégré).
- Épaisseur de la clarté nucale exprimée en millimètres et 1/10 de millimètres (après information spécifique, et si la patiente le souhaite, cette information pourra être intégrée dans le cadre du calcul de risque de trisomie 21, combiné au premier trimestre ou intégré).
- Diamètre bipariétal (exprimé en millimètres)
- Contour de la boîte crânienne
- Aspect de la ligne médiane
- Aspect de la paroi abdominale antérieure
- Attestation de la présence de quatre membres comprenant chacun trois segments.
- Volume amniotique (appréciation subjective).
- Aspect du trophoblaste ou placenta.
- **En cas de grossesse multiple :**
  - Les informations relatives à chacun des fœtus doivent être clairement individualisées.
  - En particulier, les éléments de repérage de chaque fœtus, facilitant leur identification lors des examens ultérieurs doivent être aussi documentés et aussi précis que possible.
- **Pelvis extra-utérin**
  - Description d'une éventuelle masse annexielle inhabituelle.

### CONCLUSION

- **Si l'examen est sans particularité :**
  - Une phrase synthétique pour l'ensemble.
  - Établissement définitif de la date de début de grossesse telle qu'elle résulte du calcul du terme actuel déduit de la mesure de la longueur crânio-caudale et sous forme d'une proposition de date de début de grossesse à exprimer avec une marge d'erreur de + ou - 5 J pour 95 % de la population étudiée. (Par exemple : ... terme actuel de... semaines et... jours, ce qui évoque un début de grossesse aux environs du jour, mois, année...).
- **Le cas échéant :**
  - Proposition d'examen de contrôle ou d'échographie diagnostique.
  - Indication d'une difficulté technique particulière rencontrée lors de la réalisation de l'examen et identification de sa nature.
- **En cas de grossesse multiple :**
  - Préciser le type de chorionicité.

2<sup>E</sup> TRIMESTRE

## ÉLÉMENTS DEVANT FIGURER DANS LE COMPTE RENDU DE L'EXAMEN DE DÉPISTAGE DU DEUXIÈME TRIMESTRE

*(Réalisation de préférence entre 20 SA et 25 SA)*

- **Identification du praticien effectuant l'échographie**  
Nom - Prénom - Adresse - Téléphone
- **Identification de la patiente**  
Nom - Prénom - Date de naissance
- **Identification du demandeur de l'examen**  
Nom - Prénom
- **Indication de la machine utilisée**  
Marque - Type - Date de première mise en circulation
- **Informations initiales:**
  - Date de l'examen
  - Date de début de grossesse telle qu'elle a été établie dans la conclusion de l'examen échographique de dépistage du premier trimestre
  - À défaut : date des dernières règles
  - Terme théorique (exprimé en semaines et jours d'amé-norrhée)
  - Éventuellement, constat d'un consentement à l'examen (arrêté du 14 janvier 2014).

## CONTENU DE L'EXAMEN

- Nombre de fœtus
- Mobilité spontanée
- Activité cardiaque (chiffrer la fréquence cardiaque si elle semble inhabituelle)
- Diamètre bipariétal exprimé en millimètres (mesure selon la méthodologie proposée par le CFEF)
- Périmètre céphalique exprimé en millimètres (mesure selon la méthodologie proposée par le CFEF)
- Périmètre abdominal exprimé en millimètres (mesure selon la méthodologie proposée par le CFEF)
- Longueur fémorale exprimée en millimètres (mesure selon la méthodologie proposée par le CFEF)
- Estimation du Poids Fœtal exprimé en grammes et en centiles, calculé selon la formule de Hadlock établie sur 3 paramètres (périmètre crânien, périmètre abdominal, longueur fémorale) avec mention de la marge d'erreur.
- Aspect du contour de la boîte crânienne
- Aspect des ventricules latéraux
- Aspect de la ligne médiane
- Présence et forme du cavum du septum pellucidum
- Aspect de la fosse postérieure et du cervelet
- Continuité de la lèvre supérieure
- Aspect du profil fœtal (subjectif)
- Aspect des poumons
- Position du cœur
- Aspect des quatre cavités cardiaques
- Équilibre des cavités
- Position et aspect des gros vaisseaux
- Position et aspect de l'estomac
- Aspect des anses intestinales
- Aspect de la paroi abdominale antérieure
- Position et aspect de la vessie
- Position et aspect des reins
- Aspect du rachis
- Présence de quatre membres
- Présence des trois segments de chaque membre
- Estimation subjective du volume amniotique.
- Aspect du placenta
- Localisation du placenta : signaler et décrire si bas-inséré.
- En cas de grossesse multiple
  - Identification de chaque fœtus selon un code A, B, C,... (le code 1, 2, 3,... est à proscrire car réservé à la période postnatale).
  - Confirmation ou détermination de la chorionicité (éventuellement du zygotisme s'il peut être formellement affirmé).
  - Individualisation claire des informations relatives à chacun des fœtus
  - Position de chaque placenta
  - Estimation du volume amniotique par la mesure de la plus grande citerne

## CONCLUSION

- **Si examen sans particularité:**
  - Nombre de fœtus
  - Phrase synthétique résumant la biométrie
  - Indication que l'examen morphologique n'a pas permis de révéler d'anomalie.
- **En cas de grossesse multiple:**
  - Les mentions ci-dessus sont répétées pour chaque fœtus.
  - Rappel de la chorionicité.
- **Le cas échéant:**
  - Signalement d'un placenta bas-inséré
  - Élément inhabituel ou suspect
  - Proposition d'examen de contrôle ou d'échographie diagnostique
  - Indication d'une difficulté technique particulière rencontrée lors de la réalisation de l'examen et identification de sa nature.

3<sup>E</sup> TRIMESTRE

## ÉLÉMENTS DEVANT FIGURER DANS LE COMPTE RENDU DE L'EXAMEN DE DÉPISTAGE DU TROISIÈME TRIMESTRE

*(Réalisation de préférence entre 30 SA et 35 SA)*

- **Identification du praticien effectuant l'échographie**  
Nom - Prénom - Adresse - Téléphone
- **Identification de la patiente**  
Nom - Prénom - Date de naissance
- **Identification du demandeur de l'examen**  
Nom - Prénom
- **Indication de la machine utilisée**  
Marque - Type - Date de première mise en circulation
- **Informations initiales :**
  - Date de l'examen
  - Date de début de grossesse telle qu'elle a été établie dans la conclusion de l'examen échographique de dépistage du premier trimestre
  - À défaut : Date des dernières règles
  - Terme théorique (exprimé en semaines et jours d'aménorrhée)
  - Éventuellement, constat d'un consentement à l'examen (arrêté du 14 janvier 2014).

## CONTENU DE L'EXAMEN

- Nombre de fœtus
- Présentation
- Côté du dos
- Mobilité spontanée
- Activité cardiaque (chiffrer la fréquence cardiaque si elle paraît inhabituelle).
- Diamètre bipariétal exprimé en millimètres (mesure selon la méthodologie proposée par le CFEF)
- Périmètre céphalique exprimé en millimètres (mesure selon la méthodologie proposée par le CFEF)
- Périmètre abdominal exprimé en millimètres (mesure selon la méthodologie proposée par le CFEF)
- Longueur fémorale exprimée en millimètres (mesure selon la méthodologie proposée par le CFEF)
- Estimation du Poids Fœtal exprimé en grammes et calculé selon la formule de Hadlock établie sur 3 paramètres (périmètre crânien, périmètre céphalique, longueur fémorale) avec mention de la marge d'erreur.
- Aspect du contour de la boîte crânienne
- Aspect des ventricules latéraux
- Aspect de la ligne médiane
- Présence et forme du cavum du septum pellucidum
- Aspect de la fosse postérieure et du cervelet
- Aspect des poumons
- Position du cœur
- Aspect des quatre cavités cardiaques
- Équilibre des cavités
- Position et aspect des gros vaisseaux
- Position et aspect de l'estomac
- Aspect des anses intestinales
- Aspect de la paroi abdominale antérieure
- Position et aspect de la vessie
- Position et aspect des reins
- Aspect du rachis.
- Estimation subjective du volume amniotique.
- Aspect du placenta
- Localisation du placenta: signaler et décrire si bas-inséré.
- En cas de grossesse multiple:
  - Identification de chaque fœtus selon un code A, B, C,... (le code 1, 2, 3,... est à proscrire car réservé à la période postnatale).
  - Confirmation ou détermination de la chorionicité (éventuellement du zygotisme s'il peut être formellement affirmé).
  - Individualisation claire des informations relatives à chacun des fœtus
  - Position de chaque placenta.
  - Estimation du volume amniotique. par la mesure de la plus grande citerne.

## CONCLUSION

- **Si examen sans particularité :**
  - Nombre de fœtus
  - Phrase synthétique résumant la biométrie
  - Estimation du poids fœtal
    - indication du centile du poids estimé
  - Indication que l'examen morphologique n'a pas permis de révéler d'anomalie.
- **En cas de grossesse multiple :**
  - Les mentions ci-dessus sont répétées pour chaque fœtus
  - Rappel de la chorionicité.
- **Le cas échéant :**
  - Signalement d'un placenta bas-inséré
  - Élément inhabituel ou suspect
  - Demande d'examen de contrôle ou d'avis diagnostique
  - Difficulté technique rencontrée (préciser laquelle).

# La mesure échographique de la longueur du col utérin

PAR **SÉBASTIEN CLERC**, SAGE-FEMME ÉCHOGRAPHISTE

## INTRODUCTION

La mesure échographique de la longueur du col utérin par voie endocavitaire est utilisée pour évaluer la longueur du canal cervical, en contexte de menace d'accouchement prématuré ou de grossesses multiples.

## INDICATIONS

- Patientes symptomatiques,
- Patientes à risques :
  - antécédent d'accouchement avant 37 semaines d'aménorrhée,
  - antécédent de fausse couche tardive avant 22 semaines d'aménorrhée,
  - antécédent de menace d'accouchement prématuré,
  - Hydramnios,
  - antécédents de conisation,
- Grossesses multiples, entre 22 et 24 semaines d'aménorrhée,

## MATÉRIEL

- Échographe avec sonde haute fréquence 5-7 MHz endocavitaire,
- Protège sonde, avec **ET** sans latex,
- Gel à échographie stérile,
- Coussinet pour mettre sous le siège de la patiente le cas échéant,
- Gants à usage unique.

## MÉTHODE

### ■ Généralités

La mesure de la longueur du col par échographie endovaginale est réalisée selon une technique standardisée :

- La vessie doit être vide pour éviter les erreurs liées à la réplétion vésicale (allongement du col et fermeture de l'orifice interne par compression vésicale). L'examen a lieu en position gynécologique. La sonde intravaginale à haute fréquence (5 à 7 MHz) est protégée par une gaine stérile, enduite de gel stérile. La sonde est amenée dans l'axe du vagin et rencontre la lèvre antérieure du col au niveau du cul-de-sac antérieur perpendiculairement à l'axe du canal cervical. On repère, en coupe sagittale, l'orifice interne, le canal cervical et l'orifice externe. On relâche ensuite la pression de la sonde jusqu'à ce que l'image s'estompe. Une pression douce est ensuite réappliquée pour recréer une image nette du col. Cette méthode évite la pression excessive de la sonde sur le col qui allongerait artificiellement sa mesure et pourrait fermer l'orifice interne.
- La longueur du col est mesurée de l'orifice interne fermé à l'orifice externe. Elle devrait être mesurée trois fois, et

la mesure la plus courte des meilleures images devrait être enregistrée.

### ■ Étape par étape

**Les conditions doivent être aseptiques au préalable : tous les gestes doivent être démonstratifs afin de rassurer la patiente.**

- Recueillir le consentement de la patiente à la réalisation de l'examen, après information sur les objectifs recherchés ;
- Lavage des mains, ou utilisation d'une solution hydroalcoolique ;
- Mise en place des gants ;
- Stérilisation de la sonde avec un produit ;
- Mise en place du protège sonde, avec du gel stérile à l'intérieur ;
- Coussinet sous le siège de la patiente, le cas échéant.

## TECHNIQUE

- La vessie doit être vide ;
- Introduction douce de la sonde par voie vaginale, jusqu'au contact avec le col ;
- Il n'est pas nécessaire de toucher la vulve de la patiente avec les mains ;
- Balayage du col pour trouver le canal cervical ;
- Évaluation des critères de qualité ;
- Pratiquer trois mesures de la longueur cervicale, ne retenir que la plus courte ;
- Exercer une pression fundique modérée afin de contrôler l'évolution du col lors d'une contraction utérine, ici simulée ;
- Sous contrainte de pression fundique, reprendre trois mesures du canal cervical et ne garder là aussi que la plus courte ;
- Retirer la sonde délicatement.

## POST-EXAMEN

- Retirer le protège sonde avec les gants ;
- Utiliser un protocole de désinfection ;
- Lavage des mains ou utilisation d'une solution hydroalcoolique ;
- Le compte rendu (nécessaire et obligatoire) comportera entre autres :
  - la mesure du col avec et sans pression fundique ;
  - une conclusion ainsi que l'iconographie correspondante. •

## BIBLIOGRAPHIE

- <http://www.cfef.org/archives/bricabrac/sterilisationacmed.pdf>
- [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/mesure\\_de\\_la\\_longueur\\_du\\_col\\_de\\_luterus\\_par\\_echographie\\_endovaginale\\_-\\_rapport.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-12/mesure_de_la_longueur_du_col_de_luterus_par_echographie_endovaginale_-_rapport.pdf)

# La vaccination contre la coqueluche : « la stratégie du cocooning »

PAR LAURA TOCQUEVILLE, SAGE-FEMME

## INTRODUCTION

La coqueluche est une maladie respiratoire hautement contagieuse. Elle est d'origine bactérienne et peut atteindre les adultes, mais également les nouveau-nés pour lesquels les complications sont fréquentes et peuvent parfois conduire jusqu'au décès de l'enfant. Dans 77 % des cas, le nourrisson serait contaminé par son entourage proche (parents ou fratrie). 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 qu'ils ne puissent la transmettre à leur enfant.

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

### PROBLÉMATIQUE

Quelles sont les connaissances des nouvelles accouchées au sujet de la stratégie du cocooning ?

### HYPOTHÈSES

La stratégie du cocooning n'est pas suffisamment abordée auprès des parents en ante et en postnatal.

Les patientes ne connaissent pas les complications encourues pour leur enfant s'il contracte la coqueluche avant ses six mois de vie.

### OBJECTIFS ET PERSPECTIVES DE L'ÉTUDE

L'objectif principal de ce travail était d'évaluer auprès des patientes leurs connaissances au sujet de la coqueluche chez le nouveau-né et sa prévention. Par ailleurs, l'intérêt secondaire de cette enquête était de connaître les souhaits et attentes des patientes en termes de prévention. Nous souhaitons donc connaître les points sur lesquels elles aimeraient que les professionnels de santé insistent, et ainsi les moyens à employer pour y parvenir.

### MÉTHODOLOGIE EMPLOYÉE

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.

L'étude s'appuie sur une enquête descriptive, quantitative et prospective. Cette étude est également multicentrique puisque nous avons interrogé des femmes dans deux maternités différentes de niveau 3 en Seine Maritime : le Centre hospitalier Jacques Monod de Montivilliers ainsi que le Centre hospitalier universitaire de Rouen.

**Moins d'une patiente sur deux sait que la coqueluche peut toucher l'enfant de moins de six mois.**

Nous avons commencé par tester le questionnaire auprès de sept patientes hospitalisées dans le service des suites de couches du CHU de Rouen. 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.

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.

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. 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 J0 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.

Des tests statistiques ont été réalisés à l'aide du site internet « BiostaTCV » pour vérifier la significativité des résultats.

## RÉSULTATS

176 questionnaires ont été récupérés pour cette enquête.

Seules 36 % des patientes affirment avoir reçu une information par un professionnel de santé au sujet de la stratégie du cocooning. La plupart des patientes informées l'ont été soit pendant une consultation de suivi de grossesse soit après l'accouchement pendant le séjour en suites de couches. Parmi les patientes informées, 87 % l'ont été informées de manière orale et seules 13 % ont eu une brochure explicative.

80 % des patientes ont reçu une information qu'elles ont jugée de bonne ou de très bonne qualité. Les patientes sont donc satisfaites lorsque des explications sont données au sujet de la prévention de la coqueluche chez leur enfant.

Moins d'une patiente sur deux sait que la coqueluche peut toucher l'enfant de moins de six mois.

Les patientes informées sur la prévention de la coqueluche connaissent sensiblement plus que les autres les modes de transmission de la maladie. Ceci constitue donc un point efficace dans la prévention.

Seules **19 % des patientes ont été informées des éventuelles complications** que peut engendrer la maladie de la coqueluche chez un enfant de moins de six mois.

Nous avons demandé aux patientes de nous citer les moyens de prévention possibles pour protéger leur nouveau-né de la coqueluche. Seules 66 % nous ont cité la vaccination des deux parents.

Nous souhaitons ensuite connaître le taux de la couverture vaccinale chez les nouvelles accouchées. Cependant, il était impossible de consulter tous les carnets de santé des patientes. Afin d'avoir un chiffre le plus précis possible, nous avons demandé dans une première question si la patiente était vaccinée ou non. Dans une seconde, à l'aide d'une question à choix multiples, nous demandions de quand datait la dernière injection. Ainsi, nous avons retenu uniquement les patientes qui se disaient vaccinées et ce depuis moins de dix ans. Ceci nous a donc permis d'estimer la couverture vaccinale chez les nouvelles accouchées à 32 %. De plus, 32 % des patientes n'étaient pas à jour, et les autres patientes ne connaissaient pas leur statut vaccinal au moment de remplir le questionnaire. Nous avons pu constater que les patientes ayant reçu une information sur la prévention sont sensiblement plus vaccinées que les autres.

Que ce soit en ante ou en postnatal, seules 53 % des patientes ont bénéficié d'une consultation de leur carnet de santé par un professionnel de santé. La plupart de ces carnets de santé sont consultés pendant la grossesse. Lorsque le carnet de santé n'a pas été consulté, dans 70 % des cas la raison est qu'il n'a pas été demandé par le professionnel de santé. Une plus petite partie des patientes affirment qu'il a été demandé mais ne l'avaient pas avec elles pour la consultation.

Parmi les patientes non à jour, nous souhaitons savoir si un professionnel de santé leur avait délivré une ordonnance afin de pouvoir se faire vacciner contre la coqueluche dans le cadre de la stratégie du cocooning. Nous avons alors pu constater que 43 % des patientes n'avaient pas eu d'ordonnance pour se mettre à jour.

Nous avons été étonnés de constater que lorsque le carnet de santé est consulté pendant la grossesse et que le professionnel de santé se rend compte que la patiente n'est pas à jour de sa vaccination, seules 28 % repartent de la consultation avec une ordonnance pour faire le vaccin après l'accouchement. Au contraire, quand cela est remarqué en suites de couches, toutes les patientes repartent du séjour avec l'ordonnance.

Dans cette enquête, 42 % des conjoints se disaient vaccinés. Cependant, le questionnaire ne faisait pas préciser de quand datait la dernière injection. Ce chiffre est donc très certainement surestimé car des conjoints vaccinés depuis plus de dix ans ont pu répondre qu'ils étaient vaccinés (alors qu'ils ne sont plus à jour). Cependant nous avons pu constater que lorsque les patientes sont informées sur la

**Lorsque le carnet de santé est consulté pendant la grossesse et que le professionnel de santé se rend compte que la patiente n'est pas à jour de sa vaccination, seules 28 % repartent de la consultation avec une ordonnance pour faire le vaccin après l'accouchement.**

prévention de la coqueluche, les conjoints sont sensiblement plus vaccinés que les autres.

La dernière partie du questionnaire était centrée sur les souhaits des patientes en termes de prévention. Selon elles, les acteurs principaux de la stratégie du cocooning sont le pédiatre et le médecin traitant. La sage-femme arrivant en 3<sup>e</sup> position. 62 % des patientes aimeraient être informées de manière orale (comme ce qui est actuellement fait la plupart du temps), mais 42 % souhaiteraient également une trace écrite de l'information donnée, au moyen d'une plaquette d'information par exemple.

Dans de nombreux pays, la vaccination contre la coqueluche est recommandée pendant la grossesse. En effet, cela permettrait un passage in utero des anticorps maternels vers le fœtus afin qu'il soit protégé durant ses premières semaines de vie. Cela permettrait également que la mère ait une vaccination efficace dès la naissance de l'enfant. On a donc demandé aux patientes si elles seraient pour cette vaccination pendant la grossesse et 66 % des patientes ont répondu positivement. La principale raison citée par les patientes qui sont pour cette vaccination pendant la grossesse est la gravité de la maladie. Au contraire, les patientes qui ne souhaiteraient pas cette vaccination ont peur pour leur enfant si le vaccin a lieu pendant la grossesse.

Nous avons également voulu faire un lien avec la vaccination contre la grippe à la fin du questionnaire. Ce dernier étant distribué en pleine période hivernale, nous avons été étonnés de voir que 77 % des patientes n'étaient pas vaccinées contre la grippe. Les patientes vaccinées contre la grippe accepteraient sensiblement plus que les autres la vaccination de la coqueluche pendant la grossesse.

La dernière question du questionnaire proposait aux patientes qui le souhaitaient de nous faire part d'éventuelles remarques. Nous avons alors constaté que 52 % des patientes ayant répondu à cette question aimeraient connaître les risques encourus pour leur enfant s'il contracte la maladie avant ses six mois de vie. De plus, ces patientes qui connaissent les risques pour leur enfant sont sensiblement plus vaccinées que les autres.

## ÉLÉMENTS CLÉS DE LA DISCUSSION

### L'INFORMATION DES PATIENTES AU SUJET DE LA STRATÉGIE DU COCOONING

64 % des patientes interrogées n'ont reçu aucune information sur la prévention de la coqueluche chez le nourrisson et le nouveau-né. L'analyse statistique nous a permis de

démontrer que l'information ou non de la patiente n'est pas liée à sa parité. Les professionnels de santé n'informent donc pas plus les primipares qui sont cependant les plus à risques de ne pas être vaccinées puisqu'elles n'ont pas d'enfant en bas âge.

Nous avons pu par ailleurs constater que la proportion de patientes informées par un professionnel de santé sur la stratégie du cocooning est croissante selon le niveau de la catégorie socioprofessionnelle. Deux hypothèses se posent alors. La première serait que les professionnels de santé insistent peut-être plus sur d'autres axes de la santé avec des patientes sans activité professionnelle par rapport aux patientes ayant un plus haut niveau socio-économique. La seconde hypothèse posée serait que les patientes ne sont pas toutes en capacité de retenir et comprendre ce qui leur est exposé lors des consultations. En effet, cela leur a parfois été dit et expliqué mais sans que la patiente ne s'en souvienne au moment de remplir le questionnaire. C'est pourquoi une brochure explicative pourrait être laissée aux patientes afin qu'elles puissent avoir une trace écrite de l'information. De plus, lorsque nous avons demandé aux patientes par quels moyens elles souhaiteraient être informées sur la prévention de la coqueluche, 42 % d'entre elles ont fait savoir qu'elles aimeraient une trace écrite de l'information.

Il n'y a également pas de lien entre l'information de la patiente et le profil de professionnel de santé qui a suivi la grossesse. Afin de prouver cela, les patientes suivies exclusivement par un seul profil de professionnel de santé pendant la grossesse ont été retenues. En effet, les patientes ne sont pas sensiblement plus informées si elles sont suivies par un médecin ou une sage-femme. Cependant, nous remarquons que 77 % des patientes ont eu au moins une consultation avec une sage-femme au cours de leur grossesse. Il est donc de notre devoir de nous efforcer de donner plus d'informations aux patientes à ce sujet.

Il nous a également semblé intéressant de nous intéresser à la satisfaction de la patiente sur l'information qu'elle a reçue au sujet de la prévention de la coqueluche chez le nouveau-né. En effet, une patiente satisfaite sera plus réceptive à l'information reçue et aura donc une meilleure adhésion à nos propos. La grande majorité des patientes de notre enquête ont reçu une information qui leur a semblé de bonne ou très bonne qualité. Ceci étant un point important dans la promotion de la prévention.

D'autre part, nous nous sommes intéressés à la connaissance des patientes quant aux modes de transmission de la maladie. Nous avons pu remarquer que 60 % des patientes non informées sur la prévention de la coqueluche ne connaissent pas les modes de transmission de la maladie, contre 30 % parmi les patientes informées. Les patientes informées sur la prévention de la coqueluche connaissent sensiblement plus que les autres femmes les modes de transmission de cette maladie. L'information de toutes les patientes avant ou à la naissance de l'enfant permettrait alors d'éviter un certain nombre de contaminations et donc de complications néonatales.

Par ailleurs, les patientes se disant informées au sujet de la stratégie du cocooning ne connaissent pas plus que les autres femmes les sources de contamination du nouveau-né

---

**Il est judicieux d'employer les mots « hospitalisation de l'enfant », « infections pulmonaires », et éventuellement « décès de l'enfant » pour expliquer les risques aux patientes... Ce sont donc des phrases « chocs » mais utiles à l'adhésion des patientes à la prévention.**

---

au sein de l'entourage proche. Ceci pose alors réellement question sur la cible des informations à délivrer au sujet de la prévention. En effet, il est essentiel d'informer les patientes sur les principaux vecteurs de la maladie afin que les couples y soient vigilants dès la naissance de leur enfant et en particulier dès les premières visites en maternité.

### **COMPLICATIONS ENCOURUES POUR L'ENFANT S'IL CONTRACTE LA COQUELUCHE AVANT SES 6 MOIS**

Nous avons demandé aux patientes si un professionnel de santé leur avait expliqué les risques de la coqueluche chez un nourrisson qui contracterait la maladie avant ses 6 mois de vie. Seulement 19 % des patientes interrogées affirment avoir reçu cette information. Cependant, si la patiente ne connaît pas les éventuelles conséquences de la maladie sur la santé de son enfant, elle sera bien sûr moins réceptive aux méthodes de prévention pour le protéger et donc moins active dans leur application.

Il est judicieux d'employer les mots « hospitalisation de l'enfant », « infections pulmonaires », et éventuellement « décès de l'enfant » pour expliquer les risques aux patientes. Ces mots peuvent paraître trop difficiles à entendre, mais nous avons pu constater que ce sont les phrases que les patientes informées des risques nous ont citées pour décrire les éventuelles complications encourues par les nouveau-nés. Ce sont donc des phrases « chocs » mais utiles à l'adhésion des patientes à la prévention.

De plus, nous avons pu constater que plus de 50 % des patientes qui connaissent les risques de la maladie pour leur nouveau-né sont vaccinées contre la coqueluche, contre 27 % pour celles ne les connaissant pas. D'où l'importance d'informer les patientes à ce sujet afin d'obtenir une couverture vaccinale plus large.

Il pourrait être intéressant d'écrire quelques lignes à ce sujet dans le carnet de santé de l'enfant afin que toutes les patientes aient une trace écrite de l'information donnée.

D'autre part, la dernière question de notre enquête proposait aux patientes de nous faire part de leurs attentes concernant la prévention de la coqueluche. 52 patientes sur les 173 ont répondu à cette question. Nous avons alors pu constater que les patientes souhaiteraient plus d'informations à propos des conséquences de la coqueluche sur la santé du nouveau-né puisque 52 % d'entre elles nous l'ont fait savoir à travers cette question. Il est donc essentiel d'informer davantage les patientes à ce sujet afin qu'elles prennent conscience de l'importance de la vaccination pour elles-mêmes mais également pour leur entourage.



## VACCINATION DES PATIENTES CONTRE LA COQUELUCHE

Nous avons souhaité savoir si les patientes informées sur la prévention de la maladie étaient proportionnellement plus vaccinées que les autres. Nous constatons que 23 % des patientes non informées sont vaccinées contre la coqueluche alors que 46 % des patientes informées sur la prévention de cette maladie sont vaccinées. Les patientes ayant été informées des méthodes de prévention sont donc sensiblement plus vaccinées que les autres femmes.

Les multipares ayant au moins un enfant de moins de 10 ans sont sensiblement plus vaccinées que les primipares. Ce résultat était attendu et s'explique bien sûr par le fait que ces patientes ont certainement été sensibilisées à la vaccination lors d'une précédente grossesse ou d'un précédent accouchement.

## LA VACCINATION PENDANT LA GROSSESSE

Les patientes ayant reçu une information sur la prévention de la coqueluche ne souhaiteraient pas plus se faire vacciner pendant la grossesse que les patientes non informées. Ce résultat était prédictible car les professionnels de santé ne parlent pas de la vaccination pendant la grossesse aux patientes puisque celle-ci n'est pas encore recommandée en France. Les patientes ne savent donc pas que ce vaccin est inoffensif pour le fœtus et la mère et ne connaissent de ce fait pas les bénéfices de la vaccination pendant la grossesse.

Si la vaccination pendant la grossesse venait à avoir lieu dans notre pays, il semblerait alors judicieux d'insister sur le fait que le vaccin soit inoffensif et qu'il ne présente pas d'effets indésirables, ni pour l'enfant à naître, ni pour la mère. Il serait alors important d'expliquer qu'au contraire beaucoup de bénéfices seraient à attendre sur la santé du nouveau-né s'il venait à être en contact avec une personne malade.

Les patientes ayant été vaccinées contre la grippe pendant leur grossesse seraient sensiblement plus favorables à une vaccination pour la coqueluche en étant enceintes. En effet, 88 % des patientes vaccinées contre la grippe souhaiteraient se faire vacciner pendant la grossesse contre la coqueluche si cela était recommandé en France (contre 60 % pour les autres patientes).

## VACCINATION DES CONJOINTS

En début de grossesse, 43 % des patientes non informées sur la prévention de la coqueluche chez le nourrisson ne savaient pas si leur conjoint était à jour de sa vaccination. Ce chiffre passant à 19 % lorsque la patiente a été informée, on remarque l'importance de discuter de cette maladie avec la patiente et ainsi s'intéresser au statut vaccinal du conjoint. En effet la vaccination du père est tout aussi importante que celle de la mère étant donné qu'ils seront tous deux en contact quasiment constant avec leur enfant.

***La vaccination du père est tout aussi importante que celle de la mère étant donné qu'ils seront tous deux en contact quasiment constant avec leur enfant.***

Nous avons alors souhaité savoir si les conjoints non vaccinés s'étaient mis à jour pendant la grossesse afin que la vaccination soit efficace dès l'arrivée du bébé. Lorsque la patiente a reçu une information pendant la grossesse, 38 % des conjoints non vaccinés se sont mis à jour avant la naissance de leur enfant, contre 11 % pour les autres. Les conjoints de patientes informées sur la prévention se sont donc sensiblement plus mis à jour que les autres. Nous pouvons cependant progresser sur ces chiffres car même si la part des conjoints qui se sont fait vacciner lorsque leur femme a été informée est plus importante, ce chiffre reste tout de même assez bas et peut facilement être amélioré.

## PROPOSITIONS PROFESSIONNELLES

Nous allons ici faire un résumé de ce que nous souhaiterions améliorer en termes de prévention de la coqueluche chez l'enfant de moins de six mois. En effet, nous avons remarqué ci-dessus que certaines actions sont déjà bien mises en place et efficaces (telle la distribution d'ordonnance en suites de couches quand un professionnel de santé s'aperçoit que la patiente n'est plus à jour de sa vaccination), mais que certaines peuvent cependant encore être améliorées.

- **Nous proposons donc que les professionnels de santé parlent aux patientes de cette prévention dès lors que l'une d'entre elles fait part de son désir de grossesse.** Ce moment serait alors opportun pour les informer au sujet de la stratégie du cocooning, sa mise en place, son intérêt et également les risques encourus par l'enfant s'il contracte la maladie avant ses six mois. Il serait à ce moment intéressant de mettre à jour les vaccinations des deux parents (rougeole, rubéole, varicelle, DTP coqueluche...). Les patients ne sachant généralement pas s'ils sont à jour, une consultation du carnet de santé est nécessaire. Une ordonnance pourrait alors être délivrée à ce moment afin que les femmes se fassent vacciner avant la grossesse. Ceci permettrait une efficacité optimale de la vaccination puisque cette dernière serait active dès la naissance de l'enfant.
- **Une patiente consultant un professionnel pour un début de grossesse devrait pouvoir recevoir les mêmes informations sur la stratégie du cocooning.** Si la patiente n'est plus à jour de sa vaccination pendant la grossesse et qu'un professionnel de santé s'en aperçoit, une ordonnance devrait être délivrée au moment de cette consultation à la patiente afin qu'elle se fasse vacciner après la naissance de l'enfant. Nous avons pu remarquer au cours de ce travail que bon nombre de professionnels de santé regardent le carnet de santé de la patiente pendant la grossesse, s'aperçoivent qu'elles ne sont plus à jour, mais ne leur délivrent pas l'ordonnance. C'est donc sur ce point qu'il faut que l'on soit plus rigoureux afin d'augmenter la couverture vaccinale chez les nouveaux parents.
- **Nous devons également consulter le carnet de santé du conjoint afin de l'informer lui aussi de la nécessité ou non d'un rappel.** Il est d'autant plus intéressant pour les sages-femmes de réaliser cela depuis la loi d'août 2016 (conformément à l'article L. 4151-2 du code de la santé publique) qui nous permet de faire une ordonnance et de vacciner le père du bébé contre la coqueluche dans le cadre de la stratégie du cocooning.

- **En suites de couches l'information en termes de prévention doit être donnée aux couples.** En effet, beaucoup de visites sont généralement attendues dès le premier jour à la maternité et donc autant de risques de contamination de l'enfant. Il serait également intéressant que les patientes ramènent le vaccin, si l'ordonnance a été donnée pendant la grossesse, afin que le personnel soignant puisse les vacciner pendant leur séjour à la maternité.
- **Quelques lignes dans le carnet de santé de l'enfant** à la page des vaccinations pourraient être utiles, en particulier pour les patientes qui n'ont pas bénéficié d'une information orale par un professionnel de santé lors de leur parcours de maternité.
- **Il serait également intéressant d'avoir une case prévue à cet effet dans le dossier médical de l'hôpital de la patiente.** Ainsi, les professionnels de santé prenant en charge cette patiente connaîtraient son statut vaccinal et pourraient ensuite adapter leurs conduites à tenir.
- De plus, comme cela est pratiqué dans de nombreux pays, **une vaccination maternelle pendant la grossesse pourrait être un axe majeur d'amélioration de la prévention** afin de protéger les nouveau-nés dès la naissance.
- Pour finir, lors de ce travail, il nous a semblé essentiel **qu'une trace écrite de l'information soit laissée aux patientes.** En effet, nous parlons de beaucoup de choses avec ces dernières, nous leur donnons des conseils sur des sujets très variés. Il est de ce fait très compliqué pour les patientes de retenir tout ce qui leur est exposé. Il serait donc judicieux de pouvoir donner aux patientes une brochure explicative récapitulant les choses essentielles, à savoir : Qu'est-ce que

la coqueluche? Quels sont les risques pour l'enfant s'il la contracte? Qui doit être vacciné dans l'entourage afin de protéger au mieux le bébé?

*Un exemple de brochure (ci-dessous) qu'il serait intéressant de donner à nos patientes en consultations ou pendant le séjour en suites de couches.*

## CONCLUSION

Au cours de ce travail, nous avons pu mettre en évidence que la plupart des patientes manquent d'information au sujet de la stratégie du cocooning. Ainsi, les femmes informées pendant leur grossesse ont une meilleure connaissance de la maladie et une meilleure couverture vaccinale. Cependant, que ce soit avant ou après la naissance de l'enfant, les accouchées ne connaissent pas bien les risques encourus pour leur nourrisson s'il contracte la maladie.

Or, aujourd'hui, la coqueluche est toujours responsable d'un nombre important d'hospitalisations chez les enfants de moins de 6 mois. En effet, 90 % de ces derniers sont admis à l'hôpital après contraction de la maladie et 18 % en service de réanimation pour complications majeures. Depuis janvier 2018, la vaccination des enfants est rendue obligatoire du fait des risques qu'elle peut engendrer sur leur santé. Cependant, en attendant que la vaccination soit pleinement efficace chez ces nourrissons, il est de notre devoir d'informer les couples sur les moyens de prévention à mettre en place pour protéger au mieux les enfants. La sage-femme a pleinement un rôle de prévention à ce sujet afin d'éviter au maximum les contaminations du nouveau-né durant ses premiers mois de vie. •



# Gestation Pour Autrui et Procréation Pour Autrui

PAR FRÉDÉRIQUE BAUDOIN, SAGE-FEMME

*Afin de mieux appréhender le sujet qui fera l'objet de cet article, nous aimerions préciser que celui-ci s'appuie sur un travail de deux années : un mémoire de fin de cursus pour un master de science maïeutique. Ce mémoire découle de l'étude des données statistiques mondiales concernant la fertilité et la natalité. Il avait pour principal but d'explicitier la pratique de la GPA et de la PPA dans le monde, et cela en anticipation des États Généraux de la bioéthique qui ont eu lieu cette année en France.*

## INTRODUCTION

**E**n introduction, nous allons faire un bref rappel des termes qui seront employés au sein de cet article. Tout d'abord, définissons les termes employés afin de définir les protagonistes : la *gestatrice* est la femme qui portera l'enfant pour le couple qui en fera la demande autrement appelé *couple d'intention*. Ce couple pourra aussi bien être hétérosexuel ou, dans certains pays, un couple homosexuel masculin.

À présent abordons un point qu'il est important d'avoir à l'esprit : il est nécessaire de différencier la **Gestation pour Autrui (ou GPA)** de la **Procréation Pour autrui (ou PPA)**. En effet, pour la PPA les gamètes (ou ovocytes) de la gestatrice seront utilisés tandis que dans la GPA les gamètes (spermatozoïdes et ovocytes) proviendront, soit du couple d'intention, soit du couple d'intention et d'un(e) donneur(euse). Deux autres nuances doivent être abordées avant cet article : **GPA/PPA commerciale** et **GPA/PPA non commerciale**. Lors d'une GPA/PPA commerciale, le couple d'intention rémunère la gestatrice au-delà des frais « raisonnables » occasionnés par la grossesse. Tandis que dans une GPA/PPA non commerciale, seuls les frais occasionnés par la grossesse peuvent être remboursés à la gestatrice.

Il est à préciser qu'au sein de ce mémoire, seuls les pays (ou les organisations) suivant(e)s ont été abordé(e)s : le Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord, l'Union Européenne, l'Espagne, la Belgique, la France, l'Italie, trois états des États-Unis d'Amérique, l'Inde ainsi qu'un État et un territoire d'Australie. Parmi ces pays (ou union) ont été individualisés les pays ayant une loi autorisant, tolérant ou interdisant la GPA et/ou la PPA ainsi que les pays n'ayant pas de réelles législations liées à ces pratiques.

- De manière synthétique, au sein du **Royaume-Uni de Grande Bretagne et d'Irlande du Nord**, la GPA et la PPA non commerciales sont autorisées.
- Au sein de **l'Union Européenne**, seules des jurisprudences faisant intervenir des recours de couples d'intention auprès de la Cour Européenne des droits de l'homme (ou CEDH)

**Pour la PPA les gamètes (ou ovocytes) de la gestatrice seront utilisés tandis que dans la GPA les gamètes (spermatozoïdes et ovocytes) proviendront, soit du couple d'intention, soit du couple d'intention et d'un(e) donneur(euse).**

sont à noter. Les pays membres sont les seuls à pouvoir décider d'interdire, de tolérer ou d'autoriser la GPA et/ou la PPA sur leur sol. Toutefois la CEDH peut intervenir dans le cas où le respect de l'intérêt de l'enfant (à naître ou né) n'aurait pas été respecté.

- **En Espagne, en France et en Italie**, le recours à une procédure de GPA ou de PPA est interdit par des lois qui leur sont propres.
- **En Belgique**, seules les procédures de GPA non commerciales sont tolérées ; il est à noter qu'au moment de l'écriture du mémoire susmentionné, l'encadrement de cette pratique était uniquement réalisé par le corps médical.
- **Concernant le cas des États-Unis d'Amérique**, la situation est plus complexe car les États peuvent avoir décidé d'autoriser la GPA et la PPA, d'autoriser la GPA et de tolérer la PPA (ex. l'État du New Hampshire), de tolérer la GPA et la PPA (ex. l'État de New York), d'autoriser seulement la GPA ou encore d'interdire les deux pratiques (ex. l'État du Michigan).
- **L'Inde** est actuellement dans une situation assez compliquée : avant 2016, la GPA et la PPA commerciales ou non commerciales pouvaient être utilisées par les couples indiens et les couples étrangers toutefois, actuellement des directives provenant de l'État font que le recours par les couples étrangers devient limité.
- **En Australie**, nous pouvons retrouver une situation similaire à celle décrite précédemment pour les États-Unis d'Amérique. Dans le mémoire, nous avons étudié le cas d'un État (l'Australie méridionale qui encadre le recours à la GPA et la PPA non commerciales sur son territoire) ainsi que le cas de territoires (les Territoires du Nord où aucune loi n'encadre le recours à la GPA et ou la PPA ; l'encadrement est réalisé par le corps médical).

L'étude de la situation de la GPA et de la PPA dans chacun de ces pays (ou organisation) cités et le croisement des différentes informations recueillies, a permis d'esquisser une cartographie d'un encadrement médico-psychosocial et juridique de ces grossesses.

## ENCADREMENT JURIDIQUE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

Au sein des pays qui interdisent législativement la GPA et la PPA, il est souvent précisé que :

- Les arrangements (ou les contrats) de GPA et de PPA conclus en leur sein ou à l'étranger sont nuls et non exécutoires.
- Des peines sont prévues à l'encontre des personnes ayant prêté leur concours afin de permettre la procédure de GPA et/ou de PPA : avocats, médecins, autres intermédiaires (sociétés spécialisées dans la facilitation de ces procédures).
- Dans les pays étudiés, il est à noter qu'il n'existe souvent aucune sanction contre le couple d'intention ou contre la gestatrice dans le cadre de GPA ou de PPA non commerciale. La seule « sanction », qui pourrait être identifiée comme telle, serait le fait que le couple d'intention (tout au moins la femme du couple d'intention ou le second homme dans un couple homosexuel) n'ayant aucun lien génétique avec l'enfant, se voit privé de reconnaissance au niveau de la filiation ultérieure de l'enfant et donc privé d'une quelconque autorité parentale et de droits sur ce dernier. Cette privation de filiation peut avoir pour effet d'entraver ultérieurement la vie quotidienne de l'enfant.
- La GPA et la PPA commerciales sont souvent sanctionnées par des amendes, des peines de prison ou le refus de reconnaissance de l'arrangement, donc par la non-délivrance de l'ordonnance de transfert de l'autorité parentale. Les intermédiaires peuvent également faire l'objet de sanctions.
- L'interdiction est donc plus formelle que réellement répréhensive puisque seuls les couples d'intention dont les enfants ne leur sont pas reliés génétiquement risquent de se les voir retirer (cf. affaire Paradisio et Campanelli). Le simple fait qu'il existe un lien biologique entre le père d'intention et l'enfant suffit souvent à permettre de reconnaître la filiation paternelle mais la filiation maternelle quant à elle ne s'établit jamais.

Dans les pays où il n'existe pas vraiment de législation sur l'encadrement des procédures de GPA et de PPA, l'encadrement et surtout les interdictions sont souvent édictés par les professionnels de santé (et leurs sociétés savantes respectives) ainsi que par les tribunaux qui ont à faire face à ces procédures. Souvent d'un point de vue juridique, les couples d'intention, la gestatrice plus ou moins son (ou sa) partenaire, se voient conseillés de rencontrer un avocat spécialisé dans les procédures médicales et de filiation relative à la PMA et à la GPA/PPA. Sur le versant médical, les professionnels de santé recommandent souvent de faire une PMA avec les gamètes du couple d'intention, ou au moins l'un d'entre eux, et de ne pas avoir recours aux gamètes de la gestatrice afin de limiter les liens biologiques avec la femme qui va porter leur enfant. Ils permettent ainsi aux futurs parents d'avoir un lien tant biologique qu'affectif avec leur futur enfant.

Au sein des pays qui autorisent la GPA et/ou la PPA, des conditions plus ou moins restrictives sont énoncées. Souvent, il est demandé :

- Au couple d'intention et à la gestatrice d'avoir atteint l'âge de la majorité.

---

**Sur le versant médical, les professionnels de santé recommandent souvent de faire une PMA avec les gamètes du couple d'intention, ou au moins l'un d'entre eux, et de ne pas avoir recours aux gamètes de la gestatrice afin de limiter les liens biologiques avec la femme qui va porter leur enfant.**

---

- Une durée minimale de vie commune ou de relation pour le couple d'intention.
- Le nombre d'enfants déjà présents dans le foyer du couple d'intention.
- Le nombre d'enfants déjà conçus et en vie au sein du foyer de la gestatrice.
- La gestatrice ne doit pas avoir présenté de complication(s) lors de la conception, des précédentes grossesses ou des précédents accouchements.

La GPA et la PPA sont parfois encadrées de manière totalement différentes. Parfois, seule la GPA est autorisée légalement et parfois les deux sont autorisées au sein du pays. La répercussion majeure de l'autorisation de la GPA seulement, ou de la GPA et de la PPA, est au niveau de la filiation ultérieure de l'enfant. Dans un cas, c'est un transfert de filiation en sachant que la gestatrice n'a pas de lien génétique avec l'enfant et que le couple d'intention est seul à l'avoir (cas de la GPA). Dans l'autre, un double lien existe puisque la gestatrice en possède un établi par la génétique et un lié à l'accouchement (cas de la PPA).

De ce fait, l'établissement de la filiation au niveau juridique est essentiel car c'est elle seule qui donne une parenté officielle entre le couple d'intention et l'enfant né d'un parcours de GPA ou de PPA.

## ENCADREMENT MÉDICAL

Dans un premier temps, la loi et les « sociétés savantes » médicales de chaque pays (souvent les collèges de gynécologie et d'obstétrique ou encore les autorités référentes en matière de reproduction et de PMA) établissent quels couples peuvent avoir recours à la GPA et à la PPA. D'un point de vue strictement médical, il est admis dans la plupart des pays étudiés que les femmes ayant une malformation utérine, ayant des contre-indications personnelles à la grossesse ou relatives à l'enfant peuvent demander à avoir recours à une GPA ou à une PPA (suivant le pays). Dans certains pays, les couples homosexuels masculins sont aussi considérés comme en droit de demander à avoir recours à la GPA ou la PPA.

Comme nous avons pu le voir précédemment, au sein de chaque pays que nous avons étudié, la grossesse est suivie de façon standard. Dans la plupart des cas évoqués, la grossesse débute suite à une procédure médicale de PMA. Le couple d'intention doit assister à une consultation afin de savoir si la GPA ou la PPA est nécessaire, puis ils auront à faire de nombreux tests afin de connaître leur fertilité, les infections qu'ils ont pu contracter ainsi que les maladies dont ils pourraient être porteurs (tests de sécurité sanitaire). La

gestatrice (plus ou moins avec son ou sa partenaire), doit également assister à une consultation afin de connaître ses antécédents personnels et familiaux. De même, elle devra réaliser des tests pour évaluer sa fertilité ainsi que des tests nécessaires pour assurer une sécurité sanitaire.

Puis vient le moment du recueil des gamètes qui donneront les embryons et qui seront par la suite transférés au sein de l'utérus de la gestatrice. Souvent, seul un d'entre eux est transféré, toutefois dans certains pays que nous avons étudiés, aucune limite stricte n'est fixée (Inde, États-Unis...).

La suite de la grossesse, une fois que l'embryon s'est implanté, est suivie de manière standard. La gestatrice est amenée à pratiquer les tests sanguins afférents à la grossesse, à avoir un suivi avec un praticien médical et à réaliser des échographies de contrôle. Il est à noter que des différences existent dans ces différents points suivant le pays dans lequel est suivie la gestatrice. Par exemple, le couple d'intention peut être, soit partie prenante de toutes les étapes de la grossesse (au Royaume-Uni et aux États-Unis), ou parfois écarté durant toute la grossesse (en Inde et parfois aux États-Unis suivant le type de contrat établi). Le nombre d'échographies, de consultations prénatales et de tests biologiques effectués varie aussi d'un pays à l'autre.

Puis viennent l'accouchement et la naissance. Là aussi il existe des différences notables. Dans certains cas, le couple d'intention attend loin de la salle d'accouchement ou de césarienne que l'enfant naisse. Dans d'autres, ce sont eux qui entourent et soutiennent la gestatrice lors de son accouchement. Parfois les professionnels de santé les invitent à réellement prendre part à l'accouchement (lorsqu'ils ont tissé des liens affectifs avec la femme qui porte leur enfant) : couper le cordon ombilical, toucher la tête du bébé afin de voir la progression de l'enfant...

Puis arrive la naissance. L'enfant peut être mis dans un premier temps dans les bras de la gestatrice, si elle le désire, ou dans ceux du couple d'intention. Par la suite, c'est le couple d'intention qui effectuera toutes les tâches et qui fera l'objet de l'attention des professionnels dans l'apprentissage et le relationnel au nouveau-né. La gestatrice sera, quant à elle, suivie médicalement dans les jours qui suivent l'accouchement afin de s'assurer qu'il n'y ait aucune complication. Le couple d'intention reste hospitalisé quelques jours avec l'enfant en parallèle de la gestatrice.

Concernant l'alimentation du nouveau-né, elle peut être assurée par la femme du couple d'intention ou bien par la gestatrice. La femme du couple d'intention peut allaiter l'enfant en ayant préparé ses seins pendant le dernier trimestre de la grossesse. La gestatrice, quant à elle, peut proposer au couple d'intention de donner le sein à l'enfant pendant les quelques jours où elle reste hospitalisée.

Enfin, vient le temps pour le couple d'intention de faire les démarches afin que l'enfant soit reconnu comme le leur et qu'ils puissent repartir dans leur pays d'origine avec celui-ci. Pour cela, ils devront présenter aux autorités compétentes : les papiers afférents à la grossesse, l'ordonnance de transfert de l'autorité parentale (« *parental/parentage order* ») et le certificat d'accouchement mentionnant la gestatrice comme mère de l'enfant (ou parfois mentionnant déjà la femme du couple d'intention).

**L'enfant peut être mis dans un premier temps dans les bras de la gestatrice, si elle le désire, ou dans ceux du couple d'intention. Par la suite, c'est le couple d'intention qui effectuera toutes les tâches et qui fera l'objet de l'attention des professionnels dans l'apprentissage et le relationnel au nouveau-né.**

## ENCADREMENT SOCIAL ET SOCIÉTAL

Quatre volets peuvent être individualisés lorsque l'on veut parler de l'encadrement social et sociétal de la GPA et de la PPA.

**Le premier volet de cet encadrement social,** concerne le fait que la GPA et la PPA ne sont pas acceptées au niveau sociétal et éthique dans tous les pays. Les raisons de l'acceptation ou de la non-acceptation de ces pratiques sont souvent multiples.

**Concernant la non-acceptation,** les raisons souvent invoquées sont les suivantes :

- L'exploitation de l'être humain.
- Le détournement de la fonction de la grossesse et la violation de la maternité de la gestatrice.
- La marchandisation de la femme et de la grossesse (prostitution déguisée).
- La vente d'enfant ou marchandisation de la naissance.
- La violation des droits fondamentaux de la femme et de l'enfant.
- La violation des lois et de la sécurité nationale et de l'ordre public.
- Le danger pour le développement psychologique et social de l'enfant.
- Le danger pour la santé de la gestatrice.
- La pratique allant à l'encontre des « lois naturelles ».

L'opposition et les raisons de cette interdiction viennent en premier lieu des autorités nationales. De même, on peut observer ces raisons avancées par les habitants eux-mêmes et par l'ensemble des médias des pays l'interdisant qui sont en partie responsables des informations circulant sur la GPA et la PPA.

**Concernant l'acceptation de la GPA et/ou la PPA,** les raisons invoquées sont :

- La charité et l'entraide,
- Le fait que la maternité n'est pas seulement charnelle mais aussi psychique,
- Le fait que priver ces personnes du droit de fonder une famille serait inhumain,
- Le fait que la femme souhaite rendre service à d'autres personnes seules qui n'ont pas eu la chance de pouvoir fonder une famille,
- Le fait que la gestation peut être individualisée de la parentalité,

- Pourquoi devrait-on interdire à ces couples de pouvoir fonder une famille alors que d'autres techniques de PMA sont autorisées et aident des couples en difficultés à concevoir et à fonder leur famille ?

**Le second volet de cet encadrement**, est relatif aux différents aménagements présents au niveau des différents pays afin d'accompagner ou de réduire l'accès à la GPA et la PPA. Au niveau de l'encadrement social accompagnant le recours à la GPA et/ou la PPA, nous avons pu voir notamment au Royaume-Uni que des congés étaient prévus aussi bien pour le couple d'intention que pour la gestatrice. Ces congés étaient construits et possibles selon la même logique que pour tout autre couple où la femme porte et accouche de son propre enfant. Nous avons aussi pu voir qu'aux États-Unis et au Royaume-Uni des dispositifs sont mis en place afin d'intégrer le couple d'intention tout au long de la prise en charge médicale de la grossesse ainsi que de l'accouchement : mise en relation de la gestatrice et du couple d'intention, consultations obstétricales en partie possibles avec la gestatrice et la couple d'intention, accueil de l'enfant et apprentissage des soins de puéricultures tout au long de la grossesse mais aussi après l'accouchement...

**Le troisième volet** concerne le fait que la GPA et/ou la PPA soient ou non autorisées. Celui-ci est dépendant de la relation qu'ont les instances juridiques avec la notion de filiation. Dans certains pays, la GPA et la PPA sont autorisées, dans d'autres, seule la GPA est autorisée puisque comme cela la gestatrice n'a aucun lien génétique avec l'enfant (l'enfant ayant au moins un lien génétique avec l'une des personnes du couple d'intention). Du point de vue de la filiation, la gestatrice devrait avoir « moins de mal à s'en séparer et à ne pas lier de lien affectif maternel avec l'enfant ». Elle pourrait ainsi tisser un lien avec l'enfant mais pas comme celui d'une mère et de son enfant. Tandis que le lien génétique qui existe avec le couple d'intention devrait leur permettre de tisser un lien affectif parental avec l'enfant ; il permet aussi du point de vue de la filiation de permettre de légitimer le couple d'intention.

**Et le quatrième volet** qui peut être individualisé, dans les pays qui permettent la GPA et/ou la PPA, est celui concernant l'organisation de la rencontre entre la gestatrice et le couple d'intention ainsi que la mise en place d'une relation entre eux. La rencontre entre les différents protagonistes peut se faire soit au travers des médias (internet, réseaux sociaux, journaux), soit grâce à des associations de personnes liées aux procédures de GPA et de PPA, soit au travers d'agences privées (ex. aux États-Unis ou en Inde), soit grâce à des connaissances ou à des membres de la famille. Il est à noter que la gestatrice peut avoir différents types de relations avec le couple d'intention. Elle peut être : une personne proche du couple (membre de la famille de l'un des membres du couple, une amie, une connaissance de travail ou dans la vie de tous les jours) ou une personne rencontrée spécialement afin de réaliser une GPA ou une PPA.

## ENCADREMENT PSYCHOLOGIQUE

L'encadrement psychologique quant à lui se fait en amont, pendant et se poursuit souvent bien après la naissance de

l'enfant. Il concerne aussi bien le couple d'intention que la gestatrice et son ou sa partenaire.

En amont de la grossesse, le couple d'intention et la gestatrice sont informés des implications de cette grossesse particulière d'un point de vue affectif et psychologique. Le couple d'intention est informé des difficultés qu'ils pourront rencontrer dans l'établissement du lien avec l'enfant et dans le positionnement en tant que parents de cet enfant à venir. Peu d'études longitudinales sont actuellement disponibles concernant le vécu des parents lors de cette grossesse et de cette naissance particulière.

Nous pouvons notamment, citer les études réalisées au Royaume-Uni par le « Centre for Family Research », sur le vécu de la GPA tant au niveau de la gestatrice que du couple d'intention et de l'enfant né de cette procédure. Ces études se sont principalement centrées sur la psychologie autour des procédures de GPA et de PPA sur une longue période. Les chercheurs ont étudié et suivi de nombreux paramètres concernant la procédure ainsi que l'après procédure de la deuxième année à la dixième année après la naissance de l'enfant. Ils ont notamment pris en compte les paramètres concernant : les protagonistes (le mode de rencontre, les arrangement(s) conclu(s) ainsi que les raisons de ceux-ci, l'état psychologique de chacun...), l'âge de l'enfant au moment de la récolte de donnée, la fréquence des rencontres entre les différents protagonistes, les relations entre les familles de la gestatrice et du couple d'intention, l'histoire psychologique des différentes gestatrices, etc.

Il ressort de ces différentes études que :

- La gestatrice garde très souvent un contact satisfaisant avec le couple d'intention et l'enfant né de la GPA ou de la PPA ;
- La motivation présente pour être gestatrice est le fait de vouloir rendre service et offrir le bonheur qu'elle a d'avoir des enfants à un couple qui ne peut pas seul ;
- Parfois une bonne expérience de la GPA ou de la PPA avec un couple fait qu'une femme décide de recommencer l'expérience soit pour le même couple soit pour un autre couple ;
- Dans l'étude la plupart des gestatrices n'ont présenté aucun problème psychologique identifié des années après la procédure de GPA ou de PPA. Pour celles en présentant, a priori peu de ces problèmes psychologiques étaient reliés au parcours de GPA ou de PPA entrepris des années auparavant.

Toutefois, il est à noter que ces études sont récentes (tout juste 15 ans), les enfants nés par GPA ont au plus 14-15 ans. Même si leurs parents ont un lourd parcours lié à la stérilité, cette expérience et surtout cette étude sont récentes.

De nombreuses études ont déjà été réalisées sur des modes de parentalité qui pourraient être comparés voire mis en parallèle tels que : la PMA ou l'adoption. Pour autant, ces situations ne sont pas équivalentes et ne peuvent être comparées contrairement à ce que l'on pourrait avoir envie de faire de prime abord.

De fait, il semblerait que, dans le cas d'une GPA ou d'une PPA, l'enfant soit élevé le plus souvent dans la connaissance des événements afférents à sa naissance. Tandis que dans les cas d'adoption ou de PMA le sujet serait plus tabou, et plus longtemps caché aux enfants qui en sont « issus ». •

# Le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes

## DÉTERMINANTS, ENJEUX, PERSPECTIVES

ENTRETIEN AVEC **CÉCILIA GILES**, SAGE-FEMME

*Cet entretien a été réalisé dans le prolongement du mémoire de fin d'études de Cécilia Giles, Université Paris Descartes, École de sages-femmes Baudelocque, Juin 2018.*

### ▀ Quel a été le point de départ de l'étude ?

Il est reconnu que les femmes sont généralement mieux suivies que les hommes sur le plan de la santé, notamment par le biais de leur expérience reproductive. C'est le phénomène inverse qui semble s'opérer pour les femmes ayant des rapports homosexuels. Alors que les hommes gays font largement l'objet de campagnes de prévention et de dispositifs spécifiques de santé depuis l'apparition de l'épidémie de VIH/sida, les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes sont absentes des discours de prévention. La conception de la vie sexuelle des femmes reste largement ancrée dans la vie reproductive et les combats historiques menés pour garantir la maîtrise de la fertilité (contraception, avortement) ont renforcé la médicalisation du corps féminin et l'assignation à la fonction de procréation. À travers cette recherche, j'ai souhaité comprendre l'expérience du suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes et la façon dont elles négocient la normativité associée à la consultation. L'objectif était également d'analyser les effets des politiques de santé sexuelle et reproductive sur une autre catégorie de femmes que celles appartenant à la catégorie dominante.

### ▀ Pourquoi un travail sur le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes ?

Très peu d'études ont été publiées en France en ce qui concerne leur santé, notamment leur santé sexuelle et reproductive. Pourtant, les recherches internationales révèlent que le fait d'être une femme ayant des rapports homosexuels, que l'on soit identifiée comme telle ou supposée hétérosexuelle, est associé à des disparités en termes de suivi gynécologique.

Il apparaît dans les études relatives au suivi gynécologique et à la réalisation du frottis cervico-utérin que les femmes qui n'ont jamais eu de rapports avec des hommes sont moins susceptibles d'avoir déjà reçu un examen pelvien, ont eu leur premier frottis à un âge plus avancé et ont été suivies de façon moins régulière que celles qui ont eu des rapports avec des hommes, après ajustement de différents facteurs sociaux économiques <sup>(1)</sup>. Dans l'Enquête Presse Gays et lesbiennes (EPGL) réalisée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) en 2011, les femmes n'ayant eu des rapports qu'avec

### **Les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes présentent des facteurs de risque reconnus dans l'acquisition et la persistance de l'infection par le papillomavirus.**

des femmes dans les douze derniers mois étaient 50 % à avoir eu un frottis de dépistage dans les trois dernières années <sup>(2)</sup>. Celles ayant eu des rapports avec des femmes et des hommes étaient 60 % et celles n'ayant eu que des partenaires hommes étaient 65 %.

Le fait que les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes entrent généralement plus tôt dans la vie sexuelle et qu'elles aient plus de partenaires sexuels (y compris masculins) que les autres femmes accroît leur susceptibilité de contracter une infection sexuellement transmissible (IST). Ainsi, les données de l'Enquête nationale sur les violences faites aux femmes (ENVEFF) révèlent que la fréquence d'IST au cours de la vie était significativement plus élevée pour les femmes ayant eu des rapports homosexuels (25 % versus 9 % pour les femmes exclusivement hétérosexuelles) <sup>(3)</sup>. De même, dans l'enquête Contexte de la sexualité en France (CSF), les femmes déclarant des pratiques homosexuelles étaient 12 % versus 3 % pour les femmes hétérosexuelles à rapporter avoir eu une infection sexuellement transmissible dans les cinq dernières années <sup>(4)</sup>.

En ce qui concerne le papillomavirus humain (HPV), qui se transmet sexuellement entre hommes et femmes, celui-ci reste le plus souvent à l'état latent dans l'organisme avant de se répliquer et d'entraîner des dysplasies du col de l'utérus <sup>(5)</sup>. Or, on sait que la majorité des femmes lesbiennes (53-99 %) ont eu au moins un partenaire masculin au cours de leur vie, le plus souvent au début de leur vie sexuelle, et qu'un certain nombre (6-30 %) continue à en avoir, occasionnellement ou de façon régulière <sup>(3, 4, 6-8)</sup>.

De plus, les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes présentent des facteurs de risque reconnus dans l'acquisition et la persistance de l'infection par le papillomavirus : elles ont en moyenne leur premier rapport sexuel à un âge plus précoce que les femmes hétérosexuelles – 17,3 ans versus 18,6 ans <sup>(4)</sup>, un plus grand nombre de partenaires sexuels au cours de leur vie – en moyenne 14 partenaires masculins versus 4 pour les femmes hétérosexuelles <sup>(4)</sup> et une pratique tabagique plus fréquente <sup>(9-11)</sup>.

Par ailleurs, le papillomavirus humain peut se transmettre sexuellement entre femmes. Une étude a ainsi montré la

présence de HPV chez 6 % de femmes qui n'avaient eu que des partenaires féminines <sup>(12)</sup>. D'autres auteurs ont également montré la présence de lésions précancéreuses du col de l'utérus dans cette population <sup>(13, 14)</sup>. Il est donc essentiel de réaliser le dépistage du cancer du col de l'utérus par le biais d'un frottis chez toutes les femmes, indépendamment de leur orientation sexuelle.

► **Comment avez-vous appréhendé les frontières entre attirance, comportement et identité sexuels ?**

Attirances, comportements et identité s'entremêlent et dessinent un paysage plus complexe qu'il n'y paraît. En effet, la majorité des femmes s'identifiant comme lesbiennes ont eu des rapports sexuels avec des hommes et un certain nombre continue d'en avoir. Parallèlement, les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes peuvent ne pas s'identifier comme lesbiennes mais comme hétérosexuelles ou bisexuelles, voire ne se reconnaître dans aucune de ces catégories. Le critère d'auto-identification est fondamental pour appréhender l'expérience subjective des personnes concernées ; il peut également avoir une importance décisive sur la santé (dans l'expérience des discriminations ou le degré d'auto-acceptation de l'orientation sexuelle par exemple) <sup>(1)</sup>. Afin d'appréhender la richesse de cette complexité, j'ai choisi de retenir comme critère d'inclusion le fait d'avoir (eu) des rapports sexuels avec une ou plusieurs femme(s), indépendamment de l'identité. Mon étude concerne les femmes cisgenres, c'est-à-dire celles qui ont été assignées au sexe féminin à la naissance.

► **Quels sont les profils des femmes ayant participé à l'étude ?**

J'ai réalisé 26 entretiens semi-directifs, d'une durée moyenne d'une heure, entre les mois d'octobre 2017 et janvier 2018.

Le profil des enquêtées est semblable à celui des femmes ayant déclaré des rapports homosexuels dans l'enquête nationale sur les violences faites aux femmes (ENVEFF) et dans les enquêtes menées dans d'autres pays sur les comportements sexuels ou la santé. Elles vivent très majoritairement dans les grandes agglomérations et notamment la région parisienne. Elles ont un niveau d'études élevé et sont en emploi. Elles sont majoritairement en union non officialisée par un mariage ou un PACS et plus souvent en couple non-cohabitant que les femmes hétérosexuelles.

Cette surreprésentation des femmes qui ont eu des rapports homosexuels dans la catégorie des urbaines les plus diplômées, moins inscrites dans les institutions sociales de l'hétérosexualité (mariage et maternité), est expliquée par Brigitte Lhomond comme un effet d'un environnement moins contraignant qui autoriserait plus facilement les relations homosexuelles. Les pratiques homosexuelles entraîneraient des choix de vie où les pressions sociales et normatives sont moins fortes. Elle émet l'hypothèse que les pratiques minoritaires sont plus dicibles quand la position est plus élevée dans l'échelle sociale <sup>(3)</sup>.

► **Comment se définissent les enquêtées ?**

Les enquêtées s'identifient majoritairement en tant que femmes. Deux d'entre elles ont déclaré s'identifier comme

---

**La majorité des femmes s'identifiant comme lesbiennes ont eu des rapports sexuels avec des hommes et un certain nombre continue d'en avoir.**

---

non binaires, dans un genre neutre. Quatre femmes ont évoqué la figure de l'androgynie, qui s'éloigne des normes dominantes de la féminité.

Le travail sociologique mené par Natacha Chetcuti lui a permis d'identifier trois grands types de parcours chez les lesbiennes.

- **Les parcours exclusifs** caractérisés par le fait que les lesbiennes n'ont jamais eu de relations sexuelles avec des hommes. Ces parcours sont les moins répandus compte tenu des effets de la contrainte sociale à l'hétérosexualité.
- **Les parcours simultanés** sont plus fréquents que les précédents. Ils concernent des femmes qui alternent ou ont alterné des relations avec des femmes et avec des hommes.
- **Les parcours progressifs** sont majoritaires et sont marqués par le fait que les femmes ont eu des relations engagées affectivement avec des hommes. Dans certains cas, la période hétérosexuelle précède la période homosexuelle ; dans d'autres cas, les périodes hétérosexuelles sont entrecoupées de périodes homosexuelles <sup>(15)</sup>.

Les femmes de mon étude relèvent pour six d'entre elles d'un parcours exclusif, pour huit d'un parcours simultané et pour douze d'un parcours progressif.

Les identifications énoncées par les participantes sont les suivantes : onze femmes s'identifient en tant que lesbiennes ; une femme s'identifie en tant qu'homosexuelle ; deux femmes s'identifient en tant que bisexuelles ; une femme s'identifie en tant qu'hétérosexuelle ; deux femmes s'identifient en tant que pansexuelles. Neuf femmes ne se reconnaissent dans aucune de ces dénominations et préfèrent dire qu'elles sont « en couple avec une femme », « en amour avec une femme », « amoureuse de cette personne » ou qu'elles ont « des relations avec des femmes ».

► **Quels sont les freins à l'accès aux soins gynécologiques des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ?**

L'analyse des parcours gynécologiques des enquêtées a permis d'identifier des facteurs de risque de discontinuité, voire de rupture du parcours gynécologique, ainsi que des facteurs protecteurs.

Parmi les facteurs de risque, on retrouve une absence de « modèle social à consulter » chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Elles échangent peu sur ce sujet avec leurs partenaires et leurs amies qui elles-mêmes ne consultent pas ou peu. Les mauvaises expériences en consultation, telles que les marques d'incompréhension, de malaise voire de jugement de la part du/de la professionnelLe de santé suite au dévoilement de l'orientation sexuelle sont également à risque. Pourtant, les femmes considèrent généralement pertinent de dire leur orientation sexuelle au/à la



professionnelLE pour être correctement prises en charge. Le changement d'orientation sexuelle est un événement susceptible d'impacter négativement la régularité du suivi gynécologique. La majorité des enquêtées dont le parcours sexuel est progressif ont rapporté une discontinuité voire une rupture dans leur suivi. Certaines sont convaincues qu'il n'y a plus d'intérêt à consulter tandis que d'autres s'interrogent sur la nécessité de continuer à consulter ou non, et à quelle fréquence. Enfin, la moindre estime de soi ou les troubles dépressifs rapportés par plusieurs femmes peuvent influencer sur la démarche de soin et de prévention.

La sensibilisation par la famille, lorsqu'il y a par exemple des cas de cancer du sein dans la famille, est apparue comme un facteur protecteur de la régularité du suivi, y compris lorsqu'il y avait eu des mauvaises expériences de consultation. Par ailleurs, le fait de trouver « le/la bonNE praticienNE » a semblé déterminant dans la continuité du parcours gynécologique de plusieurs enquêtées. Les femmes ont décrit un phénomène de recommandation de praticienNEs « safe », dans le milieu lesbien ou par le biais de listes de soignantEs référencEs par les patientes elles-mêmes.

► **Quel est l'impact de l'absence de discours relatif à la santé gynécologique sur le parcours des femmes ayant des rapports homosexuels ?**

Un sentiment d'immunité sexuelle a été décrit par une grande majorité des femmes enquêtées. Leurs rapports sexuels entre femmes ne sont pas protégés et elles ont très peu recours au dépistage des IST. Elles associent la consultation gynécologique à la contraception et aux risques hétérosexuels. Cette perception d'une absence de risque se trouve renforcée par une absence d'information et de guidance des professionnelLEs de santé et des politiques publiques, qui ne portent pas de discours sur le parcours de santé gynécologique d'une femme ayant des rapports homosexuels. Les professionnelLEs de santé n'informent pas sur l'importance de conserver un suivi gynécologique régulier, probablement par manque de formation et de réflexion sur le sujet. Cet état de fait expose les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes aux inégalités sociales de santé, puisque le savoir concernant la prévention et la santé gynécologique reste confiné aux espaces militants et donc accessible aux femmes les plus insérées dans le milieu lesbien. Les enquêtées issues du recrutement par le biais des associations sont apparues les mieux informées des risques et des moyens de prévention des IST (digue dentaire, gants, préservatifs pour les objets sexuels).

► **Qu'est-ce qui amène finalement ces femmes à consulter ?**

Mon analyse montre que ce sont des expériences individuelles telles que l'hétérosexualité, l'apparition d'une symptomatologie gynécologique ou encore la maternité, qui déterminent l'initiation et la précocité du suivi gynécologique.

L'hétérosexualité influence souvent la précocité de la première consultation. C'est une expérience largement partagée, comme le montre la prédominance des parcours sexuels simultanés et progressifs parmi les enquêtées. Elle est souvent reliée au poids des normes familiales et sociétales.

***Il est établi que le bien-être et l'estime de soi sont déterminants dans la capacité d'un individu à se projeter dans une démarche de soin et de prévention.***

La maternité est apparue comme un événement fondateur pour plusieurs femmes qui n'avaient jamais ou quasiment jamais consulté (parcours sexuels exclusifs). Ce fut l'occasion pour elles de créer un lien avec le milieu médical et un effet « collatéral » sur la compagne a été rapporté. Les enquêtées ont exprimé un « apaisement » voire un soulagement dans leur rapport au suivi gynécologique.

Les plaintes somatiques, essentiellement les dysménorrhées et les mycoses, sont apparues comme un élément déterminant de la démarche de consultation, notamment chez les femmes ayant un parcours sexuel exclusif. Le médecin généraliste a été cité à plusieurs reprises comme un interlocuteur privilégié sur ces sujets.

► **Existe-t-il des spécificités dans le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ?**

Les femmes qui ont des relations homosexuelles ne constituent pas un groupe homogène. Cependant, dans leur diversité, elles semblent avoir des vulnérabilités accrues.

Tout d'abord, la stigmatisation ou les discriminations, qu'elles soient institutionnelles ou individuelles, entraînent fréquemment des problèmes d'estime de soi, d'anxiété, ainsi qu'une incidence plus élevée de troubles dépressifs et de comportements suicidaires. Cela est particulièrement retrouvé chez la population adolescente, qui doit faire face au trouble et à la recherche identitaire propre à cette période de la vie, en même temps qu'affronter les premiers questionnements sur l'orientation sexuelle et gérer l'annonce de l'homo/bisexualité à l'entourage <sup>(16)</sup>. L'enquête CSF rapporte ainsi que, parmi les 18-24 ans, 89,2 % des femmes homo/bisexuelles déclarent avoir été déprimées au cours des douze derniers mois, versus 33,1 % chez les jeunes hétérosexuelles <sup>(4)</sup>. Le malaise psychologique serait également un peu plus fréquent chez les femmes dont l'homosexualité n'est pas agie, c'est-à-dire qui sont attirées par des femmes mais non engagées dans des pratiques homosexuelles <sup>(17)</sup>. Il est établi que le bien-être et l'estime de soi sont déterminants dans la capacité d'un individu à se projeter dans une démarche de soin et de prévention.

Le sujet des violences doit être abordé, car il n'est pas exempt des relations entre femmes. De plus, des études ont montré l'incidence élevée des violences chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes en raison de leur parcours biographique, marqué par une entrée plus précoce dans la sexualité et un plus grand nombre de partenaires, y compris masculins.

J'ai également relevé des problématiques spécifiques dans le rapport au corps et à la consultation gynécologique. Des enquêtées ont ainsi exprimé leur difficulté à appréhender des parties du corps symboliques de la féminité, telles que les seins, ou la pénibilité d'un examen gynécologique vécu comme une mise en scène sexualisée du corps.

► **Comment les sages-femmes pourraient-elles s'impliquer pour améliorer le suivi gynécologique des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes? Quelles sont les bonnes pratiques qui pourraient être développées?**

La méconnaissance ou l'absence de considération pour la sexualité entre femmes conduit une grande partie des femmes ayant des rapports homosexuels à ne pas considérer la consultation gynécologique comme un espace ressource pour leur santé. Elles hésitent à dévoiler leur orientation sexuelle, ce qui renforce la présomption d'hétérosexualité largement répandue chez les professionnel·les et peut résulter en une offre de santé inadaptée.

Plusieurs études internationales sur l'interaction soignant·e/soignée pour les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ont montré que, lorsque le médecin est informé de l'orientation sexuelle de sa patiente, cela peut avoir des impacts positifs sur le recours aux soins. Une étude canadienne a ainsi montré que le fait d'interroger l'orientation sexuelle de la patiente et d'adopter une attitude positive vis-à-vis de celle-ci est associé à un *coming out* plus important. Le dévoilement de l'orientation sexuelle est lui-même associé à une utilisation plus fréquente des services de santé<sup>(18)</sup>. Tracy a montré que les lesbiennes américaines dont le/la gynécologue est au courant de l'orientation sexuelle sont plus de deux fois plus nombreuses à faire régulièrement des frottis que celles dont le/la gynécologue ignore l'orientation<sup>(19)</sup>.

Il n'est pas question de préconiser une approche particulière pour les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes, mais plutôt une approche centrée sur la personne prenant en compte les différences individuelles. Les enjeux sont avant tout d'offrir un environnement accueillant et sécurisant et d'aborder sans *a priori* et de manière non jugeante les questions de sexualité, d'orientation sexuelle et d'identité de genre. Le dialogue permet d'adapter les conseils de prévention, les dépistages et les éventuels traitements aux pratiques réelles, puisque celles-ci ne coïncident pas nécessairement avec l'orientation sexuelle déclarée ou supposée.

Devant des pratiques inconnues que la patiente peut révéler, le questionnement de la part du/de la professionnel·le peut être pris comme une marque d'intérêt s'il est empathique. Le fait de prendre conscience de ses propres préjugés et de la manière dont les spécificités des patientes peuvent conduire à des inégalités de santé me paraît essentiel. Il est important de proposer l'examen gynécologique (à adapter à chacune), les dépistages des cancers du col de l'utérus et du sein et la prescription de la pilule à d'autres fins que la contraception (notamment pour améliorer des dysménorrhées).

Les sages-femmes sont directement concernées par le sujet. Leurs compétences en matière de suivi gynécologique de prévention en font des praticiennes de premiers recours pour la majorité des femmes. De la même façon, ce n'est pas parce que l'aide médicale à la procréation n'est pas autorisée en France pour les couples de femmes que celles-ci renoncent à leur projet de fonder une famille. L'expérience de la maternité s'est révélée structurante pour les femmes que nous avons interrogées et représente une occasion privilégiée pour les professionnel·les de créer du lien, autant avec la patiente qu'avec sa partenaire. •

## BIBLIOGRAPHIE

1. Genon C, Chartrain C, Delebarre C. *Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions*. Genre Sex Société [Internet]. Juin 2009 [consulté le 12 mai 2018]; (1). Disponible sur : <http://journals.openedition.org/gss/951>
2. Velter A, Bouyssou A, Saboni L, Bernillon P, Sommen C, Methy N. *Enquête Presse Gays et Lesbiennes (EPGL)* 2011. InVS, ANRS; 2011.
3. Saurel-Cubizolles M-J, Lhomond B. *Les femmes qui ont des relations homosexuelles : leur biographie sexuelle, leur santé reproductive et leur expérience des violences*. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2005; Vol. 33 (10) : 776-82.
4. Bajos N, Bozon M. *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*. La Découverte. Paris; 2008. 612 p. (Hors Collection Social).
5. INCa. *Module de formation e-learning sur la détection précoce du cancer du col de l'utérus* [Internet]. [consulté le 12 mai 2018]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/formations-demographie/outils-de-formation>
6. Diamant AL, Schuster MA, McGuigan K, Lever J. *Lesbians' Sexual History With Men : Implications for Taking a Sexual History*. Arch Intern Med. Déc 1999; 159 (22) : 2730-6.
7. Fethers K, Marks C, Mindel A, Estcourt C. *Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women*. Sex Transm Infect. Oct 2000; 76 (5) : 345-9.
8. Bauer GR, Welles SL. *Beyond Assumptions of Negligible Risk : Sexually Transmitted Diseases and Women Who Have Sex With Women*. Am J Public Health. Août 2001; 91 (8) : 1282-6.
9. Tang H, Greenwood GL, Cowling DW, Lloyd JC, Roeseler AG, Bal DG. *Cigarette Smoking Among Lesbians, Gays, and Bisexuals : How Serious a Problem ? (United States)*. Cancer Causes Control. Oct 2004; 15 (8) : 797-803.
10. Boehmer U, Miao X, Linkletter C, Clark MA. *Adult health behaviors over the life course by sexual orientation*. Am J Public Health. Févr 2012; 102 (2) : 292-300.
11. Johnson SE, Holder-Hayes E, Tessman GK, King BA, Alexander T, Zhao X. *Tobacco product use among sexual minority adults : findings from the 2012-2013 national adult tobacco survey*. Am J Prev Med. Avr 2016; 50 (4) : e91-100.
12. Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. *Papnicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women*. Am J Public Health. Juin 2001; 91 (6) : 947-52.
13. Bailey JV, Kavanagh J, Owen C, McLean KA, Skinner CJ. *Lesbians and cervical screening*. Br J Gen Pr. Juin 2000; 50 (455) : 481-2.
14. Massad LS, Xie X, Minkoff H, Darragh TM, D'Souza G, Sanchez-Keeland L, et al. *Abnormal Pap tests and human papillomavirus infections among HIV infected and uninfected women who have sex with women*. J Low Genit Tract Dis. Janv 2014; 18 (1) : 50-6.
15. Chetcuti N. *Se dire lesbienne. Vie de couple, sexualité, représentation de soi*. Payot. 2010. 300 p.
16. Bozon M. *Sociologie de la sexualité*. Nathan. Paris; 2002. 128 p.
17. Lhomond B, Saurel-Cubizolles M-J. *Orientation sexuelle, violences contre les femmes et santé : résultats de l'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France*. In : Homosexualités au temps du sida : tensions sociales et identitaires [Internet]. Agence nationale de recherche sur le sida. Paris; 2003 [consulté le 12 mai 2018]. (Collection Sciences sociales et sida). Disponible sur : [http://semgai.free.fr/doc\\_et\\_pdf/homo\\_anrs\\_crips2004.pdf](http://semgai.free.fr/doc_et_pdf/homo_anrs_crips2004.pdf)
18. Steele LS, Timmouth JM, Lu A. *Regular health care use by lesbians : a path analysis of predictive factors*. Fam Pract. Déc 2006; 23 (6) : 631-6.
19. Tracy JK, Schluterman NH, Greenberg DR. *Understanding cervical cancer screening among lesbians : a national survey*. BMC Public Health. Mai 2013; 13 : 442. l'encadrement médico-psychosocial et juridique des grossesses GPA et/ou PPA

# L'angoisse de la mère lors de la naissance

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME, PHILOSOPHE ET COACH CERTIFIÉ

*L'angoisse est un grand thème de notre existence. La littérature, la philosophie ou la psychologie la traite. Celle de la naissance renvoie au questionnement de notre origine. Limite inéluctable, naturelle mais qui constitue pour chaque humain l'expérience du néant, personne n'ayant de réponse à cette question, si ce n'est par la biologie. Cette angoisse est celle de l'être jeté dans le monde selon la philosophie existentielle. L'angoisse est alors une réalité vitale. L'appréhender, aller à sa rencontre est une clé pour se comprendre et approcher la réalité de l'existence*

**L**a physiologie de l'angoisse est qu'elle nous signale que nous avons quelque chose à vivre... L'angoisse annonce qu'une attente prioritaire est en cause. Mais elle est le sentiment de l'imminence, sans qu'on puisse dire de quelle réalité. Si elle renseigne qu'il se passe quelque chose, elle ne permet pas d'identifier directement le danger. Elle renvoie à une énigme dont on ne se représente pas la nature. Nous n'arrivons pas à dire, dans le moment où elle nous étreint, quelle en est l'origine. Elle échappe à toute représentation bien qu'elle ne soit pas sans reconnaissance.

L'angoisse est sans rapport immédiat à un objet. Elle s'éprouve face à l'inconnu. Et ce sont les sensations qu'elle donne que nous cherchons à fuir. Et alors, nous fuyons les messages qu'elle nous donne et la révision que nous devrions faire sur nous-même.

De toutes les émotions, elle semble souvent négative car nous n'avons pas de guide pour y répondre.

Nous la ressentons au-delà de nos capacités à réfléchir, à analyser et à figurer. Les réalités qui nous sont impossibles à mettre à distance génèrent de l'angoisse. Si nous réussissions à nous les représenter, l'angoisse n'existerait plus. Est donc angoissant tout ce que nous n'arrivons pas à mettre en images, en mots ou en idées. Car le connu permet de maîtriser le danger, de le dompter. Ces mises en objet protègent donc mais éloignent aussi de la chose alors que l'angoisse est la reconnaissance de son imminence. Et permet de vivre plus en profondeur le questionnement qui en est issu.

On ne comprend pas l'angoisse mais elle ne trompe pas. Elle atteste même de quelque chose. De quelque chose juste impossible à dire. De fait, elle récuse notre existence ; elle est bien plus loin que là où nous sommes en capacité d'aller ; elle est là où tout nous manque. Elle nous plonge dans l'impossibilité d'être un sujet parlant. L'angoisse serait la conclusion si elle ne manquait pas. Celle de l'unité entre

***L'angoisse serait la conclusion si elle ne manquait pas. Celle de l'unité entre moi et le monde, entre moi et l'autre, et tout ce qui s'y joue. L'inconnu, l'indéfini du néant qui nous enveloppe.***

moi et le monde, entre moi et l'autre, et tout ce qui s'y joue. L'inconnu, l'indéfini du néant qui nous enveloppe.

Elle est l'expression de notre façon d'être dans le monde. Tout le monde connaît l'angoisse quand approchent les questions de son existence. Le plus souvent, la pensée de la mort. L'angoisse est éprouvée face à l'inconnaissable, l'insaisissable, l'innommable. Cette angoisse existentielle fondamentale est d'autant plus présente que la personne vit un événement concret qui la manifeste.

Dans une vie authentique, l'angoisse a une valeur positive. Elle nous permet de poser un autre regard sur nous et d'établir de nouvelles relations avec le monde. Tout ce qui est secondaire, envahissant, inutile est mis de côté. L'angoisse débarrasse, purifie. Et la créativité resurgit. C'est pourquoi, parfois, l'angoisse positive fait partie de l'intime, de notre intériorité, et son dévoilement ne doit pas être forcé. Au risque sinon de ne pouvoir faire son chemin de maturation personnelle.



Mais si l'angoisse peut être normale, la perception de sa présence ne l'est pas. L'angoisse est constrictive : elle étreint. Elle a une manifestation concrète physique. Et les moyens de défense ne sont pas plus normaux que la sensation qu'elle donne. La peur de ne plus se reconnaître, de cesser d'être soi-même, rend la situation impossible à vivre. L'impact de l'angoisse et sa somatisation passent par des formes particulières : tachycardie, modifications respiratoires, suees, douleurs abdominales... Et quand les barrières ne tiennent plus, la pathologie émerge. Plus la personne est débordée par l'angoisse, plus elle somatise. Sinon, la répercussion physiologique est faible. La personne se plaint alors beaucoup plus de ses états et sensations corporelles que de l'angoisse elle-même. Elle ne se définit pas angoissée mais douloureuse, insomniaque, prise de palpitations... Il lui faut reconnaître l'angoisse refoulée pour pouvoir en sortir et perdre tous ses symptômes.

L'angoisse diffère avec :

- **L'inquiétude** → Elle appréhende l'objet dans l'effet qu'il va en résulter. Tout événement où le savoir qui permettrait de le comprendre vacille, sera inquiétant. Comme si rien n'était plus légitime de ce que la personne connaissait d'elle-même dans telle ou telle situation. L'objet n'est pas inconnu ou impensable mais est méconnaissable et la personne perd de sa valeur. L'inquiétude peut alors se transformer en angoisse.
- **L'anxiété** → Ce n'est pas l'angoisse puisque l'anxiété se construit sur des représentations ou des scénarii qui empêchent ainsi d'angoisser face à des risques beaucoup plus grands, existentiels.
- **La peur** → La peur a un objet. Cet objet donne à comprendre les choses qui peuvent arriver. Elle associe donc à la fois une signification et le fait de toucher l'impossible du doigt. Mais elle en fait quelque chose de concret et de réel.
- **La panique** → C'est une fuite complète de soi-même comme pour essayer d'aller plus vite ou le plus loin possible de ce qu'on vit et qui est de même nature que ce qui effraie. C'est-à-dire sortie du monde paisible et habituel.
- **La terreur** → C'est l'idée de l'impossible réalisé, de la représentation de l'irreprésentable.



La femme vit des instants, très importants pour le philosophe Kierkegaard. L'un est la conception, l'autre l'accouchement. Deux points culminants de l'angoisse.

« C'est à l'instant conceptionnel que l'esprit est au plus loin et par suite l'angoisse au plus fort. C'est dans cette angoisse que se constitue l'individu nouveau. [...] À l'instant de la naissance l'angoisse culmine une seconde fois chez la femme, et c'est à cet instant que l'individu nouveau vient au monde [...] À l'accouchement la femme est derechef à la pointe d'un des deux extrêmes de la synthèse, c'est pourquoi l'esprit tremble ; car en cet instant où il n'a point de tâche, il est comme suspendu. »



L'expérience de l'angoisse de l'accouchement ou tocphobie est celle d'une expérience de situation limite jusqu'alors jamais éprouvée. Face à la primitivité dans laquelle l'accouchement plonge la femme, elle se retrouve dans une situation comme étrangère à elle-même.

**ÉLISE, 38 ANS, IP**

« Je ne sais pas pourquoi, je suis angoissée. De tout. Je voulais être enceinte mais depuis que je le sais j'ai peur tout le temps. Quand je vais mieux autre chose revient... ».

**La femme enceinte doit, pour éviter l'angoisse, inscrire le nouveau dans le connu. Or, pour un premier accouchement, rien ne le lui permet si ce n'est le témoignage et l'histoire des autres.**

Chacune d'entre elles vivra cette angoisse mais elles ne le savent pas ainsi. L'objet de l'angoisse est l'infini, l'ouverture, la projection dans le monde. Comme un vide. Hors tout. Moment suspendu.

L'événement qu'elle ne peut être éprouvée dans sa totalité car les choses se déroulent sans qu'elle n'en soit le maître du jeu. Tout se fait en elle mais ne lui appartient pas. L'accouchement est inéluctable ; c'est l'issue obligée de la grossesse, le passage vers la maternité, l'autre rive, le lieu sûr. La chronique est en train de s'écrire, l'histoire est en marche et se construit. La nouveauté de ce qui l'attend, l'effraie. Elle sait ce qu'elle quitte sans savoir ce qu'elle va gagner et tout peut contredire sa façon d'être habituelle.

**CLAIRE 34 ANS, II P**

« À chaque grossesse je ne me reconnaissais plus. Plus j'avançais, plus j'avais peur ».

**LEILA, 30 ANS, IP**

« J'avais une sorte de vertige. Comme si j'allais vers un précipice et qu'il y avait une foule derrière moi et que je ne pouvais pas reculer, ou faire demi-tour. Je devais marcher, marcher... et sauter ! ».

**KARINE 25 ANS, IP**

« Je suis plutôt introvertie, et là je n'arrêtais pas de me plaindre, de gémir ».

La femme enceinte doit, pour éviter l'angoisse, inscrire le nouveau dans le connu. Or, pour un premier accouchement, rien ne le lui permet si ce n'est le témoignage et l'histoire des autres. Si l'ancestralité de la naissance peut la ramener dans un ordre établi qui rassure un peu, la singularité de ce qu'elle vit bouscule beaucoup plus vite et lui fait souvent perdre des repères.

**MARIE-AGNÈS**

« J'avais beau me dire que ma grand-mère avait eu 9 enfants et que tout s'était bien passé ; que ma mère m'avait mise au monde sans problème, je n'arrivais pas à ne pas être angoissée ».

Elle devra donc faire un grand saut dans l'infini. Car elle ne peut pas brûler les étapes. Il lui faut donc prendre la liberté et la responsabilité d'exister. D'exister dans son histoire. D'exister dans ce temps de conversion. D'exister face à la vie.

L'accompagnement de cette angoisse est difficile pour l'entourage de la femme ou pour les soignants car on ne

peut et ne doit pas l'empêcher de faire le saut lors de son accouchement. On ne peut et ne doit empêcher qu'il se fasse car c'est ici que commence la liberté humaine.

L'angoisse est le signe de l'humanité, expression de la condition humaine, vertige de tous les possibles. Sans cette angoisse, sans cette suspension du temps et de l'esprit, la femme enceinte n'est pas à elle-même lors de l'accouchement. L'accouchement et la naissance de son enfant sont pour elle une mise en mouvement du corps et de l'esprit, du conscient et de l'inconscient, du moi profond et superficiel, de l'être individuel et de l'être social. L'accouchement met chez elle en éveil tout ce qui est endormi, ce qui est caché, ce qui doit advenir. Et cela ne se fait pas à bas bruit.

Dans certaines cultures, on parlera d'initiation naturelle plus que d'angoisse. La légende dit même qu'il y avait sept étoiles dans le ciel et que, par leurs comportements, les hommes en ont perdu deux. La grossesse et l'accouchement, forts de ce que la femme peut en vivre, sont la possibilité pour elle d'en rallumer une. La dernière reste le parcours d'une vie.

Confrontée au regard que la grossesse lui fait poser sur elle-même, la femme peut, après l'accouchement, porter un autre regard sur le monde. Mais l'accouchement est l'étape ultime où tout s'accélère, dans un mouvement corporel où il existe plus de nature que d'intelligence.

Tout ce qu'elle fera comme choix pendant l'accouchement, tout ce qui lui sera proposé et avec lequel elle devra délibérer avec elle-même ou avec les soignants, l'oblige à cette existence, à cette liberté, à toute créativité.

Mais tout élément faisant penser à l'accouchement et à sa survenue peut déclencher la phobie. Elle est le plus souvent présente pendant le dernier trimestre de grossesse. La peur de l'accouchement serait plus fréquente chez les femmes enceintes nullipares que chez les femmes enceintes multipares. Bien que jusqu'à 80 % des femmes enceintes aient certaines préoccupations plutôt communes, un peu plus de 20 % décrivent une peur de l'accouchement modérée, 6 % une peur plus intense, handicapante.



Mais le plus souvent l'angoisse existentielle a cessé dans son processus d'expansion pour se cristalliser autour d'un contenu devenu son objet.

L'angoisse de la naissance est sans question alors elle est transformée en objet pour essayer d'y échapper.

Elle est exprimée d'une autre façon, par des émotions secondaires, ou sociales : peur de la douleur, peur de l'inconnu, peur des actes médicaux abusifs... Et c'est dans cette mise en objet qu'émerge d'ailleurs parfois l'écriture d'un projet de naissance, avec l'énoncé de tout ce que la femme enceinte souhaite vivre ou ne pas vivre pour essayer d'y répondre. Danse sans fin. Promesses illusoire.



**L'accompagnement de cette angoisse est difficile pour l'entourage de la femme ou pour les soignants car on ne peut et ne doit pas l'empêcher de faire le saut lors de son accouchement. On ne peut et ne doit empêcher qu'il se fasse car c'est ici que commence la liberté humaine.**

La médecine et les professionnels de santé n'entendent pas cette angoisse et n'y répondent que par des actes techniques. Ils essaient de répondre en matérialisant, en donnant une réponse physique, précise, scientifique. Ils veulent du tout sécurité. Et ils définissent la grossesse par les items de la gestion de risques. Face à la puissance de la nature, face à leurs propres angoisses, ils refusent le temps suspendu, la chrysalide, l'espace du non-savoir. Les soignants interprètent le tremblement de l'esprit comme une dangerosité, un risque de mort. Les protocoles institutionnels des services de gynécologie obstétrique peuvent peser d'autant plus lourd que le professionnel soignant aura tendance à considérer ses propres croyances comme une dimension naturelle de la réalité : gestion et accélération du temps du travail : « *ce sera plus rapide vous serez moins fatiguée* » ; systématisation de la péridurale « *pourquoi souffrir aujourd'hui* »... sont quelques croyances qui méritent d'être revisitées.

Certaines caractéristiques sont retrouvées chez certaines femmes enceintes et sont des facteurs de risques à une angoisse plus forte. Ce sont principalement des caractéristiques psychologiques avec une prédisposition à l'anxiété, à la vulnérabilité, à la dépression, une baisse d'estime de soi, une insatisfaction de sa relation avec son partenaire, des cauchemars, des insomnies.

## LA PEUR DE L'INCONNU

La peur de l'inconnu est ce qu'elle évoque le plus souvent pour un premier accouchement. La naissance est inédite, surprenante, imprévisible. La naissance n'est pas reproduction, n'est pas répétition ; elle est événement.

La naissance est pour chacune un événement incompréhensible. La philosophe Hannah Arendt nous dit pourtant que l'être humain est bien un être pour la Naissance car la naissance n'est pas une menace pour lui puisqu'elle est révolue.

Mais elle perçoit sans pour autant pouvoir le dire que l'accouchement est un moment suspendu où tous les risques existent. Passage. Entre deux. Seuil de deux espaces, d'un intérieur à un autre. Ses mouvements intérieurs s'inscrivent lors de l'accouchement entre deux infinis, deux parts d'invisible ; l'une qui précède, l'autre qui suit la naissance. Celui de femme qu'elle est, celui de mère qu'elle devient. Pourtant il n'y a aucun inconnu qu'elle ne puisse résoudre. Elle porte

en sa nature féminine toutes les possibilités de mettre au monde : le savoir, la connaissance, les ressources. Même si ce n'est ni simple, ni facile, ni rapide, c'est forcément possible. Ce n'est qu'en situation de pathologie que la science et la médecine collaborent avec elle. La femme est la patronne de l'obstétrique physiologique. Tout le reste et tous les autres sont ses commis.

**ELVIRE, 31 ANS, IP**

*« J'ai toujours eu peur de comment ça allait se passer, comment j'allais savoir si je suis en travail. Mais quand les contractions étaient là, j'ai su et je n'ai plus réfléchi. »*

**PASCALE, 41 ANS, IP**

*« Comment je saurais quand y aller ? Et si j'accouche toute seule ! »*



Le premier inconnu est le terme d'accouchement. Si on connaît le terme théorique, ne connaissant pas le déterminisme du travail, la date d'accouchement est imprévisible. La courbe des termes d'accouchement statistique nous montre que la plupart d'entre elles accouchent entre 39 SA 1/2 et 40 SA 1/2. Neuf mois de grossesse est 287 jours, 40 + 2 SA. Mais la nature ne livre ses secrets que dans le vivant. La femme est donc toujours entre l'attente et l'inattendu. Elle doit se laisser porter par le temps, savourer les derniers instants de la grossesse. Éviter d'anticiper le temps suivant pour ne pas être en décalage avec ce qu'elle vit et majorer cette angoisse de l'inconnu. Il faut bien lire la page avant qu'elle ne se tourne pour comprendre les chapitres suivants...

Des récits d'accouchements difficiles lui sont parfois racontés par ses proches ou encore lus sur des forums sur internet et peuvent lui faire imaginer des scénarios effrayants. Elle ne voit plus alors l'accouchement que comme une épreuve irréalisable; elle se sent vaincue d'avance. Il faut l'aider à ne pas oublier que l'histoire des autres n'est pas la sienne.

Plus elle est à l'écoute d'elle-même, plus elle trouve les réponses appropriées. D'où le travail nécessaire sur la confiance et l'estime de soi. L'information peut lui donner les circuits de l'éclairage mais la mise en lumière ne peut être faite que par elle-même. Il lui faut être à l'écoute de toutes les nécessités qui émaneront d'elle et qui échappent à la raison et à l'analyse. Trop soumise ou concentrée sur les théories des autres, l'angoisse ne diminuera pas.

**AMANDINE, 31 ANS, IP**

*« Je ne pensais plus, et alors je n'avais plus peur. J'étais comme saoule. mon corps me guidait et je m'abandonnais ».*

---

***La femme est la patronne de l'obstétrique physiologique. Tout le reste et tous les autres sont ses commis.***

---

La femme ne devient supérieure à tout ce que ses peurs lui font vivre que dans l'abandon et le lâcher prise. D'instant en instant. Pas à pas, dans une marche faite d'imprévisible et d'inconnu féconds de tout ce qui s'y vit.

Ce chemin est un chemin solitaire. Personne ne peut prendre sa place. Mais cette solitude reste privilégiée si elle est une solitude accompagnée. Et l'angoisse se vit.

Il faut éviter cette sensation d'être seule. L'accompagnement prend tout son sens. Celui du conjoint, celui de la sage-femme. En ayant l'audace de l'aimer pendant quelques heures, la sage-femme permet de laisser vivre les émotions et de ne pas cristalliser l'angoisse. C'est ainsi que le travail est plus physiologique, normal, naturel. Plus la femme est sécurisée, accompagnée dans une écoute empathique, attentive, plus l'accouchement sera simple. Moins la médication sera nécessaire, moins les risques médicaux seront présents.

C'est en amont que cet accompagnement permet de vivre cette peur de l'inconnu. Les sages-femmes ont toujours été auprès des femmes, non pas pour lui dire comment faire ou prendre sa place mais pour qu'elle ait cette possibilité de laisser faire. Le lien à la personne de garde est principal pour ne pas cultiver les peurs. Lui donner le temps de penser, de jauger, d'observer, de sélectionner au travers ses projections ce qui lui est fondamental, au-delà des émotions, des craintes est principal. Car quand cela est mis à jour, quand le besoin est satisfait, l'émotion n'a plus besoin d'exister. Et elle laisse place à l'essentiel. •

## LA CHRONIQUE DU PÉRINÉE

CATHERINE COQ

Lucile, une sage-femme expérimentée, dévoile les coulisses de son métier et aborde, sans les édulcorer, de nombreux tabous: le plaisir des femmes, le harcèlement sexuel, la violence conjugale et obstétricale. Un roman saisissant et un hommage au corps des femmes.

« On dit que vous faites les accouchements à l'envers ? C'est parce que vous êtes comme toutes les autres sages-femmes, une sorcière ? »

Lucile, une sage-femme expérimentée, est l'invitée d'une émission radiophonique. Elle y dévoile les coulisses de ce métier si méconnu et aborde des thèmes qui ébranlent la société actuelle: la femme n'est-elle qu'un clitoris ? Pourquoi les femmes accouchent-elles toutes de la même manière, alors qu'elles sont uniques et donnent naissance à des individus tout aussi uniques ? À quoi sert d'accoucher sans son portable ? Qu'est-ce qu'une femme sexuellement épanouie ? Combien de #MeToo ou #BalanceTonPorc ont accouché avec elle ? Comment accompagner une femme maltraitée ? La sage-femme est-elle vectrice de la violence obstétricale ?

Les émissions se succèdent, émaillées de rires, d'interrogations, de coups de gueule et de moments graves.

Lucile pensait avoir tout vu de son métier quand elle est appelée pour l'accouchement le plus insolite de sa carrière. Il peut mettre en péril son titre de sage-femme. Sera-t-il son dernier accouchement ?

Catherine Coq a exercé son métier de sage-femme pendant quinze ans à la maternité des Bluets à Paris. En parallèle, elle mène un travail d'écriture. Elle a publié *Écrire, c'est aimer* chez Voix Tissées en mai 2018 et écrit régulièrement des chroniques pour la presse (Médiapart, Sens et Santé, etc.).

## PAROLES D'AUTEURE

Je marche en équilibre entre deux vies professionnelles qui n'en font qu'une: deux voix, témoins l'une de l'autre, deux lenteurs synonymes d'humanité, être sage-femme et auteure. Mon écriture éveille qui le souhaite et je veille à mon grain.

J'écris à la main comme j'accompagne une naissance. Sans rien prévoir, écrire remonte de mes profondeurs, où le monde que

j'écoute me travaille, me déborde. Je ne choisis pas, je prends ce qui vient, j'écoute et travaille: poésie, roman, peinture, sculpture, danse, amour, enfants, plaisir et sexualité. Tout est bon pour ma cuisine de mots qui donne à goûter, à découvrir un monde, celui que le lecteur se réinvente lors de sa lecture. Sans relâche, je m'immerge dans des langues étrangères qui portent la mienne. Édith Wharton, Sylvie Germain, Virginia Woolf, Marguerite Yourcenar, Hélène et René Guy Cadou, Françoise Dolto et Marguerite Duras. Tarjei Vesaas, Henry Bauchau, Christian Bobin, Pierre Michon et Gilles Baudry. Je tends aussi les bras à Hopper, Camille Claudel, Pina Bausch, Vermeer, Hokusai, Boudin, Paula Modersohn-Becker. Bach, Guillaume Farley et Mirabassi.

J'ai commencé à publier grâce aux revues *L'Anacoluthie*, *Le Croquant*, *Décharge*, *La Voix du Regard*, *Le Carnet du Caplan* et *Recours au Poème* sur le net. J'ai lu mes premiers textes au Kiron Espace. Après l'écriture de haikus dans le désert lors de missions humanitaires, de portraits de femmes au fil des naissances et des voyages, j'ai écrit mon premier roman, *La Mer au Bord*, quelques fictions courtes, quelques recueils de poésie en prose, une histoire pour enfants sur l'attente du second enfant, une fiction à partir de quinze tableaux de Gilles Sacksick, un recueil de poésie érotique. Et plus récemment, un second roman, *Bleu Ballerine* et un récit autofictionnel sur le traumatisme de l'enfance, *Bon Baiser de l'enfance*. Une première publication a lieu en avril 2018: « *Écrire, c'est aimer* » aux éditions Voix Tissées. Aux Éditions du Passeur, je partage avec vous ma joie de publier mon premier roman « *La Chronique du périnée* ». À la frontière entre deux métiers, la sage-femme que je fus révèle enfin l'auteure. Je vous souhaite une belle lecture.

Catherine Coq



## Le Passeur Éditeur

Parution: 31 octobre 2018

Livre papier: 21,50 €  
140 x 205 mm, 496 pages  
ISBN: 978-2-36890-634-7

Livre numérique: 10,99 €  
ISBN: 978-2-36890-634-7

[www.lepasseur-editeur.com](http://www.lepasseur-editeur.com)


● **4-5 FÉVRIER 2019**  
ISSY LES MOULINEAUX (92)  
17<sup>es</sup> Journées du Collège National  
des Sages-Femmes de France  
[cerc-congres.com](http://cerc-congres.com)

● **22-23 MARS 2019**  
ARCACHON  
Séminaire annuel de l'Association  
Française des Sages-Femmes  
Acupuncteurs (AFSFA)  
[cerc-congres.com](http://cerc-congres.com)

● **29-30 MARS 2019**  
LYON  
AG et Colloque annuel de  
l'Association Nationale  
des Sages-Femmes Libérales  
[cerc-congres.com](http://cerc-congres.com)

● **29-30 MARS 2019**  
PARIS 15<sup>e</sup> - Institut Pasteur  
49<sup>es</sup> Journées Nationales  
de Néonatalogie  
[infocongres.com](http://infocongres.com)

● **22-23-24 MAI 2019**  
LA ROCHELLE (16)  
47<sup>es</sup> Assises Nationales  
des Sages-femmes  
[assises-sages-femmes.eu](http://assises-sages-femmes.eu)

● **3 JUIN 2019**  
PARIS 7<sup>e</sup>  
Journée du Collège National  
des Sages-Femmes de France  
[cerc-congres.com](http://cerc-congres.com)

● **26-27 SEPTEMBRE 2019**  
LA ROCHELLE (16)  
Les Francophones de Périnat  
[lesfrancophonesdeperinat.com](http://lesfrancophonesdeperinat.com)  
[cerc-congres.com](http://cerc-congres.com)

## L'ALLAITEMENT DE A À Z 1001BB - N° 160

CLAUDE-SUZANNE DIDIERJEAN-JOUVEAU

Cet ouvrage est un véritable dictionnaire amoureux de l'allaitement. Sous forme d'abécédaire, il voyage de A comme... allaitement à Z comme zizanie, en passant par F comme féminisme, J comme jumeaux, S comme sexe, T comme tirer (son lait), etc. Mais ne vous attendez pas à compulser un manuel de plus sur les pourquoi et les comment, genre tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur l'allaitement maternel en 26 questions! Point de guide pratique ou de lexique savant ici, plutôt une balade dans un domaine que Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau ne se lasse pas d'explorer, depuis le début des années 1980, y découvrant chaque jour de nouveaux sentiers et de nouvelles perspectives, souvent insolites.

Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau parcourt le continent de l'allaitement maternel depuis plus de quarante ans. Elle est animatrice de La Leche League France, dont elle fut la présidente dans les années 1990 et dont elle édite le magazine *Allaiter aujourd'hui!*



Éditions Erès

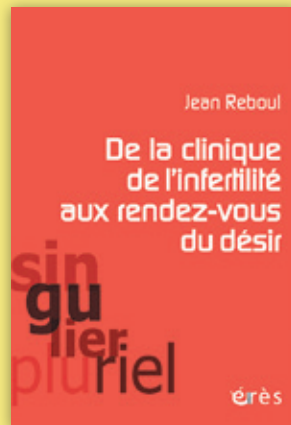
Parution : 18 octobre 2018  
EAN : 9782749261652  
11,5 x 16 cm, 208 pages  
Prix : 12 €  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

## DE LA CLINIQUE DE L'INFERTILITÉ AUX RENDEZ-VOUS DU DÉSIR

JEAN REBOUL

« Les femmes infertiles m'ont tout appris. Leur souffrance, leurs symptômes, les paradoxes de leur désir d'enfant m'ont offert une expérience clinique inattendue à laquelle le discours universitaire ne m'avait pas préparé. Parfois, même souvent, elles conçoivent sans traitement, au-delà de tout espoir thérapeutique. Me rappelant ainsi que rien n'a d'effet sur le corps si la dimension du sujet humain et le mystère de la vie ne sont pas respectés. Leur refus de concevoir témoigne que l'objectivité scientifique et la matérialité de la société de consommation éloignent de la vie au lieu de la servir. L'être humain souffre toujours de ses limites et de son impuissance mais aussi de ses excès qui le précipitent dans l'illusion du bonheur par le comblement du manque. Ces nouveaux symptômes interfèrent avec les influences sociétales pour décider de l'avènement de la vie. Aujourd'hui, les femmes me conduisent plus loin encore. Leur témoignage ouvre sur l'universel. Car tout être humain peut entendre, quel que soit son sexe, qu'il lui est possible un jour de se retourner sur sa vie pour changer son destin... » J. R.

Jean Reboul est médecin gynécologue, docteur en psychologie et en biologie humaine, ancien chef de clinique à la Faculté. Formé aux biotechnologies les plus avancées, il est aussi psychanalyste membre de l'École de la cause freudienne (ECF) et de l'Association mondiale de psychanalyse.



Éditions Erès

Parution : 1<sup>er</sup> novembre 2018  
EAN : 9782749261867  
14 x 22 cm, 176 pages  
Prix : 20 €  
[www.editions-eres.com](http://www.editions-eres.com)

# LA COQUELUCHE

PAR LAURA TOCQUEVILLE, SAGE-FEMME

## ÉPIDÉMIOLOGIE

La coqueluche est une **maladie des voies respiratoires inférieures**, extrêmement contagieuse et d'évolution longue. Le réservoir de cette bactérie est exclusivement humain. Toutes les catégories d'âge peuvent être touchées, mais surtout l'enfant de moins de six mois qui n'est pas encore vacciné contre la maladie ou pour qui le vaccin n'est pas encore totalement efficace.

La coqueluche atteint 60 millions de personnes dans le monde et provoque le décès de 400 000 d'entre elles par an, en particulier dans les pays émergents. La quasi-totalité de ces décès surviennent chez des nouveau-nés et de très jeunes nourrissons.

Dans les pays où la vaccination est mise en place depuis bon nombre d'années (États-Unis, Canada, France...), l'incidence de la coqueluche est faible (0.1 à 3 %). Dans ces pays, la mortalité est faible mais non nulle du fait de la protection vaccinale qui n'excède pas 10 ans. De plus, l'immunité post-contamination n'est pas définitive (en moyenne, dix ans d'immunité également), on peut donc contracter la maladie plusieurs fois au cours de la vie. L'éradication de la maladie semble donc illusoire.

## MODE DE TRANSMISSION DE LA MALADIE

La transmission de la coqueluche est essentiellement aérienne. La contamination a lieu au moment de la toux, par projection de mucus. Le bacille se multiplie à la surface des épithéliums ciliés respiratoires de la trachée et des bronches et produit alors des toxines qui vont venir modifier la réactivité bronchique. En effet, certaines de ces toxines vont provoquer une nécrose de la muqueuse respiratoire.

Le mode de transmission le plus fréquent est de l'adulte au nouveau-né. La vaccination n'étant valable que dix ans, beaucoup d'adultes ne sont plus à jour et peuvent donc transmettre la maladie aux très jeunes enfants non vaccinés qu'ils côtoient. Par ailleurs, si une femme enceinte contracte la maladie, il n'y a pas de transmission possible au fœtus pendant la grossesse.



## CLINIQUE

### Forme clinique chez le nouveau-né, le nourrisson et le jeune enfant

- **Phase d'incubation (≈ 10 jours)**: aucun symptôme n'est visible mais phase déjà contagieuse.
- **Phase d'invasion ou période catarhale (≈ 7-15 jours)**: rhinorrhée et toux sèche persistante, à prédominance nocturne. N'amène généralement pas à consulter un médecin car très caractéristique d'un rhume, mais période la plus contagieuse (70 à 80 % de risque de contagion).
- **Phase d'état ou période des quintes (≈ 3 à 6 semaines)**: Quintes de toux accompagnées d'une cyanose chez les très jeunes enfants ainsi que de sueurs profondes et parfois de syncopes. Le nouveau-né et le nourrisson peuvent également être bradycardes. Le cycle se termine par une expectoration glaireuse et s'accompagne très souvent d'un vomissement.

### Formes de l'adolescent, de l'adulte et de la personne âgée

Le tableau clinique est souvent confondu avec une banale bronchite ou des épisodes de crises asthmatiques, plus ou moins sévères en fonction de la fragilité du patient. Il est retrouvé une infection par *Bordetella pertussis* chez un adulte sur trois qui consulte son médecin pour une toux persistante depuis plus de trois semaines. Il faut donc toujours rechercher une coqueluche devant une toux persistante.

### Complications de la maladie

Des complications sont possibles lorsque l'immunité du sujet est moindre (nouveaux-nés, nourrissons, personnes âgées et femmes enceintes).

- **Respiratoires (les plus fréquentes)**: pneumopathies surajoutées, atélectasies pulmonaires.
- **Neurologiques**: convulsions par anoxie (avec possibles séquelles neurologiques) ou par hyperthermie, hémorragies intracrâniennes.
- **Des surinfections** à type d'otites.
- **Complications mécaniques (plus rares)**: liées à l'intensité de la toux et aux hyperpressions intrathoraciques:
  - ulcération du frein de langue,
  - des hémorragies nasales ou sous-conjonctivales.
  - pneumothorax,
  - fractures de côtes.

La **coqueluche maligne** est celle que l'on redoute le plus chez le nouveau-né malade. En effet, cette forme de coqueluche est à l'origine de la majorité des décès chez ces derniers. Elle provoque une insuffisance respiratoire qui conduit à une défaillance multiviscérale nécessitant une hospitalisation en service de réanimation.

## DIAGNOSTIC

L'**examen bactériologique** est le seul argument diagnostique de certitude ayant une spécificité de 100 %. Ce test repose sur la culture d'une aspiration naso-pharyngée dans laquelle on souhaite identifier l'agent pathogène. Il est également possible d'utiliser la méthode de **diagnostic par PCR** afin de détecter l'ADN de la bactérie dans l'échantillon.

La sérologie n'est plus recommandée car les anticorps n'apparaissent dans le sérum du patient que trois semaines après le début de la toux.

## TRAITEMENT

- **Hospitalisation**: tout enfant de moins de trois mois, pour qui une coqueluche a été diagnostiquée ou suspectée, doit être **hospitalisé** afin de:
  - Pouvoir évaluer la gravité des quintes de toux, afin de dépister d'éventuels épisodes d'apnée, de bradycardie et d'hypoxie qui nécessiteraient une oxygénothérapie ou une surveillance en unité de soins intensifs
  - Maintenir l'état nutritionnel de l'enfant pour éviter toute déshydratation et dénutrition (éventuellement pose de sonde naso-gastrique).
  - Effectuer un drainage des sécrétions pour éviter une surinfection et une atélectasie.
- **Isolement**: tout sujet atteint de coqueluche doit être isolé que ce soit à son domicile ou en chambre seule à l'hôpital.
- **Traitement curatif**
  - **L'Azithromycine (antibiotique)**. Ne réduit que très peu la clinique, mais permet de diminuer significativement la contagiosité.
  - **Les corticoïdes**: parfois utilisés dans les formes compliquées.

## PRÉVENTION

- **Antibioprophylaxie**: à mettre en place dès la découverte d'un cas dans l'entourage proche (quels que soient l'âge et le statut vaccinal).

- **Vaccination**: obligatoire pour tous les nourrissons nés depuis janvier 2018.
  - **Efficacité du vaccin**: 85 %.
  - **Durée d'efficacité**: dix à douze ans
  - Toujours combinés.
  - **Effets secondaires**: rares (à noter parfois: réaction locale inflammatoire, fièvre, quelques vomissements).
  - **Calendrier vaccinal**
    - Primovaccination à 2 mois et 4 mois.
    - Rappels à 11 mois, 6 ans, 11 ans et 25 ans.

### Stratégie du cocooning

En France et dans tous les pays où une forte couverture vaccinale a été mise en place, ce ne sont pas les enfants en âge d'aller en crèche ou à l'école qui sont les plus touchés par la maladie (car ceux-ci sont vaccinés). La plus forte prévalence se retrouve chez les nouveau-nés et nourrissons qui ne sont pas encore ou incomplètement vaccinés, ainsi que les adultes qui, eux, ne sont plus à jour dans leurs vaccinations et seront susceptibles de contaminer ces très jeunes enfants. La stratégie du cocooning a été introduite en 2004. Le principe est de protéger indirectement de la coqueluche le nouveau-né et le nourrisson dès sa naissance et jusqu'à ses six mois en vaccinant son entourage proche. •

## INSTRUCTION N° DGS/SP/SP1/2018/206 DU 28/09/2018 relative à la mise en place d'une déclaration obligatoire de la rubéole

à :

Mesdames et Messieurs les directeurs  
généralistes des agences régionales de santé  
(pour attribution et diffusion)

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

NOR: SSAP1823738J

Validée par le CNP le 28 septembre 2018 -  
Visa CNP 2018-83

**Catégorie:** Mesures d'organisation des services  
retenues par la ministre pour la mise en œuvre  
des dispositions dont il s'agit.

**Résumé:** Dans le cadre de ses engagements vis-à-vis de l'organisation mondiale de la santé, la France s'est engagée à éliminer la rubéole ce qui implique la mise en place d'un système performant de surveillance de cette maladie. Une notification obligatoire de la rubéole est donc mise en place.

**Mots-clés:** rubéole – vaccination - vaccination post-exposition - déclaration obligatoire - confirmation des cas.

#### Textes de référence

- Articles L. 3111-1, R. 3113-1 à R. 3113-5 et D. 3113-6 et 3113-7 du code de la santé publique.
- Rapport du Haut conseil de la santé publique relatif à la mise en place d'une déclaration obligatoire de la rubéole.
- Arrêté du 22 août 2018 modifiant l'arrêté du 7 mai 2018 relatif à la notification obligatoire des cas de rubéole.

#### Annexes

- Annexe 1 - critères de notification de la rubéole.
- Annexe 2 - évolution des marqueurs biologiques de la rubéole.
- Annexe 2 bis - différents examens biologiques dans la rubéole (avantages et inconvénients) Annexe 2 ter - circuit examen biologique CNR (rubéole).
- Annexe 3 - fiche d'information sur les kits de prélèvements de liquide buccal pour la confirmation biologique des cas de rubéole.
- Annexe 4 - fiche de notification obligatoire.

### 1. JUSTIFICATION DE LA MISE EN PLACE D'UNE PROCÉDURE DE DÉCLARATION OBLIGATOIRE DE LA RUBÉOLE

La France, comme l'ensemble des pays de la zone OMS, s'est engagée à éliminer la rougeole et la rubéole en adoptant la résolution EUR/RC60/RI2 lors de la réunion du comité exécutif de septembre 2010. Cet engagement implique la mise en place d'une notification individuelle pour ces maladies afin d'être en mesure d'en certifier l'élimination. La déclaration obligatoire (DO) de la rougeole a été mise en place en 2005, en revanche, s'agissant de la rubéole, il n'existait pas jusqu'à aujourd'hui de système de surveillance en population générale; celle-ci s'exerçant exclusivement sur les infections materno-fœtales.

La situation épidémiologique de la France (pays proche de l'élimination de la rubéole), la possibilité de surveillance par test salivaire (examen peu invasif, plus acceptable pour la population qu'un test sanguin), le risque de survenue de foyers épidémiques localisés du fait de la persistance de la circulation virale (même à un niveau faible), sont autant d'éléments justifiant la mise en place d'une déclaration obligatoire des cas de rubéole confirmés en population générale, tout en maintenant un système de surveillance particulier des infections rubéoleuses survenant pendant la grossesse et des rubéoles congénitales.

### 2. PRÉVENTION DE LA RUBÉOLE EN FRANCE

La rubéole est une pathologie généralement bénigne, sa gravité est liée à la contamination lors de la grossesse avec un risque d'embryo-fœtopathie se traduisant par une mort fœtale ou une rubéole congénitale malformative. Cliniquement la rubéole se manifeste généralement par une fièvre modérée, une éruption, des adénopathies et des arthralgies; toutefois elle est asymptomatique ou marquée par une symptomatologie non spécifique dans près de la moitié des cas.

La vaccination introduite chez l'adolescente dès 1970, et généralisée depuis, a considérablement fait reculer les cas de rubéoles congénitales (moins de 15 infections maternelles depuis 2006) en France. Si la couverture vaccinale atteint des taux rendant peu probable le risque de résurgence importante de la maladie, des risques d'émergence de foyers localisés de rubéole demeurent, du fait de l'hétérogénéité géographique de la couverture vaccinale ainsi que de l'existence d'une proportion plus élevée de réceptifs parmi les sujets de sexe masculin!

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018 cette vaccination est obligatoire et exigible depuis le 1<sup>er</sup> juin 2018 pour l'entrée en collectivité pour les enfants nés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

La prévention de la rubéole repose sur un vaccin trivalent (rubéole, oreillons, rougeole) dont les modalités d'administration sont les suivantes: une première dose à l'âge de 12 mois et une seconde dose entre 16 et 18 mois. Un rattrapage de la vaccination devrait être effectué pour toutes les personnes nées depuis 1980.

En outre, la vaccination est recommandée pour toute femme en âge de procréer non immunisée, née avant 1980. Il n'est toutefois pas indiqué de revacciner les femmes ayant reçu deux doses de vaccins<sup>2</sup> trivalent actif contre la rubéole quelle que soit la sérologie si elle a été pratiquée, sachant que cet examen est inutile dans cette situation. Par ailleurs, lorsque des résultats de sérologie sont disponibles et confirment l'immunité, il n'y a pas lieu de pratiquer la vaccination contre la rubéole.

Chez la femme enceinte, lorsque les contrôles sérologiques (dépistage prénatal obligatoire des IgG anti-rubéole depuis 1992) sont négatifs ou inconnus, la vaccination doit être proposée immédiatement après l'accouchement si possible avant la sortie de la maternité (voir calendrier des vaccinations). La vaccination contre la rubéole est contre-indiquée au cours de la grossesse, cependant, l'administration accidentelle du vaccin ne doit pas donner lieu à une interruption de la grossesse.

### 3. PROCÉDURE DE NOTIFICATION

**Le dispositif de déclaration obligatoire repose sur une obligation légale pour tout professionnel de santé (médecin ou biologiste), quel que soit son mode d'exercice (public ou privé), de déclarer aux autorités sanitaires les cas de maladie qu'il diagnostique dès lors que la maladie est inscrite sur la liste des maladies à déclaration obligatoire<sup>3</sup> (articles R3113-3 et 4 du code de la santé publique).**

Cette mesure a pour objectifs principaux:

- Le suivi de la situation épidémiologique de la rubéole en France ainsi que les progrès vers l'élimination;
- La détection des rubéoles survenant au cours de la grossesse ainsi que des rubéoles congénitales;
- L'identification des cas groupés afin de mettre en œuvre rapidement des mesures de contrôle, compte tenu du potentiel épidémique de la rubéole.

#### PROCÉDURE

- Tout cas de rubéole **confirmé**, doit être **notifié** immédiatement à l'agence régio-

1. Vaccination contre la rubéole proposée chez les filles dès 1970 et pour les deux sexes depuis 1983 (en association avec la rougeole).  
2. La preuve de la vaccination doit être apportée (carnet de santé ou certificat de vaccination).  
3. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Espace-professionnels/Maladies-a-declaration-obligatoire/La-declaration-obligatoire-definition-objectifs-criteres-acteurs>

nale de santé (ARS) par le médecin ou le biologiste en charge du cas : les critères de notification sont précisés en annexe 1. La notification est réalisée au moyen de la fiche de notification qui figure en annexe 2 et qui est téléchargeable sur le site de Santé publique France : [https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa\\_15917.do](https://www.formulaires.modernisation.gouv.fr/gf/cerfa_15917.do)

- Le déclarant peut notifier par téléphone ou fax puis envoyer secondairement la fiche de DO à l'ARS par voie postale sous pli confidentiel portant la mention « secret médical » ;
- Le déclarant peut également envoyer immédiatement la fiche de DO, même incomplète si les critères de notification sont renseignés ; les informations manquantes pourront être renseignées ultérieurement en lien avec l'ARS.
- En situation de cas groupés<sup>4</sup>, une procédure de signalement par tout moyen approprié (appel téléphonique, courriel, télécopie...) suivi de la notification doit être mise en place par l'ARS.
- Cette maladie faisant l'objet d'une procédure d'élimination en France, toute suspicion de rubéole clinique **doit bénéficier d'une investigation biologique<sup>5</sup> (prélèvements à effectuer dans les plus brefs délais) qui, seule, permettra d'affirmer le diagnostic.**
- Dès réception de la fiche de DO, la personne en charge de la veille sanitaire à l'ARS devra s'assurer du respect des critères de notification, éliminer les doublons éventuels et contacter, le cas échéant, le déclarant afin de renseigner les données manquantes<sup>6</sup>.
- Les fiches de DO sont ensuite transmises par l'ARS à Santé publique France.
- La rapidité de la mise en œuvre de la procédure signalement/notification permettra à l'ARS la mise en place de mesures de contrôle, particulièrement en cas de situation de cas groupés. Ces mesures reposent essentiellement sur la vaccination des sujets non immunisés<sup>4</sup>.
- Les prélèvements à visée diagnostique peuvent être réalisés grâce à un prélèvement de liquide buccal (kit salivaire) par les médecins libéraux ; ils sont à adresser au CNR<sup>7</sup>. Ces kits (identiques aux kits utilisés pour le diagnostic de rougeole),

fournis par Santé publique France, sont pré-positionnés au niveau des ARS et peuvent être demandés par le praticien à l'ARS.

- Les cas de rubéole chez la femme enceinte ainsi que les cas de rubéole congénitale feront l'objet d'un recueil d'information supplémentaire. Un questionnaire spécifique similaire à celui utilisé dans le système de surveillance Renarub « Renarub-Clinicien<sup>8</sup> » sera adressé au clinicien par Santé publique France. Ce document recueillera les éléments suivants : tests de dépistage et de diagnostics réalisés pendant la grossesse, résultats permettant de dater l'infection (avidité des IgG), évolution de la grossesse, signes cliniques présents à la naissance ou résultats anatomo-pathologiques en cas d'interruption de grossesse.

Ce questionnaire sera nominatif et permettra à Santé publique France de recueillir ces données complémentaires auprès de différents partenaires (CNR, centres de diagnostic prénatal, maternités, consultations ORL/ophtalmo...).

La surveillance par le réseau Renarub sera maintenue lors de la première année de mise en place de la DO.

Vous voudrez bien prendre toutes les dispositions nécessaires à la mise en œuvre de cette déclaration obligatoire selon les modalités définies ; vous veillerez en particulier à rendre les kits salivaires accessibles aux cliniciens susceptibles de suspecter un cas de rubéole, à leur demande.

Vous voudrez bien diffuser cette instruction :

- aux directeurs d'établissements de santé publics et privés de votre région, en leur demandant de la transmettre aux professionnels concernés ;
- aux conseils départementaux des ordres des médecins pour diffusion auprès des médecins libéraux ;
- aux Unions Régionales des Médecins libéraux
- aux services de promotion de la santé en faveur des élèves ;
- aux services de santé universitaire ;
- aux conseils départementaux, notamment aux services de protection maternelle et infantile pour diffusion aux services d'accueil de l'enfance ;

- aux municipalités pour diffusion à leurs services d'hygiène et de santé et leurs établissements d'accueil de l'enfance ;
- aux établissements d'accueil de l'enfance agréés par le ministère de l'Éducation nationale ;
- aux laboratoires de biologie médicale ;
- et toutes autres structures que vous jugeriez utile d'informer.

Vous me tiendrez informé sous le présent timbre de toute difficulté dans la mise en œuvre de cette instruction.

### ANNEXE 1 CRITÈRES DE NOTIFICATION DE LA RUBÉOLE

#### CRITÈRES DE NOTIFICATION

- Toute personne (hormis les femmes enceintes) non vaccinée contre la rubéole ou de statut vaccinal inconnu, qui présente :**
  - une éruption maculo-papuleuse avec ou sans fièvre **ET** au moins l'un de ces symptômes : adénopathies cervicales, sous-occipitales ou rétro-auriculaires, ou arthralgies ou arthrite,
  - ET** une PCR ou un dosage d'IgM positifs dans la salive ou le sérum,
  - OU** ayant été en contact avec un cas de rubéole confirmé dans les 12-23 jours avant l'éruption.
- Toute femme enceinte ayant reçu moins de 2 doses de vaccin contre la rubéole, et qui présente :**
  - une éruption maculo-papuleuse avec ou sans fièvre
  - ET** une recherche d'IgM positive sur des prélèvements sanguins,
  - OU** une séroconversion pour la rubéole (à confirmer par le CNR).
- Syndrome de rubéole congénitale (SRC) :**
  - nourrisson < 1 an :** surdité neurosensorielle **ET/OU** anomalies oculaires, **ET/OU** microcéphalie, **ET/OU** anomalies cardiovasculaires ;
  - nouveau-né ≤ 28 Jours :** mêmes manifestations **ET/OU** méningo-encéphalite, pneumonie interstitielle, hépatite, hépatosplénomégalie, purpura, retard de croissance,
  - ET** détection du virus dans les urines, les sécrétions pharyngées, le liquide cébrospinal (LCS) ou le cristallin **OU** présence d'IgM dans le sérum.
- PCR rubéole trouvée positive (même en absence de signes cliniques).**

4. cf. guide de l'immunisation en post-exposition du HCSP ; <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=548>

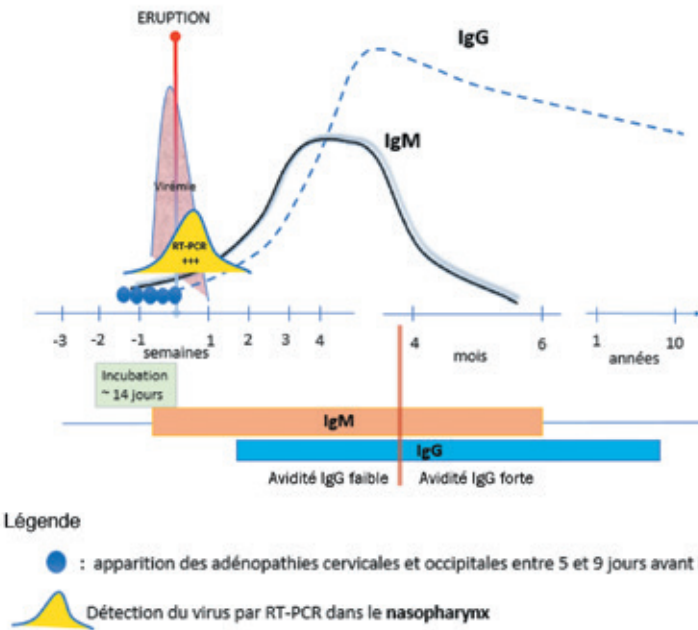
5. S'agissant d'une procédure de surveillance les tests salivaires doivent être privilégiés

6. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Espace-professionnels/Maladies-a-declaration-obligatoire/La-declaration-obligatoire-definition-objectifs-criteres-acteurs>

7. CNR Rougeole, oreillons et rubéole - Laboratoire de virologie humaine et moléculaire, CHU, avenue G. Clemenceau, 14033 Caen cedex - Tél. : 02 31 27 25 54 - Fax. : 02 31 27 25 57

8. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Rubeole>

**ANNEXE 2**  
**ÉVOLUTION DES MARQUEURS BIOLOGIQUES DE LA RUBÉOLE**



**INDICATION DES EXAMENS BIOLOGIQUES**

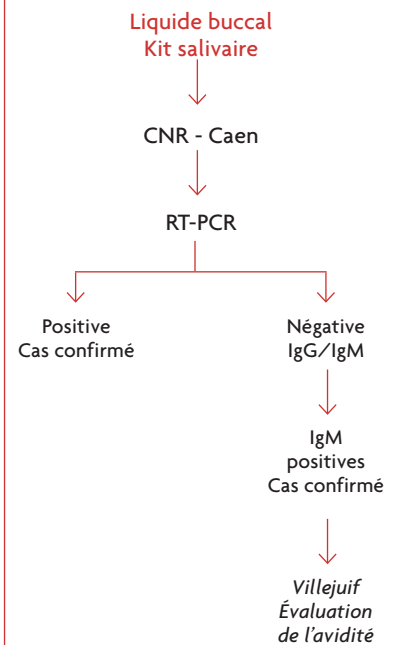
- **Sérologie**
  - Si IgM négative et pratiquée moins de 4 jours après le début de l'éruption : nouveau prélèvement indiqué à J8-J10 pour identifier une séroconversion
  - Si IgM négative après le 4<sup>e</sup> jour de l'éruption : diagnostic de rubéole exclu.
- **Prélèvement de liquide buccal pour RT-PCR** : intérêt uniquement si prélevé dans les 5 premiers jours de l'éruption.

**ANNEXE 2 BIS**  
**DIFFÉRENTS EXAMENS BIOLOGIQUES DANS LA RUBÉOLE (AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS)**

Cf : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=622>

Type de prélèvement	Examens réalisables	Avantages	Inconvénients
<b>Sérum</b>	IgG/IgM Avidité des IgG	Gold standard Avidité (confirmation si IgM +) Positif 0 à 2 mois après l'éruption	Acceptabilité (ponction veineuse, déplacement au laboratoire) PCR trop peu sensible (pas de génotypage possible)
<b>Liquide buccal</b>	PCR IgG/IgM Avidité des IgG? Salive sur papier buvard à évaluer	Acceptabilité PCR positive jusqu'à 5 jours après l'éruption Génotypage possible Avidité à évaluer	Sensibilité IgM < sérum Sensibilité des IgM faible à J1 - J2
<b>Sang sur papier buvard</b>	IgG/IgM Avidité à développer	Avidité Positif de 0 à 2 mois après l'éruption Facilité de prélèvement et de transport	Acceptabilité? PCR trop peu sensible

**ANNEXE 2 TER**  
**CIRCUIT EXAMEN BIOLOGIQUE CNR (RUBÉOLE)**



**ANNEXE 3**  
**FICHE D'INFORMATION SUR LES KITS DE PRÉLÈVEMENTS DE LIQUIDE BUCCAL**  
**POUR LA CONFIRMATION BIOLOGIQUE DES CAS DE RUBÉOLE**

**POSITIONNEMENT DES STOCKS DE KITS DE PRÉLÈVEMENTS**

Afin d'aider à la confirmation des cas, des kits de prélèvements de liquide buccal, communs au diagnostic biologique de la rougeole et de la rubéole, sont positionnés au niveau des ARS et des DD, en charge de leur gestion au niveau régional. Santé publique France assure la gestion d'un stock national afin de répondre à la demande des ARS pour le renouvellement de leurs stocks.

Pour se réapprovisionner, les ARS doivent faire une demande de kits auprès du département des maladies infectieuses de Santé publique France<sup>9</sup> en utilisant l'adresse mail suivante: [dmi-kits-rougeole@santepubliquefrance.fr](mailto:dmi-kits-rougeole@santepubliquefrance.fr)

**APPROVISIONNEMENT DES MÉDECINS**

Ces kits sont mis à disposition des médecins libéraux. Ils ont la possibilité de faire une demande de kits auprès de la DD ou de l'ARS (par fax, téléphone ou par l'intermédiaire de la fiche de DO).

Les ARS/DD envoient aux médecins par voie postale les kits demandés.

**INTÉRÊT DES PRÉLÈVEMENTS SALIVAIRES**

Ce prélèvement permettra la mise en évidence par le CNR: de l'ARN viral par PCR (optimale de J1 à J5) et d'IgM spécifiques (apparaissant dans la salive à peu près en même temps que dans le sang, avec une sensibilité plus faible à J1 et J2).

Ce prélèvement est non-invasif. Il suffit de frotter la face interne des joues/gencives du malade pendant 1 minute environ avec la petite éponge fournie jusqu'à ce que celle-ci soit imbibée de salive.

9. Santé publique France, Département des maladies infectieuses, 12 rue du Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice cedex. Tél.: 01 41 79 67 00 – Fax.: 01 41 79 68 72
10. CNR Rougeole, oreillons rubéole: Laboratoire de virologie humaine et moléculaire, CHU, avenue G. Clemenceau, 14033 Caen cedex. Tél.: 02 31 27 25 54 – Fax.: 02 31 27 25 57

Une fois le prélèvement réalisé, l'écouvillon est remis dans le tube plastique qui est identifié par une étiquette sur laquelle doivent être inscrits le nom, le prénom et la date de naissance du patient. Puis ce tube est placé dans la boîte de transport qui est placée dans l'enveloppe. L'envoi peut se faire à température ambiante, par voie postale normale.

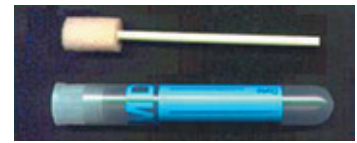
La fiche de renseignements complétée doit accompagner le prélèvement et faire apparaître les coordonnées du médecin prescripteur.

Les analyses des prélèvements sont gratuites pour le patient.

Les résultats seront ensuite adressés par le CNR au médecin prescripteur.

**COMPOSITION D'UN KIT DE PRÉLÈVEMENT**

- Un écouvillon en mousse dans un tube en plastique fermé (voir ci-dessous) qui se conserve à température ambiante;
- Une étiquette et une boîte de transport;
- Une fiche de renseignements pour le CNR;
- Une enveloppe pré-affranchie à l'adresse du CNR<sup>10</sup>.



**ANNEXE 4**  
**FICHE DE NOTIFICATION OBLIGATOIRE**

Annexe 4 - Fiche de notification obligatoire

<p><b>Praticien en charge du cas (tampon*)</b>                  Nom, prénom : _____                  Hôpital/service : _____                  Adresse : _____                  Téléphone : _____                  Informations ci-dessus à compléter, que le déclarant soit le praticien ou le biologiste                  Signature du déclarant: _____</p>	<p><b>Biologiste ayant confirmé le cas</b>                  Nom, prénom : _____                  Hôpital/service : _____                  Adresse : _____                  Téléphone : _____</p>
--	--

**Maladie à déclaration obligatoire**  
**Rubéole** N° 15917\*01

Important : Tout cas de rubéole confirmé, doit être notifié immédiatement au moyen de cette fiche ou par tout moyen approprié (téléphone, télécopie, ...). Cette maladie visant à être éliminée en France, toute forme clinique doit bénéficier d'une investigation biologique qui seule permettra d'affiner le diagnostic.

Initiale du nom : [ ] Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F Date de naissance (jj/mm/aaaa) : / / \_\_\_\_\_  
 Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ (Sera établi par l'ARS) Date de la notification : / / \_\_\_\_\_

Code d'anonymat : \_\_\_\_\_ (Sera établi par l'ARS) Date de la notification : / / \_\_\_\_\_

Sexe :  M  F Date de naissance : / / \_\_\_\_\_ Code postal du domicile du patient : \_\_\_\_\_

**Signes Cliniques**

Date du début des signes : / / \_\_\_\_\_ Exanthème maculo-papuleux :  oui  non Fièvre :  oui  non  
 Adénopathies :  oui  non Si oui, préciser localisation : cervicales  sous-occipitales  rétro-auriculaires   
 Arthralgies :  oui  non Arthrite :  oui  non  
 Hospitalisation :  oui  non si oui, date d'hospitalisation : / / \_\_\_\_\_ Lieu de l'hospitalisation : \_\_\_\_\_  
 Complications :  oui  non si oui, préciser : \_\_\_\_\_

**Rubéole maternelle (dans ce contexte, un questionnaire complémentaire, spécifique, sera adressé au déclarant pour investiguer le cas).**  
 Femme enceinte :  oui  non Si oui, préciser le terme (SA) : / \_\_\_\_\_  
 Nouveau-né ou nourrisson (syndrome de rubéole congénitale) :  oui  non  
 Si oui, préciser les signes cliniques : \_\_\_\_\_

**Confirmation biologique**

	Nature des prélèvements	Date	Positif	Négatif	Sens-converson	Non réalisés
RT-PCR	Salive	.. / .. / ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
	Sang	.. / .. / ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
	Autres	.. / .. / ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
IgM	Salive	.. / .. / ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
	Sang	.. / .. / ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
	Autres	.. / .. / ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>
IgG	Sang	.. / .. / ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autres	.. / .. / ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Analyse des IgG	.. / .. / ..	Résultat : .. / ..	Non réalisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Antécédents vaccinaux**  
 Le sujet est-il vacciné contre la rubéole ?  oui  non  statut vaccinal inconnu  
 Si oui, avec 1 dose Date 1<sup>ère</sup> dose : / / \_\_\_\_\_ avec 2 doses (ou plus) Date dernière dose : / / \_\_\_\_\_  
 Informations recueillies d'après  Interrogatoire  Carnet de santé ou de vaccination / dossier médical

**Origine possible de la contamination**  
 Contact avec un cas de rubéole **confirmé** entre 12 et 23 jours avant le début des signes :  oui  non  ne sait pas  
 Si oui, Lieu :  Famille  Lieu de garde  Ecole Autres, préciser : \_\_\_\_\_  
 Autres cas dans l'entourage :  oui  non  ne sait pas  
 Si oui, Lieu :  Famille  Lieu de garde  Ecole Autres, préciser : \_\_\_\_\_  
 Séjour à l'étranger dans les 12-23 jours avant le début de l'éruption :  oui  non  ne sait pas Si oui, préciser le pays : \_\_\_\_\_  
 Souhaitez-vous recevoir des kits pour prélèvements salivaires et expédition d'échantillons au CNR (recherche d'IgM / PCR) ?  oui  non  
 Si oui, combien / / \_\_\_\_\_

<p><b>Praticien en charge du cas (tampon)</b>                  Nom, prénom : _____                  Hôpital/service : _____                  Adresse : _____                  Téléphone : _____</p>	<p><b>Biologiste ayant confirmé le cas</b>                  Nom, prénom : _____                  Hôpital/service : _____                  Adresse : _____                  Téléphone : _____</p>	<p><b>ARS : signature et tampon</b>                  _____                  _____</p>
---	--	---

Maladie à déclaration obligatoire (A11, B11-1, B11-2, B11-3, B11-4, B11-5) du Code de la santé publique - Information individuelle des personnes - Droit d'accès, de limitation et de rectification pendant 24 mois par le malade déclarant fin du 8 janvier 1979 - Centralisation des informations à Santé publique France

JURIDIQUE

## RECOMMANDATION EN SANTÉ PUBLIQUE

→ 23.10.18

## Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis*

La stratégie de dépistage des infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis* (Ct) en France a fait l'objet de recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) en 2003. Ces dernières préconisaient un dépistage systématique des femmes de moins de 25 ans (scénario 1) ou un dépistage systématique simultané des hommes de moins de 30 ans et des femmes de moins de 25 ans (scénario 2), en précisant que le dépistage pouvait être élargi aux sujets ayant plus d'un partenaire sexuel dans l'année, quel que soit l'âge.

**A**u regard des nouvelles données épidémiologiques, des problématiques entourant le dépistage de l'infection à Ct (populations ciblées, fréquence, structures, nouveaux tests diagnostiques, professionnels impliqués) et des questions concernant de la mise en œuvre du dépistage depuis 2003, la HAS réévalue la stratégie de dépistage des infections à Ct, à la demande de la Direction générale de la santé (DGS).

### LA HAS RECOMMANDE

- Un dépistage systématique des femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans (inclus), y compris les femmes enceintes ;
- Un dépistage opportuniste ciblé :
  - Des hommes sexuellement actifs, présentant des facteurs de risque, quel que soit l'âge ;
  - Des femmes sexuellement actives de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque ;
  - Des femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge.

Les facteurs de risque sont : multipartenariat (au moins deux partenaires dans l'année), changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST (NG, syphilis, VIH, *Mycoplasma genitalium*), antécédents d'IST, HSH, personnes en situation de prostitution, après un viol.

Les lieux préconisés pour la mise en œuvre du dépistage sont les CeGIDD, CPEF, SSU et centres d'orthogénie ainsi que les cabinets de médecine générale, gynécologie, sage-femme. L'intensification du dépistage en dehors des centres de dépistage doit s'accompagner d'une offre de formation des professionnels de santé.

Les tests de dépistage recommandés restent les tests d'amplifications des acides nucléiques (TAAN) marqués CE, incluant le duplex Ct/NG pour le dépistage de la co-infection Ct/NG. Chez la femme, l'échantillon vaginal (prélèvement par un clinicien ou auto-prélèvement) est préféré au prélèvement urinaire.

Le dépistage doit être répété annuellement en cas de test négatif et de rapports sexuels non

protégés avec un nouveau partenaire. En cas de test positif, le dépistage doit être répété à 3-6 mois et tous les trois mois pour les HSH.

L'auto-prélèvement représente une alternative au prélèvement par un professionnel de santé et doit être considéré et proposé dans tous les lieux pour augmenter le taux de recours au dépistage, sans pour autant se substituer systématiquement au prélèvement par un professionnel de santé.

### LA HAS SOUHAITE INSISTER SUR LES TROIS ÉLÉMENTS SUIVANTS :

- 1 La mise en œuvre et l'adhésion au dépistage des infections uro-génitales basses à Ct, tel que recommandé, dépendent fortement de la pérennité d'un financement spécifique au dépistage de l'infection à Ct dans les CeGIDD et les CPEF impliqués dans la lutte contre les IST, qui restent un acteur central dans le dépistage. Par ailleurs, la possibilité d'un remboursement des trois sites de prélèvement (ano-rectal, pharyngé, génito-urinaire) apparaît nécessaire.
- 2 L'intensification de la proposition de dépistage en dehors des centres de dépistage (cabinets de médecine générale, gynécologie, sages-femmes, maison de santé ou encore centre d'examen de santé) doit s'accompagner d'une offre de formation des professionnels de santé à la santé sexuelle, au dépistage et au traitement des IST (incluant des outils spécifiques pour accompagner la mise en œuvre de la stratégie de dépistage). Les modalités de mise en œuvre et de financement de ces formations sont à définir.
- 3 Des indicateurs de suivi de la mise en œuvre de ces nouvelles recommandations du dépistage des infections à Ct doivent être documentés prospectivement, avec la définition d'un acte spécifique au dépistage de l'infection à Ct. •



## COMMUNIQUÉ

→ 04.12.18

## PARCOURS DE SANTÉ Le ministère et la HAS facilitent l'accès à l'hospitalisation à domicile

Dans l'objectif constant d'améliorer la continuité des parcours de santé, le ministère des Solidarités et de la Santé et la Haute Autorité de Santé ont conçu pour l'hospitalisation à domicile (HAD) deux dispositifs visant à éviter les ruptures de prise en charge et à assurer sa continuité de manière cohérente.

**P**arce qu'elle permet le maintien à domicile, l'HAD constitue une réponse directe à l'aspiration grandissante de la population d'être soignée dans son environnement familial, quand la situation le permet. En favorisant la coopération entre professionnels, elle contribue en outre à améliorer la qualité et la pertinence des parcours de santé. En cela, elle s'inscrit pleinement dans le plan « **Ma santé 2022** » annoncé par le président de la République en septembre dernier.

### UNE NOUVELLE ORGANISATION DES SOINS À DOMICILE

Depuis la publication d'une instruction et d'un corpus de textes en juin 2018, les établissements d'HAD, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) peuvent intervenir ensemble. Désormais, un patient soigné par un SSIAD ou un SPASAD et dont l'état de santé le nécessite peut aussi être pris en charge en HAD.

Ce nouveau dispositif permet aux patients et à leurs proches :

- de recevoir des soins hospitaliers adaptés tout en restant dans un cadre familial ;
- d'être suivis par une partie des professionnels avec lesquels ils ont tissé des liens ;
- de bénéficier d'une prise en charge coordonnée et globale.

Ainsi, tout en préservant l'autonomie et le confort de vie à domicile, le patient se voit éviter d'éventuels changements brusques dans son parcours de soins alors même que son état de santé peut connaître des complications.

## → PARCOURS DE SANTÉ

**UNE APPLICATION MOBILE À DESTINATION DES MÉDECINS PRESCRIPTEURS D'HAD**

En vue d'aider à la décision médicale d'orienter un patient en HAD quelle que soit sa provenance (domicile, établissement hospitalier, médico-social ou social avec hébergement), l'application mobile ADOP-HAD est mise à disposition des professionnels pour évaluer l'éligibilité à une HAD.

En moins d'une minute, tout médecin – hospitalier ou libéral – obtient une réponse pour savoir si son patient est éligible ou non à une HAD. La synthèse des critères d'orientation proposés par l'outil peut par ailleurs être utilisée dans le cadre des échanges entre le médecin prescripteur et l'équipe qui prend le relais en HAD. Cet outil permet également de s'informer sur les différents modes de prise en charge possibles : soins palliatifs, pansements complexes, chimiothérapie...

Intuitive et ergonomique, compatible IOS et Android, l'application ADOP-HAD développée par la HAS a vocation à s'intégrer à la pratique quotidienne des médecins. •

**FORMATION****Association Nationale Natation & Maternité**

PIONNIÈRE DEPUIS 1977

**Programme et inscription**

6, Allée de la Tournelle  
91370 Verrières le Buisson  
Message : 01 69 30 98 01  
Courriel : [infos@annm.fr](mailto: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** : 4, 5, 6 mars 2019
- **Stage postnatal** : 7 mars 2019

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

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](mailto:congres@eska.fr)

**CYCLE DE FORMATION EN HOMÉOPATHIE CLASSIQUE**

Vous souhaitez acquérir de nouvelles compétences pour mieux répondre à la demande de prise en charge des patientes à toutes les étapes importantes de leur vie ? Découvrir une autre approche thérapeutique qui prenne en compte la globalité et la particularité de vos patientes ?

**L'HOMÉOPATHIE en est une !**

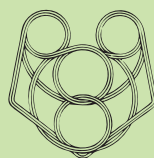
Plébiscitée par des centaines de millions de patients dans le monde, elle est accessible à tous et dénuée d'effet toxique.

**Née il y a 25 ans, l'école INHF-Paris a formé de nombreux professionnels de santé selon les standards internationaux les plus exigeants grâce à un enseignement dynamique et performant.**



DÉCOUVREZ NOS FORMATIONS EN VISITANT NOTRE SITE

[www.inhfparis.com](http://www.inhfparis.com)

**Formations en haptonomie**

CIRDH FRANS VELDMAN

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

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

- **Accompagnement haptonomique pré et post-natal**  
Il favorise la maturation de la relation triangulaire affective entre la mère, le père et l'enfant. Il permet de faire découvrir aux parents une manière d'être favorable au bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance. Il accompagne le développement psychomoteur et affectif de l'enfant jusqu'à la marche acquise.

*Cette formation est accessible aux sages-femmes, obstétriciens, médecins généralistes, pédiatres et aux psychologues cliniciens travaillant en périnatalité.*

L'hapto-obstétrique® est orientée sur la naissance haptonomique, accessible aux sages-femmes et aux obstétriciens.

- **D'autres formations sont orientées vers les divers secteurs de la santé** (l'accès est déterminé en fonction de la profession exercée) :  
Haptopsychothérapie, haptosynésie, haptopédagogie, haptopuériculture®.

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

**RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTIONS**

Tél. : 01 42 01 68 20  
Mail : [cirdhfv@haptonomie.org](mailto:cirdhfv@haptonomie.org)  
[www.haptonomie.org](http://www.haptonomie.org)



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](mailto:congres@eska.fr)

OUI  
A LA BIEN TRAITANCE  
OBSTÉTRICALE



**N'féraïdo®**  
la accompagnant  
Bientraitance

**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 fev 2019  
 \* D.Jacquín 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 Jacquín, OSTÉOPATHE D.O.  
 Tél. : 05 62 28 39 94  
[www.nferaido.com](http://www.nferaido.com)



**Pratiquer dès le lendemain du séminaire**



**Institut  
 Naissance  
 & Formations**



**Calendrier  
 2019**

**Connaissance & Maîtrise du Périnée**  
 de Dominique Trinh Dinh  
 Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

PROGRAMME EN 3 ÉTAPES

- 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> étapes présentielles (dates indiquées ci-après)
- 3<sup>e</sup> 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<sup>er</sup> 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 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 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](mailto:cmp.info@free.fr)

Institut Naissance & Formations - 2a rue du Paradis - 68190 Ungersheim

🌐 [www.institutnaissanceetformations.fr](http://www.institutnaissanceetformations.fr)

Prises en charge possibles: DPC - FIF-PL



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

TARIFS, DATES, ADHÉSION [www.ansfl.org](http://www.ansfl.org)

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

**ÉCHOGRAPHIE ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE**

**Intervenantes:** Évelyne Rigaut (SF-Écho)  
 Lorraine Guénédal (Biologiste)

**Date 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:** 25 avril 2019 à Paris 15<sup>e</sup>

**EUTONIE: RÉÉDUCATION EN POSTNATAL**

**Intervenante:** Martine Gies (SF)

- **Session I:** Découverte  
**Date et lieu:** 11-12 mars 2019 à Lyon 8<sup>e</sup>
- **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:** prévision en 2019 (Pré requis: session III)  
**Lieu:** St Germain Mont D'Or (près de Lyon)

**LA PRATIQUE LIBÉRALE: CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS**

**Intervenante:** Laurence Platel (SF)

**Date et lieu:** 26 avril 2019 à Paris 15<sup>e</sup>

**ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ**

**Intervenante:** Odile Tagawa (SF)

- **Session I:** Prénatal
- **Session II:** Postnatal  
**Dates:** 24-25 janvier 2019 à Marseille (13)  
**7-8 février 2019 - Lieu:** Essonne (91)

**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

Toutes nos formations: FIF-PL

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





**SUIVI GYNÉCOLOGIQUE, SEXOLOGIE ET RÉÉDUCATION**

- Consultation gynécologique et contraception des adolescents
- IVG médicamenteuse
- Thérapeutiques non pharmacologiques de la ménopause et périménopause
- Sexologie – Niveaux I et II
- Rééducation périnéale manuelle et corporelle
- Etonie en rééducation périnéale
- Rééducation périnéale – Techniques applicables aux vulvodynies et vaginisme
- Ostéopathie, traitement des dysfonctions périnéales



**BOITE A OUTILS NON PHARMACOLOGIQUES**

- Autohypnose pour la prévention des douleurs, de l'anxiété et du stress
- Homéopathie appliquée à la périnatalité
- Hypnose – Analgésie, anxiolyse, confort en situations d'urgence
- Médecine traditionnelle chinoise et acupression
- Massage ayurvédique appliqué à la périnatalité
- Postures et physiologie de travail et d'accouchement
- Respirations et ancrage
- Thérapeutiques non pharmacologiques de la grossesse et du postpartum



**SAVOIR ACCOMPAGNER**

- Méditation de pleine conscience comme outil de soin
- Le normal et le pathologique pendant la grossesse et le post-partum
- Le soignant face au deuil périnatal
- Nutrition gestion du poids pendant la grossesse et image corporelle
- Nutrition de la femme enceinte et diététique des pathologies liées à la grossesse
- Tabac et grossesse
- Violences faites aux femmes
- Hypnose : outils d'accompagnement du couple et de la parentalité

Retrouvez toutes nos formations, lieux & dates sur [www.medicformation.fr](http://www.medicformation.fr)



**FORMATIONS EN INTRA**

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

**NOUS CONTACTER  
POUR UN DEVIS**

# LA MÉDECINE AUX ÉDITIONS ESKA

## LES REVUES MÉDICALES



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



**LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE**  
11 numéros par an  
Abonnement annuel  
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur [www.eska.fr](http://www.eska.fr)



**CANCERS AU FÉMININ**  
4 numéros par an  
Abonnement annuel  
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur [www.eska.fr](http://www.eska.fr)



**JOURNAL INTERNATIONAL DES CENTRES DES MALADIES DU SEIN**  
*INTERNATIONAL JOURNAL OF BREAST DISEASE CENTERS*  
4 numéros par an  
Abonnement annuel  
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur [www.eska.fr](http://www.eska.fr)



**ANGÉIOLOGIE**  
4 numéros par an  
Abonnement annuel  
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur [www.eska.fr](http://www.eska.fr)



**JOURNAL DE GESTION ET D'ÉCONOMIE MÉDICALES**  
8 numéros par an  
Abonnement annuel  
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur [www.eska.fr](http://www.eska.fr)

**CFEE**

Des revues éditées par les Editions ESKA

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

E-mail : inscriptions et renseignements :  
[congres@eska.fr](mailto:congres@eska.fr)  
Site : [www.eska.fr](http://www.eska.fr)

## LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

**TARIF D'ABONNEMENT**  
11 NUMÉROS PAR AN

Abonnement Particulier	Plein tarif	Étudiant(e)s* Retraité(e)s*
FRANCE	79,00 €	43,00 €
D.O.M.	84,00 €	53,00 €
EUROPE OCCIDENTALE	92,00 €	55,00 €
T.O.M./ÉTRANGER	94,00 €	58,00 €

\* Joindre attestation.  
**Abonnement collectif de service** 156,00 €

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

## ABONNEMENT 2018

**VOS COORDONNÉES**

M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  M. (en lettres capitales)

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Code postal [ ][ ][ ][ ][ ] Ville .....

Pays ..... Téléphone .....

E-mail .....

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

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

Renvoyer le coupon à : Dossiers de l'Obstétrique - Éditions ESKA - 12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris - T. 01 42 86 55 65 - F. 01 42 60 45 35



afsfa

**ARCACHON**

Palais des Congrès  
Boulevard Veyrier Montagnères  
33120 ARCACHON

**22/23  
MARS  
2019**

# Séminaire de l'Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs

N° Formateur : 82 01 0163601

## Programme

La Sage-Femme au coeur de la prévention

### Vendredi 22 mars 2019

8 : 30	Accueil des congressistes et petit déjeuner
9 : 00	Ouverture des journées
9 : 15	<b>La prévention par la prise des pouls pendant la grossesse</b> > Dr Alain SCHMIDT
10 : 00	<b>Suivi préventif de la grossesse en acupuncture et diététique</b> > Patricia DUCHATEAU
10 : 45 - 11 : 15	Pause et visite des stands
11 : 15	<b>Prévention de l'anémie</b> > Caroline MAZAL
12 : 00	Échanges, analyse des pratiques
12 : 30 - 14 : 00	Déjeuner
14 : 00	<b>La consultation préconceptionnelle au centre de la prévention</b> > Clélia MOTTE
14 : 45	<b>Prévention de la douleur par acupuncture lors de la pose de DIU</b> > Emilie BAROTTE > Juliane Le COSSEC > Adeline CROS > Domitille KERHUEL
15 : 15	Échanges, analyse des pratiques
15 : 45 - 16 : 15	Pause et visite des stands
16 : 15	<b>Prévention du Retard de Croissance Intra-Uterin</b> > Corinne NAUDON
17 : 00	<b>Prise en charge de l'arrêt du tabac par l'acupuncture</b> > Dr Hubert KLOTZ
17 : 45	Échanges, analyse des pratiques
17 : 45	Fin des séances

### 20 : 30 Dîner de Gala



Secrétariat scientifique, adhésion et DPC  
Association Française des  
Sages-Femmes Acupuncteurs  
Mail : afsfa.secretariat@gmail.com  
Site : www.afsfa.fr

### Samedi 23 mars 2019

8 : 30	Accueil des congressistes et petit déjeuner
9 : 00	<b>Une expérience du yin et du yang à travers le Yoga</b> > Sarah MC MULLIN
9 : 45	Échanges, analyse des pratiques
10 : 00	<b>9 mois - 10 lunes</b> > Dr Jean-Marc EYSSALET
10 : 45 - 11 : 15	Pause et visite des stands
11 : 15	<b>9 mois - 10 lunes</b> > Dr Jean-Marc EYSSALET
12 : 00	Échanges, analyse des pratiques
12 : 30 - 14 : 00	Déjeuner
14 : 00	<b>Les troncs et les branches pour les nuls</b> > Esther NICAISE
14 : 30	<b>Les troncs et les branches : outil de prévention</b> > Dr Martine d'ESPOUY
15 : 30	Échanges, analyse des pratiques
15 : 45 - 16 : 15	Pause et visite des stands
16 : 15	<b>Tuina et acupuncture en pédiatrie</b> > Ling-Ya HSU
17 : 00	Échanges, analyse des pratiques
17 : 15	Clôture des journées



CERC • CONGRÈS

Gestion des inscriptions  
Cerc-Congrès - 17 rue Souham - 19000 TULLE  
Tél. : 05 55 26 18 87  
Mail : inscription@cerc-congres.com  
Site : www.cerc-congres.com



# 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 modèles<sup>1</sup> hospitaliers et compacts sont à un tarif unique de 12,07<sup>2</sup> € 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](mailto: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](http://leblogallaitement.com)

[www.grandir-nature.com](http://www.grandir-nature.com)

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

<sup>2</sup> 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° FINISS 672656030