

**DOSSIER**  
**L'endométriose****MAÏEUTIQUE** Ouverture de la Filière physiologique de la Maternité de l'Hôpital Simone Veil d'Eaubonne (Val d'Oise)**GYNÉCOLOGIE/OBSTÉTRIQUE** L'échographie pelvienne • Utilisation d'un simulateur pour la formation en échographie gynécologique et obstétricale**SANTÉ PUBLIQUE** **DOSSIER** • L'origine de l'endométriose • L'endométriose, juste des règles douloureuses ? • L'endométriose ne touche pas que les femmes adultes • Le délai diagnostique de l'endométriose • Le soulagement de la douleur • Un impact psychologique indéniable • Grossesse et endométriose**SCIENCES HUMAINES** Représentations et vécus des femmes face à la césarienne en France •**VOLET PÉDAGOGIQUE** Une petite histoire de la césarienne, volontairement incomplète... ou pas • Accouchement par césarienne et mortalité maternelle du post-partum**ALLAITEMENT** Le BN: Biological Nurturing

# Avec la Suite PHENIX passez en mode confort

**Trois solutions complémentaires** : surveillance de grossesse globale et cohérente, rééducation périnéale et gestion administrative et médicale de vos données patientes.



## PHENIX MONITO LE MONITORING SANS FIL

Grand écran, grossesses multiples, imprimante thermique... Facilitez votre quotidien !

À PARTIR DE  
96 € TTC/MOIS\*



## PHENIX Micro RÉEDUCATION PÉRINÉALE SANS FIL

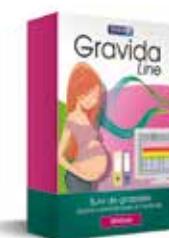
Assistant thérapeutique, dossier favoris... Optez pour la facilité.

124 € TTC/MOIS\*

## LOGICIEL DE SUIVI DE GROSSESSE GRAVIDA LINE

Un seul outil informatisé pour toutes vos fiches patientes.

499 € TTC\*\*



\* Offre valable pour une durée de 36 mois, selon notre barème de financement en vigueur au 01/01/2018.

\*\* Hors financement



**POUR L'ENSEMBLE DE VOTRE ACTIVITÉ  
CHOISISSEZ LA MARQUE  
DE L'EXCELLENCE !**

**VIVALTIS**

Leader mondial des appareils de rééducation périnéale, le bien-être des femmes est au cœur de la démarche VIVALTIS depuis 17 ans.

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

02	ÉDITORIAL BENOÎT LE GOEDEC
04	MAÏEUTIQUE Ouverture de la Filière physiologique de la Maternité de l'Hôpital Simone Veil d'Eaubonne BENOÎT LE GOEDEC
08	GYNÉCOLOGIE   OBSTÉTRIQUE L'échographie pelvienne ISABELLE FREY ET NICOLAS PERROT
13	Utilisation d'un simulateur pour la formation en échographie gynécologique et obstétricale MICHÈLE GOUSSOT-SOUCHET
16	SANTÉ PUBLIQUE <b>DOSSIER L'ENDOMÉTRIOSE</b>
16	L'origine de l'endométriose PIERRE COLLINET
17	L'endométriose, juste des règles douloureuses ? JEAN-PHILIPPE ESTRADE
19	L'endométriose ne touche pas que les femmes adultes MICHEL CANIS
20	Le délai diagnostique de l'endométriose PIERRE PANEL ET PAULINE BAISSAS
22	Le soulagement de la douleur ÉMILIE HUDON ET PHILIPPE DESCAMPS

24	Un impact psychologique indéniable VALÉRIE ANTOINE, ULLA COMBES ET CHARLES CHAPRON
25	Grossesse et endométriose LOUIS MARCELLIN ET CHARLES CHAPRON
35	SCIENCES HUMAINES Représentations et vécus des femmes face à la césarienne en France ANNE-CHARLOTTE PANTELIAS
38	VOLET PÉDAGOGIQUE Une petite histoire de la césarienne, volontairement incomplète... ou pas THIERRY HARVEY
39	Accouchement par césarienne et mortalité maternelle du post-partum CATHERINE DENEUX-THARAUX ET AL.
42	ALLAITEMENT Le BN: Biological Nurturing CATHERINE LÉGIER
44	KIOSQUE
44	AGENDA EN BREF
45	FICHE TECHNIQUE Le psychotraumatisme
46	COMMUNIQUÉS
51	RECHERCHE
53	PETITES ANNONCES & FORMATIONS

## LES ANNONCEURS

C2	Phenix Vivaltis
C3	Techmed
C4	Grandir Nature
03	47 <sup>es</sup> Assises Nationales des Sages-Femmes
07	Rencontres A 2 Mains

27	Forum Sein 2019
31	47 <sup>es</sup> Journées Jean Cohen
50	Journée du Collège National des Sages-Femmes de France
53	Formations ANSFL
53	Association Nationale Natation & Maternité
53	Institut Naissance & Formation
54	Colloque La Prééclampsie
54	CIRDH

54	30 <sup>es</sup> Journées d'études de l'ANSFT
55	Médicformation
56	Congrès "Les Dialogues de l'Obstétrique" par les D.O.

## OURS

## COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF  
Benoit Le Goedec, Sage-femme  
Benoitlegoedec@gmail.com

## MEMBRES

Farid Boubred, PH Pédiatre, Marseille  
Véronique Brevaut-Malaty, PH Pédiatre, Marseille  
Isabelle Derrendinger, S-F, Directrice ESF, Nantes  
Clotilde Des Roberts, PH Pédiatre, Marseille  
Bruno Deval, Gynécologue-Obstétricien, Paris  
Claude Doyen, S-F, Directrice ESF Strasbourg  
Alexandre Fabre, PH Pédiatre, Marseille  
Pierre Frémontière, Enseignant Chercheur, ESF Marseille  
Jocelyne Guermeur, S-F, Directrice ESF Rennes  
Thierry Harvey, Chef de service, Gynécologue-Obstétricien, Paris  
Pascale Hessler, S-F, Enseignante, ESF Marseille  
Sandrine Hautbois-Vigne, S-F, Enseignante, ESF La Réunion  
Sabrina Hubert-Payet, S-F, Directrice ESF La Réunion  
Élisabeth Josse, S-F, Directrice de Formation, Boulogne-Billancourt  
Pierre Mares, Chef de service, Gynécologue-Obstétricien, Nîmes  
Philippe Merviel, Chef de service, Gynécologue-Obstétricien, Brest  
Sylvie Morel, Nantes  
Alexandra Musso, S-F, Enseignante, Nice  
Christophe Pasca, Directeur IFROSS, MCU Sciences de Gestion HDR, Lyon  
Marie-Agnès Poulain, S-F, Directrice ESF Amiens

Sébastien Riquet, Enseignant Chercheur, ESF Marseille  
Cécile Rouillard, S-F, Directrice ESF Angers  
Christine Talot, S-F, Sous-Directrice ESF Foch-Suresnes  
Isabelle Vaast, S-F, Lille  
Carole Zakarian, S-F, Directrice ESF Marseille

**CONCEPTION GRAPHIQUE**  
Marie-Paule STÉPHAN  
Conception, réalisation, suivi du numéro  
mstudiom@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

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**  
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

Priscilla RIESCO et Alicia GORRILLIOT - T. 01 42 86 55 69 - [agpaedit@eska.fr](mailto:agpaedit@eska.fr)  
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66  
[serge.kebabtchieff@eska.fr](mailto:serge.kebabtchieff@eska.fr)

## ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Valérie ANTOINE, Psychologue clinicienne, CHU Cochin Port Royal, Paris  
Pauline BAISSAS Gynécologue-obstétricienne, CH Mignot, Versailles  
Michel CANIS, Gynécologue-obstétricien et l'équipe du CHU d'Estaing, Clermont-Ferrand  
Charles CHAPRON, Chef du service Gynécologie-obstétrique, CHU Cochin Port Royal, Paris

Pierre COLLINET, Gynécologue-obstétricien et l'équipe du CHU de Jeanne de Flandres, Lille  
Ulla COMBES, Étudiante en psychologie, CHU Cochin Port Royal, Paris  
Isabelle FREY et Nicolas PERROT, Radiologues, Centre Imagerie Médicale Pyramides, Paris  
Philippe DESCAMPS, Chef du service de Gynécologie obstétrique, CHU d'Angers  
Jean-Philippe ESTRADE, Gynécologue-obstétricien, Marseille  
Michèle GOUSSOT-SOUCHET, Sage-femme

Thierry HARVEY, Chef de service, Gynécologue-Obstétricien, Paris  
Émilie HUON, Gynéco-obstétricienne, Montréal  
Mesdames KASHANI, Cadre supérieure de Santé de la Maternité Simone Veil et RENOU, Cadre responsable de la Filière physiologique Catherine LÉGIER, Sage femme hospitalière, Maternité d'Aubagne, consultante IBCLC et accompagnante en allaitement BN

Louis MARCELLIN, Gynécologue obstétricien, CHU Cochin Port Royal, Paris  
Pierre PANEL, Chef de service Gynécologie obstétrique, CH de Versailles  
Anne-Charlotte PANTELIAS, Sage-femme\*, Maternité de Port Royal, Paris

**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.  
Dépot légal : Avril 2019



## ÉDITIONS ESKA

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

Photo de couverture:  
Holger Link - Unsplash

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

# L'appel à la grève des IVG par le SYNGOF Suite...

**L**e 13 mars dernier, le SYNGOF a envoyé un courrier à 1500 gynécologues obstétriciens adhérents pour les appeler à faire la grève des IVG. L'objectif des Dr Jean Marty et Élisabeth Paganelli, à l'origine de cet appel dans leur newsletter, était de faire pression sur la Ministre de la Santé afin d'obtenir une meilleure prise en charge de leur assurance professionnelle.

Dès la prise de connaissance de cet appel, des féministes se mobilisent pour dénoncer cette prise en otage du choix et du corps des femmes. L'Ordre National des Sages-femmes publie un communiqué de presse.

Les associations féministes demandent une sanction ordinaire exemplaire des responsables du SYNGOF.

Plus de 13 000 plaintes arrivent à l'Ordre des Médecins, à l'initiative d'une militante de *Nous toutes*, M<sup>me</sup> Leleux. Le collectif « *Tout.e.s contre les violences obstétricales et gynécologiques* », à l'instar de sa présidente M<sup>me</sup> Bisch, en association avec le collectif « *Les Effronté.e.s* » et sa porte-parole M<sup>me</sup> Benomar, ont simulé une prise d'otage au niveau du siège de l'Ordre des Médecins.

Puis, une tribune intitulée « *Madame la Ministre, libérez l'IVG* », cosignée par le « *Collectif Avortement Europe : les*

*femmes décident* » et par des personnes engagées pour le droit des femmes paraît dans *Libération* début avril.

Suite à ces fortes mobilisations, le Conseil de l'Ordre des Médecins a annoncé autosaisir sa chambre disciplinaire ordinaire contre les trois responsables du SYNGOF.

En même temps, Gwendoline Cros, une femme de 37 ans venant de reprendre des études de sage-femme, a déposé plainte contre les docteurs Jean Marty, Bertrand de Rochambeau et Élisabeth Paganelli auprès de leurs Conseils de l'Ordre départemental respectifs.

Le 10 avril dernier, elle a été convoquée pour une conciliation auprès de l'Ordre départemental des Médecins de Seine-et-Marne (77) à La Rochette, dans le cadre de sa plainte contre Bertrand de Rochambeau.

C'est une affaire intéressante à suivre car des décisions prises par la chambre disciplinaire de l'Ordre des Médecins impacteront le regard posé sur ces instances mais aussi sur nous tous, médecins ou sages-femmes, engagé.e.s, féministes ou pas, et qui ont pu être choqué.e.s par cet appel, au nom de leur discipline et de leur engagement pour le respect des femmes, de leurs droits et de leurs libertés. •

**LES D.O. LES DOSSIERS DE L'OBSTÉRIQUE**

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

Abonnement Particulier	Plein tarif	Étudiant(e)s* Retraité(e)s*
FRANCE	79,00 €	50,00 €
D.O.M.	84,00 €	60,00 €
EUROPE OCCIDENTALE	92,00 €	62,00 €
T.O.M./ÉTRANGER	94,00 €	65,00 €

\* Joindre attestation.

**Abonnement collectif de service** 156,00 €

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

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

**ABONNEMENT 2019**

**VOS COORDONNÉES**

M<sup>me</sup>  M<sup>le</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)

# 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

#### SYNDRÔME 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 puerpérée - **Anne Raynaud-Postel** (Floirac)

12h30

----- Déjeuner -----

14h00

#### PRÉSENTATION ET REMISE DES PRIX POSTERS

##### ACTUALITÉS

- \* Rupture Prématurée 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 Manoeuvres 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

Référencé Datadock



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

# Ouverture de la Filière physiologique de la Maternité de l'Hôpital Simone Veil d'Eaubonne (Val d'Oise)

PAR BENOÎT LE GOEDEC, SAGE-FEMME

ENTRETIEN AVEC MESDAMES KASHANI, CADRE SUPÉRIEURE DE SANTÉ DE LA MATERNITÉ SIMONE VEIL ET RENOU, CADRE RESPONSABLE DE LA FILIÈRE.

*La maternité de l'hôpital Simone Veil du groupe hospitalier Eaubonne Montmorency (95) est une maternité de niveau 2B réalisant 3 292 accouchements en 2018. Elle a ouvert une filière physiologique dont le projet a été déposé à la direction de l'établissement et accepté fin 2018, avec un démarrage progressif en 2019.*

**C'**est un projet ancien qui tenait à cœur à l'équipe de la maternité depuis un moment déjà. De plus, il existe une demande des usagers sur le Val d'Oise de plus en plus importante quant à cette recherche d'établissement s'engageant dans cette démarche du respect de la physiologie dans une filière identifiée. La maternité Simone Veil est dorénavant la seule offre de ce type sur le département du Val d'Oise. Même si certains établissements s'équipent de salle « nature » ou ont une démarche aussi tournée vers la physiologie, aucun n'a de filière spécifique dédiée.

La maternité est géographiquement bien située sur le territoire, non excentrée, pour permettre aux femmes de rester au maximum de leur choix et de leur possibilité chez elles et d'arriver en maternité dans la phase active du travail.

Des locaux existaient sur place et ont pu être dédiés pour les consultations, la préparation à la naissance. L'accouchement quant à lui se déroulera dans les locaux actuels des salles d'accouchement, dans une salle nature



***Les sages-femmes de la filière physiologique sont issues de l'équipe. Elles ont été porteuses du projet qui avait été historiquement déjà validé il y a plusieurs années sur l'ancien site de l'hôpital.***

spécifique, avec tout ce qui est nécessaire à la physiologie (suspension, baignoire, banquette d'accouchement...)

L'équipe est constituée de 5 temps plein de sages-femmes.

Les sages-femmes de la filière physiologique sont issues de l'équipe. Elles ont été porteuses du projet qui avait été historiquement déjà validé il y a plusieurs années sur l'ancien site de l'hôpital mais la situation d'alors n'avait pas permis de le déployer, aussi bien de son point de vue économique que des locaux. Les sages-femmes étaient présentes dans cette réflexion et construction. Aujourd'hui, les sages-femmes assurant le suivi des femmes dans cette filière physiologique sont Catherine Dray, Audrey Melisse-Duvivier, Anne-Marie Giroux et Hélène Lasserre. Une cinquième est en cours de recrutement.

Beaucoup de candidatures se sont présentées mais toutes n'étaient pas adaptées, que ce soit sur les motivations, l'expérience ou la formation. Une demande d'expérience clinique est exigée. Il est demandé au moins 5 ans de diplômes et d'expérience et le parcours est regardé... ainsi que la personnalité. Une sage-femme venant de l'extérieur passera d'abord 6 mois dans la filière habituelle avant de passer dans son poste sur la filière physiologique afin de connaître l'équipe dans sa globalité et d'être connue elle-



*Audrey Melisse*



*Catherine Dray*



même par l'équipe, de favoriser les interfaces et de ne pas s'enfermer dans ce petit groupe de la filière physiologique. L'articulation avec les autres sages-femmes se fait bien. Il y a à la fois une curiosité et une attente car c'est quelque chose de nouveau. Puis, quelques inquiétudes matérielles, normales avant d'avoir pu réellement expérimenter le fonctionnement.

Beaucoup de sages-femmes de l'équipe ne sont pas dans la filière physiologique mais font aussi de la physiologie. Cet esprit de respect de la physiologie est culturel dans la maternité et existe depuis longtemps. Les sages-femmes ont toujours cherché à développer leur écoute attentive des patientes, se sont formées à d'autres méthodes (homéopathie, massage, hypnose, sciences humaines...). Ce n'est pas nouveau en soi. Ce qui est nouveau c'est d'en dédier des moyens et de créer cette filière parallèle.

La filière est sous la responsabilité du chef de pôle. Pour autant, le chef de service a participé aux groupes de travail lors de la préparation du projet qui a mis un peu plus de neuf mois pour se construire. Il a validé les critères d'inclusion, travaillé sur le transfert.

L'objectif, à terme, est de 300 accouchements par an.

Cette filière physiologique est basée dans son fonctionnement sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2007 remises à jour en 2015 sur les grossesses à bas risques. Les facteurs d'inclusion, d'exclusion et de non-inclusion ont été établis en fonction des critères de cette recommandation. Chaque demande est étudiée et tout le monde ne pourra donc pas en bénéficier.

Dès son ouverture, l'équipe a pu constater que la demande existe, avec déjà plus de demandes que ce qui était prévu.

## LE CIRCUIT

Les patientes peuvent avoir l'information par :

- Le bouche-à-oreille ;
- Le site internet de l'hôpital sur lequel il y a des informations sur la prise en charge des patientes à la maternité mais aussi un encart spécial sur la filière physiologique avec une fiche d'inscription et une plaquette d'information ;
- Un groupe d'information, le samedi une fois par mois, pour tous les couples, où est présentée la prise en charge à l'hôpital Simone Veil et pendant laquelle est faite aussi la présentation de la filière ;
- Le soutien d'une association d'usagers.

Ensuite, les patientes doivent s'inscrire le plus tôt possible, avant le cinquième mois.

Une fois la demande d'inscription effectuée par la femme, une sage-femme de la filière téléphone à la patiente et lui

*Les sages-femmes ont toujours cherché à développer leur écoute attentive des patientes, se sont formées à d'autres méthodes (homéopathie, massage, hypnose, sciences humaines...). Ce n'est pas nouveau en soi. Ce qui est nouveau c'est d'en dédier des moyens et de créer cette filière parallèle.*

propose un rendez-vous pour un entretien. Le démarrage ne se fait pas d'emblée par une consultation et le suivi obstétrical. Cet entretien d'une heure avec la femme ou le couple permet que ces derniers expriment leur projet, leurs attentes. Et en même temps, la sage-femme leur explique le fonctionnement de la filière physiologique, de l'organisation propre de celle de Simone Veil, qu'ils sachent ce qui peut leur être proposé, apporté au sein de la filière.

Les sages-femmes en profitent aussi pour faire un premier tri des éventuels facteurs de risques qui contre-indiquerait directement une inclusion dans ce type de suivi. Si tel est le cas, la sage-femme explique le pourquoi aux couples et essaie d'organiser avec eux le suivi adapté dans la filière habituelle.

À l'issue de cet entretien, quand la patiente est éligible, il est reprogrammé un autre rendez-vous deux semaines après environ. Ce délai est un délai de réflexion nécessaire pour bien envisager ce mode de suivi et d'accouchement, notamment le choix de ne pas utiliser d'analgésie périnéale.

Cela permet de faire entrer les femmes, compte tenu du nombre de demandes, pour qui l'engagement est réfléchi et qui souhaitent aller au bout de la démarche.

Quand l'inclusion est validée, la sage-femme organise le suivi de grossesse, la préparation à la naissance et tout l'accompagnement que nécessite une grossesse.

Dans leur parcours, les femmes sont suivies par plusieurs sages-femmes. Un trinôme de sages-femmes sera utilisé pour un suivi. La patiente les rencontrera, pendant les cours de préparation à la naissance par exemple, qui ne sont pas toujours faits par la même sage-femme. Cela permet de faire connaissance mais aussi de proposer plusieurs expertises et outils en fonction des formations, de l'expérience et des compétences de la sage-femme. Par exemple yoga, haptonomie, Bonapace... en essayant de personnaliser les parcours, sans être restrictif sur une méthode en particulier mais en faisant découvrir et en offrant plusieurs alternatives à la prise en charge de la douleur qui pourront être utilisées le jour de l'accouchement.

Ce trinôme permet aux femmes de connaître plusieurs sages-femmes. Celles-ci sont salariées, hospitalières. Ainsi, si l'une est absente l'autre peut prendre le relais.

Et pour les nuits, les week-ends et les jours fériés, une sage-femme est d'astreinte. La patiente peut donc avoir affaire à l'une des trois.

Une réflexion pour savoir s'il sera nécessaire de faire rencontrer, par une séance une fois par mois, l'ensemble de l'équipe aux femmes, est en cours.

Cette rencontre peut aussi avoir lieu dans des temps informels, de convivialité, où les sages-femmes et les parents se rencontrent, échangent, discutent. Tout cela sera ajusté au fur et à mesure de l'expérience. L'espace de préparation à la naissance est un espace essentiel.

Une des sages-femmes sera une « référente » de la femme pour le suivi de grossesse. Cela permet de faire du lien et à la patiente de gagner confiance en elle. Mais la patiente est informée que ce n'est pas forcément elle qui sera là le jour de l'accouchement.

Durant la journée, une sage-femme est en poste durant 10 heures. Elles seront deux quand la montée en charge des demandes de femmes sera totale et l'effectif au complet. Une sage-femme fera 8 h-18 h, l'autre 11 h-21 h, ce qui permet de couvrir une large plage horaire.

Dans la journée, les sages-femmes organisent la consultation, la préparation à la naissance, les entretiens, le suivi des grossesses prolongées.

Si, en journée, il y a un accouchement, une sage-femme se détachera pour aller suivre le travail de la patiente.

La nuit, c'est la patiente elle-même qui déclenche l'astreinte. La liste mensuelle des astreintes avec le numéro de téléphone des sages-femmes est donnée aux patientes. Quand celle-ci est en début de travail, elle appelle la sage-femme. Des échanges peuvent avoir lieu par téléphone ; la sage-femme donne des conseils puis elles se retrouvent sur l'établissement, au sein de la filière physiologique dans les locaux d'accueil ou en salle de naissance pour la prise en charge du travail et de l'accouchement. Les sages-femmes ne se déplacent pas au domicile des patientes.

Ensuite, le suivi de travail se fera en *one to one care*. La sortie de la filière physiologique vers le secteur habituel de la maternité se fait en cas de pathologie. Le temps nécessaire pour chaque femme aux différentes phases du travail est respecté, conformément aux recommandations, le mouvement est possible, les postures d'accouchement choisies par la femme. Les sages-femmes laissent les espaces de liberté aux patientes pour déambuler, se positionner, prendre un bain ou pas... Il n'y a pas de travail dirigé ni de pose d'analgésie péridurale. La rupture artificielle des membranes n'est pas exclue mais est soumise à l'expertise et à l'évaluation de la sage-femme et son échange avec la femme. Le cadre sécuritaire est majoré par ces espaces donnés aux femmes et à leur participation active à partir de leurs sensations. Aucune contrainte n'est mise de façon à ne pas s'éloigner et respecter le déroulement physiologique. Il est par ailleurs aussi garanti par les sages-femmes, une écoute et un enregistrement régulier du rythme cardiaque foetal, une surveillance de la contractibilité utérine...

***Le temps nécessaire pour chaque femme aux différentes phases du travail est respecté, conformément aux recommandations, le mouvement est possible, les postures d'accouchement choisies par la femme.***

Si la patiente bascule dans l'autre filière pendant la grossesse, elle change d'équipe. Mais le jour de l'accouchement, si la patiente change de filière (pathologie, césarienne, demande de prise en charge de la douleur par analgésie...) la sage-femme s'engage à rester avec la femme jusqu'à son accouchement et continue à suivre son travail comme si elle était dans la filière physiologique sauf qu'elle s'adapte aux protocoles de la filière normale.

C'est quelque chose de validé entre les deux filières. Elles vont jusqu'au bout pour ne pas majorer la sensation de transfert pour la patiente. C'est aussi un atout pour le travail en commun des deux filières, évite les risques de retard de transfert, et permet à la femme de continuer le *one to one*, de se rapprocher de son projet initial en minimisant son éventuelle déception, sachant que l'activité de l'autre filière est plus intense et les sages-femmes de fait moins disponibles pour ce mode de présence. Ainsi, la patiente n'est pas en rupture de sa sage-femme quand elle l'est déjà de son projet. Elle ne se retrouve pas soudainement avec une équipe inconnue, au seuil du bloc opératoire par exemple !

Après l'accouchement, la sage-femme effectue la surveillance du post-partum immédiat, la mise en peau à peau, la première mise au sein si allaitements maternels, l'examen du nouveau-né. Puis, après le passage dans le service de suites de couches, elle est complètement confiée à l'équipe de suites de couches, aux sages-femmes libérales après la sortie... La prise en charge de la sage-femme de la filière physiologique s'arrête à la sortie de la salle de naissance vers les suites de couches.

La sortie, avec une sage-femme libérale choisie par la femme ou par le système PRADO, est préparée pendant le suivi de grossesse. Ce ne sont pas majoritairement des femmes qui resteront quatre jours en hospitalisation.

Mais dans le temps de préparation à la naissance, il est prévu de faire un groupe de retour en post-natal, un à deux mois après l'accouchement. Cela permet un retour d'expérience et crée aussi du lien. C'est aussi valorisant pour les sages-femmes d'avoir ce retour et ce contact. Cela fidélise aussi les patientes, leur permet de se rencontrer entre elles. Et aussi de faire du dépistage de difficultés éventuelles postnatales. •

6 et 7 Septembre 2019

CITY CENTER VIEUX PORT  
World Trade Center, 2 Rue Henri Barbusse  
13001 MARSEILLE



9<sup>es</sup>  
**RENCONTRES  
A DEUX MAINS**



sous la présidence du  
**Dr Christine LOUIS-VAHDAT**  
PARIS

Plusieurs sessions validantes  
dans le cadre des obligations DPC

Comité scientifique  
Chantal FABRE CLERGUE



# L'échographie pelvienne

PAR ISABELLE FREY ET NICOLAS PERROT, RADIOLOGUES, CENTRE IMAGERIE MÉDICALE PYRAMIDES, PARIS 1<sup>er</sup>

*La demande en échographie pelvienne va croissant, principalement en raison de l'augmentation du nombre de protocoles de procréation médicalement assistée (PMA). Cet examen est le complément simple de l'examen clinique et concerne en fait quasiment tous les âges. Dans un premier temps, nous verrons les principes techniques de l'échographie pelvienne qui dépendent bien sûr de l'âge de la patiente et, dans un deuxième temps, nous aborderons les aspects échographiques d'un pelvis normal.*

## PRINCIPES TECHNIQUES

**L**'échographie menée par voie sus-pubienne, vessie pleine, remonte à une quarantaine d'années. L'avènement des sondes endo-cavitaires remonte à environ trente ans. Ces dernières ont largement supplanté les techniques transabdominales.

### ÉCHOGRAPHIE SUS-PUBIENNE (OU TRANSABDOMINALE)

Elle reste la technique de référence quand l'échographie endo-vaginale est impossible (patiente vierge, patiente très âgée, vaginisme).

► **TECHNIQUE** > Réalisée vessie pleine même si les sondes dont on dispose aujourd'hui permettent un examen vessie vide. La qualité de ce dernier dépendra des interpositions digestives. Vessie pleine, les anses digestives sont refoulées et la vessie est une fenêtre acoustique.

Sa qualité dépend de l'épaisseur de la paroi abdominale et de l'existence d'éventuelles cicatrices, d'une irradiation pelvienne antérieure, de la présence de pansements. La réalisation d'une hystérectomie totale peut justifier de se limiter à cette technique dans les suites immédiatement postopératoires. Sa pratique impose de respecter les horaires de la consultation.

► **AVANTAGES** > Cette technique, comparée à la technique endocavitaire, permet un champ d'exploration plus large. Elle est particulièrement utile en cas de gros utérus ou quand les ovaires échappent à l'examen endo-cavitaire compte tenu de leur position haute au-delà du champ d'investigation des sondes de haute fréquence utilisées en intravaginal. Elle permet dans le même temps, après examen pelvien, de vérifier la finesse des cavités rénales avec la même sonde. Elle montre correctement la paroi vésicale qui échappe à la technique endocavitaire pratiquée vessie vide.

Elle a longtemps constitué une technique d'apprentissage de l'échographie gynécologique pour des radiologues qui « assuraient » leur examen par cette technique avant de se



Fig. 1: Myomètre homogène. Endomètre régulier: 6,4 mm.

lancer dans une exploration endocavitaire. Aujourd'hui il semble que l'apprentissage des plus jeunes puisse se faire d'emblée par les techniques endocavitaires.

► **INCONVÉNIENTS** > On a déjà souligné la nécessité de réaliser cet examen vessie pleine ce qui peut constituer un inconvénient. La pression abdominale sur une vessie pleine est désagréable. Cet examen est également limité par sa résolution spatiale nettement inférieure à celle obtenue par des sondes de haute fréquence.

► **ÉQUIPEMENT** > Dans la mesure où l'examen de référence de l'appareil génital repose sur des sondes endocavitaires, il semble que l'on puisse proposer, en cas de nécessité, l'examen par voie sus-pubienne par les sondes habituellement utilisées en obstétrique (Fig. 1).

► **LIMITES** > On a déjà évoqué une faible résolution spatiale. On doit ajouter une mauvaise qualité en cas de paroi épaisse, en présence de gaz digestifs. La reconstruction 3D est très limitée. De même, l'exploration Doppler est peu informative. Ces limites sont en partie contrecarrées par un complément d'exploration vessie en moindre réplétion qui permet une compression abdominale plus marquée. L'exploration des utérus rétroversés est particulièrement délicate au niveau du fond utérin éloigné de la sonde d'exploration.

### ÉCHOGRAPHIE ENDOVAGINALE

La qualité des images procurées par les sondes endovaginales de haute fréquence en fait l'examen de référence. Aujourd'hui l'examen par voie sus-pubienne précédemment exposé n'est qu'un complément des explorations endocavitaires si ces dernières apparaissent incomplètes.

Même si cet examen est largement diffusé, il convient de demander à la patiente si elle connaît les particularités de l'examen et, dans le cas contraire, quelques informations s'avèrent utiles avant de commencer.

► **MATÉRIEL** > Les sondes aujourd’hui disponibles sont des barrettes courbes électroniques donnant une image sectorielle. Les fréquences utilisées vont de 5 à 12 MHz. Elles sont équipées pour réaliser un complément en Doppler quelles qu’en soient les modalités (couleur, énergie, Doppler pulsé). Le réglage des différents paramètres optimisant l’examen gynécologique est assuré par le constructeur. L’ensemble de ces paramètres est réuni sur un *preset*; le mode harmonique en fait partie. Il améliore la résolution en contraste au détriment de la puissance en profondeur justifiant pour l’analyse des volumineux utérus sa suppression momentanée.

► **DÉSINFECTION DES SONDES** > Les sondes doivent aujourd’hui être désinfectées selon un protocole dit de désinfection de haut niveau entre chaque utilisation; ces précautions doivent être communiquées à la patiente, soit oralement, soit en affichant le protocole de désinfection dans la salle d’examen.

L’utilisation d’un protège-sonde (marquage CE) est également communiquée à la patiente. Le port de gants pour la mise en place du protège-sonde, du gel échographique et pour la pratique de l’examen est obligatoire.

► **POSITION ET TECHNIQUE** > La patiente est en décubitus dorsal les jambes légèrement relevées, les pieds à plat sur la table d’examen. L’examen est donc réalisé vessie vide, à moins qu’on ne recherche électivement une atteinte vésicale, en particulier dans les localisations sous-péritonéales antérieures de l’endométriose. Dans ce cas, il est préférable que la vessie ne soit pas totalement vide. La sonde se place naturellement en avant du col si l’utérus est antéversé et en arrière dans le cul-de-sac vaginal postérieur s’il est rétroversé. L’examen peut être combiné à la palpation abdominale qui rabat les organes à examiner vers la sonde. Cette palpation doit être assez haut située, légèrement descendante, plutôt vers l’ombilic que vers le pubis pour être efficace. Elle permet de chasser des gaz digestifs, de rapprocher un ovaire haut situé vers la sonde et de ce fait d’améliorer la qualité de l’examen. Elle est particulièrement utile quand l’utérus est en situation intermédiaire filant vers le haut. Cette situation est rencontrée principalement chez les patientes ménopausées et, dans ce cas naturellement l’incidence des ultrasons n’est pas optimale. La pression abdominale permet d’orienter les ultrasons perpendiculairement aux structures à étudier et mesurer (principalement l’endomètre).

Quand l’examen est achevé, que l’utérus et les ovaires ont été bien visualisés, le retrait précautionneux de la sonde permet de mettre en évidence des particularités de la paroi vaginale, de l’urètre (kyste urétral), la face antérieure du rectum (étude particulièrement intéressante dans les bilans des endométrioses).

Un ovaire mal vu par voie endo-vaginale, parfois même après pression abdominale, entraînera un complément d’examen par voie transabdominale. La pression abdominale amène bien sûr à l’utilisation pour l’examen des deux mains et le gel (*freeze*) de l’image est assuré par une pédale.

► **RÉSULTAT** > Aspect échographique du pelvis normal. Il dépend bien sûr de l’âge de la patiente, de son statut

hormonal. On distingue ainsi les aspects échographiques de la femme en âge de procréer des aspects échographiques de la femme ménopausée.

## DONNÉES ÉCHOGRAPHIQUES DU PELVIS NORMAL CHEZ LA FEMME EN ÂGE DE PROCRÉER

► **UTÉRUS** > L’orientation de l’utérus en échographie est arbitraire. Pour notre part, l’utérus antéversé apparaît sur l’image col à gauche fond à droite, orienté de la même façon qu’en échographie transabdominale. L’utérus rétroversé a bien sûr l’orientation inverse.

► **MYOMÈTRE** > Il est homogène, d’un gris intermédiaire (Fig. 1). Il est fréquent, particulièrement chez les femmes multipares, de visualiser les veines myométriales dans le tiers externe du myomètre (Fig. 2). La tonalité du myomètre sert de référence pour préciser l’échogénicité relative de l’endomètre. Les contours de l’utérus sont réguliers. L’utérus mesure entre 60 et 85 millimètres sur l’axe longitudinal.

Il convient, en particulier au cours des bilans de fertilité, de préciser la morphologie de la cavité utérine et donc de réaliser une acquisition en 3D, proposée aujourd’hui sur toutes les machines. Cette reconstruction permet à la fois une étude de la cavité utérine et des contours de l’utérus; elle permet en particulier de rechercher le bombement

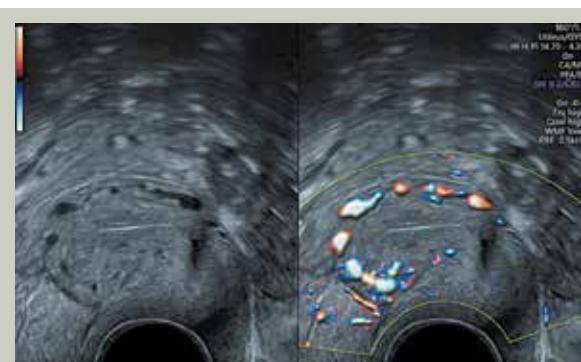


Fig. 2: Images anéchogènes intra-myométriales.  
Doppler: veines myométriales.



Fig. 3: Utérus: coupe sagittale médiane.  
Mesure de la cavité (hystérométrie).

ou l'incisure du fond utérin utile à la classification des malformations utérines. Dans le cadre de la procréation, on mesure la longueur de la cavité sur l'axe sagittal (Fig. 3). On dispose à cet effet d'une touche « tracé de distance ». De même, il est utile de préciser la distance interostiale, mesurée sur la reconstruction coronale 3D (Fig. 4).

À noter l'existence fréquente d'images kystiques isthmiques ou cervicales appelées kystes de Naboth (Fig. 5). Le contenu est transsonore, parfois finement échogène. Il est utile de réaliser un cliché sur le col prenant le cul-de-sac vaginal. Sa régularité est importante à préciser dans un bilan d'endométriose.

- **ENDOMÈTRE >** Son épaisseur varie au cours du cycle. À J1-J3, son aspect est hyper-échogène hétérogène (sang des règles et fragments d'endomètre) (Fig. 6). On comprend qu'il est difficile à ce moment d'affirmer l'existence ou non d'un petit processus intracavitaire. L'étude Doppler,



Fig. 4: Coupe frontale 3D. Cavité normale.  
Mesure de la distance inter-ostiale

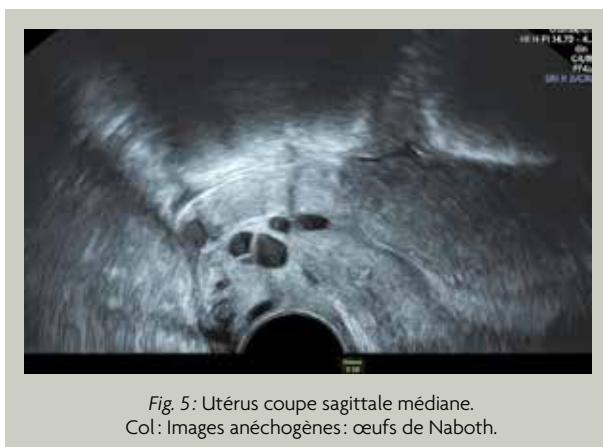


Fig. 5: Utérus coupe sagittale médiane.  
Col: Images anéchogènes: œufs de Naboth.

en montrant un vaisseau inhabituel au sein de la cavité, permet de suspecter un polype. Le diagnostic est posé ultérieurement de façon idéale, avant l'ovulation, pour optimiser le contraste entre un polype qui est naturellement hyper-échogène et un endomètre hypo-échogène. Pendant la phase proliférative, l'endomètre s'épaissit en restant hypo-échogène par rapport au myomètre. Il est homogène. À J10 il mesure environ 5 à 6 mm. En pré-

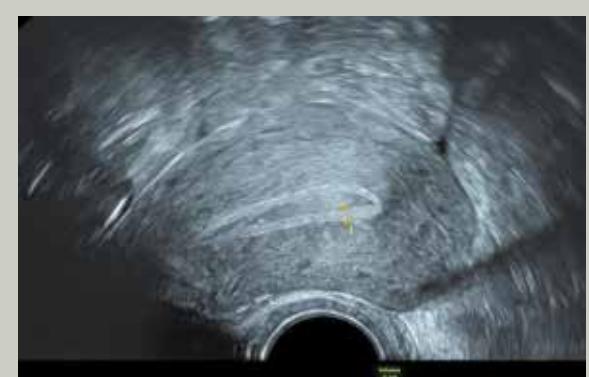


Fig. 6: J3: Mesure de l'endomètre: noter à l'intérieur de la cavité une lame finement échogène: sang des règles.

ovulatoire il mesure 7 à 9 mm. En pré-ovulatoire on observe physiologiquement l'apparition de glaire cervicale visible sous forme d'une lame anéchogène dans l'endocol (Fig. 7).

Pendant la phase post-ovulatoire l'endomètre continue à s'épaissir en changeant d'échogénicité, devenant hyperéchogène de la périphérie vers le centre pour être totalement hyperéchogène par rapport au myomètre vers J23 (Fig. 8). Il atteint alors son épaisseur maximale (15 mm).

La mesure de l'endomètre nécessite que le faisceau ultrasonore soit bien perpendiculaire à l'axe longitudinal de la cavité. On réalise la mesure sur une coupe sagittale,



Fig. 7: J14: endomètre péri-ovulatoire.  
Lame anéchogène endo-cervicale: glaire.



Fig. 8: J23: endomètre sécrétoire hyperéchogène homogène.

les deux feuillets de l'endomètre s'affrontant sur une fine lame hyperéchogène médiane. Sur une coupe strictement médiane les deux feuillets sont de même épaisseur et la mesure inclut les deux feuillets.

► **OVAIRES** > En période d'activité génitale, les ovaires mesurent entre 30 et 35 millimètres sur leur plus grand axe. On utilise également le calcul de leur surface ( $N < 5,5 \text{ cm}^2$ ) ou de leur volume (calcul automatisé après avoir pris les trois dimensions orthogonales de l'ovaire ( $N < 9 \text{ cm}^3$ ) (Fig. 9).

Les ovaires ont un parenchyme en gris intermédiaire et les follicules apparaissent sous forme de structures rondes de petite taille transsonores c'est-à-dire noires. Leur nombre est variable selon l'âge. Il va en décroissant avec les années. On considère comme normal un nombre égal ou inférieur à 19 follicules par ovaire.

L'aspect des follicules se modifie en cours de cycle avec le développement d'un follicule qui amènera à l'ovulation. Ce follicule devient un follicule intermédiaire quand il mesure entre 10 et 15 millimètres puis un follicule dominant entre 15 et 20 millimètres (Photo 12). En post-ovulatoire, ce follicule dominant devient un corps jaune qui apparaît sous forme d'une structure discrètement hypo-échogène à paroi épaisse, crénélée, extrêmement vascularisée en Doppler (Fig. 10).

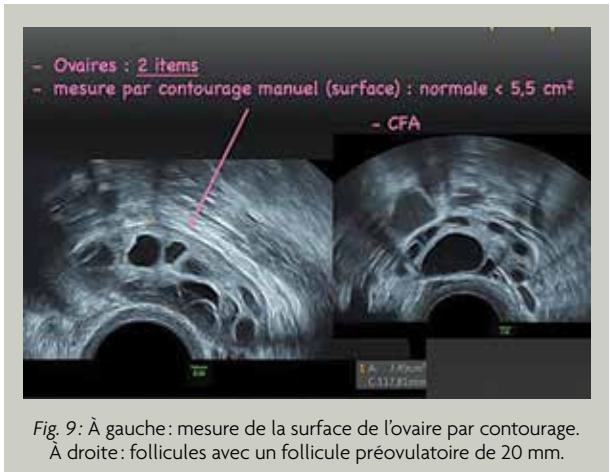


Fig. 9: À gauche: mesure de la surface de l'ovaire par contourage. À droite: follicules avec un follicule préovulatoire de 20 mm.

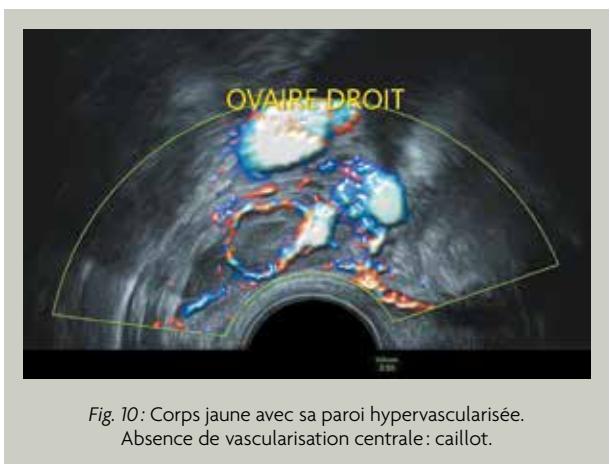


Fig. 10: Corps jaune avec sa paroi hypervascularisée. Absence de vascularisation centrale: caillot.

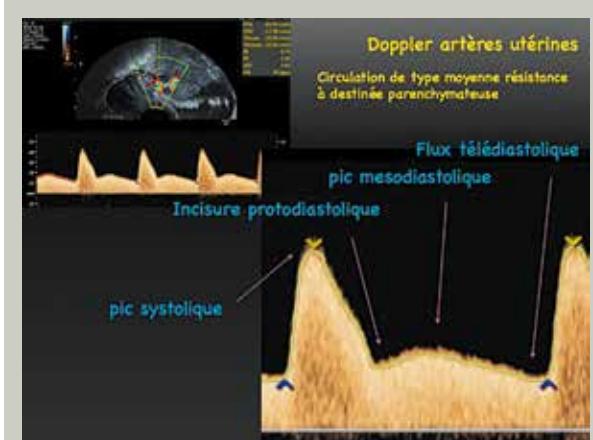


Fig. 11: Doppler normal de l'artère utérine en période d'activité génitale.

- **TROMPES** > Elles ne sont pas visibles en échographie mais sur les reconstructions coronales de l'acquisition 3D, la portion interstitielle de la trompe est visualisée.
- **PARAMÈTRES ET VEINES PELVIENNES** > Le pelvis est richement vascularisé en particulier sur le plan veineux. Il est fréquent d'observer de véritables varices pelviennes en particulier chez les patientes multipares. Ces images sont physiologiques, bien repérées en Doppler.
- **ÉPANCHEMENT LIQUIDIEN PÉRI-UTÉRIN** > Il est physiologique, peu abondant. Il apparaît plus abondant immédiatement après l'ovulation. Pendant les règles, l'épanchement péri-utérin apparaît finement échogène, correspondant au sang menstruel.

#### APPORT DU DOPPLER

- **LE DOPPLER ÉNERGIE** > Il donne plusieurs informations :
  - Devant une image canalaire sans écho, il permet de distinguer une collection liquide d'un vaisseau avec flux.
  - Il précise la vascularisation d'une structure solide qui peut être avasculaire (caillot, tissu nécrosé, poils, sébum) ou vascularisée (parenchyme).
  - Il visualise des vaisseaux non repérés en échographies qui permettront l'enregistrement des vitesses (étude vélocimétrique).

En précisant la vascularisation d'un organe comme l'utérus, il permet de repérer certaines images à la limite de l'interprétation en échographie (adénomyose et son diagnostic différentiel, les myomes). Physiologiquement, l'utérus est vascularisé par des artères de disposition radiaire convergeant de la périphérie vers la cavité.

- **LE DOPPLER PULSÉ** > Il permet d'enregistrer le spectre des artères utérines et d'obtenir des données quantitatives sur la vascularisation. Il informe sur le profil d'écoulement des artères utérines qui dépend principalement de la nature du parenchyme utérin et de l'imprégnation hormonale. Le Doppler est principalement enregistré au niveau des artères utérines en recherchant l'artère utérine en latérocervical. Elle est repérée par sa colorisation de type « aliasing » témoignant de hautes vitesses avec un



Fig. 12: Ménopause: utérus de petite taille; endomètre fin.

*preset* « flux lent ». Dans les conditions physiologiques, le spectre représente les fréquences Doppler en ordonnée et le temps en abscisse. Le profil des artères utérines est de type intermédiaire avec pic systolique, incisure proto diastolique, pic méso-diastolique et flux en télé-diastole (Fig. 11). Toutes les machines sont équipées d'un algorithme permettant de déterminer les index de pulsatilité (PI) et les index de résistance (RI) des artères utérines.

### ÉCHO-ANATOMIE EN MÉNOPAUSE

► **UTÉRUS** > Il est de petite taille mesurant environ 50-60 mm en longitudinal. Il est souvent en situation intermédiaire faiblement antéversé ou faiblement rétroversé. Il en découle une difficulté à mesurer l'endomètre, le faisceau ultrasonore n'étant pas perpendiculaire à la cavité. Il convient de corriger l'axe de l'utérus par la pression abdominale autant que possible. Il est fréquent d'observer une calcification des veines myométriales en périphérie du myomètre.

L'endomètre est très fin et ne doit pas dépasser 5 mm. Cette limite est valable, que la patiente ménopausée ait ou n'ait pas un traitement hormonal substitutif (Fig. 12).

Les ovaires sont de petite taille, mesurant environ 20 x 15 mm en post-ménopause immédiate, puis diminuant de volume au cours des années. Ils sont typiquement homogènes. Le mode harmonique permet de préciser l'écho structure fine des ovaires. En ménopause, contrairement au stade préménopausique, il est rare de constater un épanchement liquidien péri-utérin.

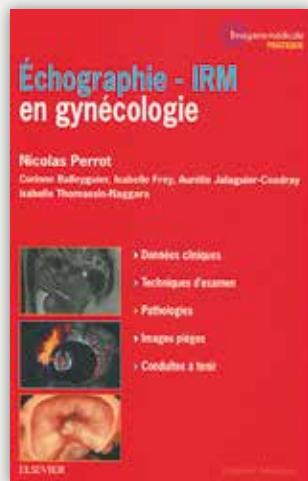
► **ASPECT DOPPLER VÉLOCIMÉTRIQUE** > Le spectre des artères utérines se modifie en ménopause avec diminution, voire disparition du flux diastolique. Il est même possible d'observer une inversion du flux diastolique (*reverse flow*). Sous traitement hormonal substitutif, on observe un spectre intermédiaire entre celui de la femme non ménopausée et celui de la patiente ménopausée avec restauration partielle d'une télé-diastole et d'un petit pic méso-diastolique. •

Crédit photos// Nicolas Perrot.

### ÉCHOGRAPHIE - IRM EN GYNÉCOLOGIE

PAR NICOLAS PERROT

L'imagerie en gynécologie est le fait de deux techniques: l'échographie et l'IRM. Les deux techniques sont en effet indispensables afin d'arriver au diagnostic de façon efficace et rapide. Pour la première fois, un ouvrage résolument pratique et didactique propose de former les radiologues et les gynécologues à l'imagerie en gynécologie.



Plus de 500 clichés sélectionnés pour leur exemplarité illustrent le propos. Après un rappel des techniques d'examens et l'anatomie normale du pelvis féminin en échographie et en IRM, l'ouvrage aborde les pathologies endométriales et cavitaires, les pathologies de l'utérus, les pathologies myométriales, les malformations utérines et vaginales, les pathologies tubaires, les pathologies ovarianes, l'endométrie, le bilan d'infertilité et la PMA et la dysfonction périnéale.

Rédigé par des grands noms du domaine, cet ouvrage propose la synthèse des connaissances à maîtriser sur la discipline. Ce livre de référence est indispensable à tous les praticiens prenant en charge l'appareil génital féminin.

Cet ouvrage de référence s'adresse à la fois aux radiologues et aux gynécologues-obstétriciens.

13.5 x 21 cm - 318 p. - 69 €

Elsevier Masson

Parution: Octobre 2018

ISBN: 9-782-294-757-310

[www.elsevier-masson.fr](http://www.elsevier-masson.fr)

# Utilisation d'un simulateur pour la formation en échographie gynécologique et obstétricale

PAR **MICHÈLE GOUSSOT-SOUCHET**, SAGE-FEMME

*Selon le dictionnaire Le Robert®, « simuler » dérive du latin *simulare* avec les sens de : « représenter exactement », « copier », « imiter », « feindre », « prendre l'apparence de ».*

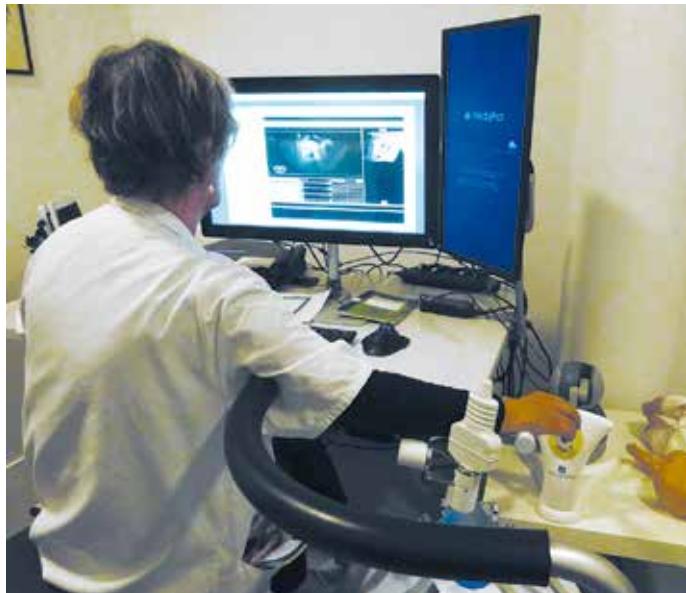
**L**es évolutions technologiques ont conduit à des recommandations de l'HAS en ce qui concerne la simulation dans les spécialités médico-chirurgicales, avec des techniques qui ressemblent à celles utilisées dans l'aéronautique (simulateur de vol).

**DÉFINITION HAS** > « *Le terme Simulation en santé correspond à l'utilisation d'un matériel (comme un mannequin ou un simulateur procédural), de la réalité virtuelle ou d'un patient standardisé pour reproduire des situations ou des environnements de soin, dans le but d'enseigner des procédures diagnostiques et thérapeutiques et de répéter des processus, des concepts médicaux ou des prises de décision par un professionnel de santé ou une équipe de professionnels.* »

*« En Amérique du Nord, la simulation est utilisée de manière routinière dans l'enseignement initial des professions médicales et paramédicales [...] La formation par simulation représente un argument d'attractivité des établissements de santé. L'organisation des centres se fait en réseau pour optimiser les ressources. La simulation est utilisée pour la certification ou la recertification des professionnels de santé et enfin, une accréditation des centres est possible au moyen de référentiels validés ».*

En obstétrique, la simulation est une technique pédagogique bien connue depuis 1757 avec le mannequin d'accouchement d'Angélique-Marguerite du Coudray (1712-1791), sage-femme itinérante, engagée en formation initiale et continue des sages-femmes. L'utilisation d'un bassin osseux et d'un fœtus relié à son placenta a permis d'expliquer les variétés de présentations et de s'entraîner aux manœuvres obstétricales.

Crédit photos// Gilles Grangé et Michèle Goussot-Souchet, centre de simulation Port Royal-Cochin.



L'échographie obstétricale, à la fin des années 1970, s'est imposée comme une aide à la clinique puis la méthode de dépistage des malformations fœtales morphologiques. L'échographie est une technique largement diffusée, elle est informative, reproductible et non invasive (utilisation d'ultrasons et non de rayons X). De plus, elle est plébiscitée par les patientes, les couples afin de faire connaissance avec l'enfant à venir.

Dans l'exercice de la sage-femme et du gynécologue obstétricien, l'utilisation d'un échographe comme aide à la consultation, à l'examen clinique ou comme technique de dépistage est devenue indispensable et les éléments de base sont intégrés à la formation initiale. Une standardisation de l'apprentissage va permettre d'obtenir un socle minimum de connaissances pratiques permettant le respect des critères qualité.

Ensuite, une formation sous forme de DIU d'échographie gynécologique et obstétricale est proposée pour ceux qui pratiqueront l'échographie de dépistage. Aussi, chaque année de nombreux professionnels ou étudiants s'inscrivent en formation initiale et des échographistes chevronnés s'inscrivent pour une formation continue ciblée.

Les sages-femmes praticiennes exerçant l'échographie obstétricale pendant de nombreuses années (les sages-femmes peuvent pratiquer l'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse depuis la fin des années 1980, un DU d'études complémentaires en échographie pour les sages-femmes a été instauré ; actuellement il est requis le DIU d'échographie en gynécologie et obstétrique) sont demandeuses de formation ciblée, en particulier en échographie gynécologique du fait de l'évolution de leurs prérogatives.

L'apprentissage de l'échographie nécessite une formation théorique et une formation pratique. Il faut acquérir une base mentale d'images normales et pathologiques (le savoir) mais aussi apprendre à obtenir ces images en manipulant les différentes sondes d'échographie (le savoir-faire). D'autre part, l'évolution des techniques nécessite une formation continue des échographistes chevronnés afin de pouvoir prodiguer à la patiente les soins conformes aux avancées de la science.

Ce qui était une échographie de datation, biométrique, de vitalité foetale, de localisation placentaire est devenu également un examen précis et codifié de la morphologie foetale grâce à la performance des échographes. Les sociétés savantes ont défini ce que doit être le contenu d'une échographie pelvienne ou gynécologique, de datation de la grossesse avant 11 SA, puis des examens T1, T2 et T3. Les clichés échographiques sont répertoriés et doivent figurer dans le compte rendu. La qualité des clichés est évaluée en ce qui concerne l'échographie T1 afin d'obtenir l'agrément pour le dépistage de la trisomie 21. L'interprétation des coupes échographiques se fait en temps réel par l'échographiste mais la présence des clichés conseillés est une démonstration d'un examen minimum effectué selon les bonnes pratiques. Ce sera une pièce maîtresse en cas de procédure contentieuse. L'obtention systématique de ces plans de coupes est un préalable incontournable à la pratique de l'échographie et cette standardisation peut être réalisée au niveau national grâce aux logiciels de simulation avec modules d'évaluation.

Pendant longtemps l'apprentissage en échographie relevait d'un compagnonnage, le nombre de candidats à former chaque année ne permet plus cette stratégie exclusive car le volume d'actes n'est pas suffisant et les formateurs sont des praticiens, soit exerçant en libéral avec des patientes ne souhaitant pas de stagiaire, soit sont salariés d'établissements avec contraintes budgétaires. La durée allongée de l'examen avec les débutants n'est plus une possibilité en routine, compte tenu des impératifs de « production d'actes facturés » et le fait pour l'apprenti de prendre la sonde quelques minutes en début ou en fin d'examen n'est pas suffisant. La manipulation de la sonde échographique doit être encadrée, corrigée ou optimisée, les réglages expliqués afin que l'étudiant progresse.

Signalons le consentement requis de la patiente pour qu'un stagiaire puisse s'exercer, les réticences sont observées lors de l'usage de la sonde endovaginale.

Les étudiants en échographie gynécologique et obstétricale bénéficient de cours magistraux, de vidéos d'e-learning sur plusieurs mois pour préparer l'examen théorique (il est entendu que les prérequis sont les contenus des études antérieures en

maïeutique ou médecine, en particulier en embryologie, anatomie et pathologies gynécologiques, obstétricales et foetales). En cas de succès à l'examen théorique (probatoire) il est proposé, en plus des vacations avec un maître de stage, des heures sur un simulateur. En effet, chaque étudiant développe sa propre stratégie d'apprentissage. De plus le délai d'acquisition des repères dans l'espace et des techniques de manipulation est très variable. Il est indispensable d'obtenir les plans de coupe permettant l'examen anatomique des organes et ce, quelle que soit la présentation foetale ; et donc savoir comment positionner la sonde d'échographie pour s'abstraire du dos en avant quand on veut obtenir une coupe 4 cavités par exemple. Le fait de pouvoir répéter les gestes jusqu'à l'obtention d'un plan de coupe donné permet d'acquérir la bonne méthodologie.

Differentes études montrent la satisfaction, tant des étudiants en formation initiale que des professionnels préparant le DIU d'échographie. La première étape va être la familiarisation de l'utilisateur au simulateur à l'aide d'un document didactique et bien sûr d'un échographiste formé à la pédagogie. L'apprentissage est actif, fait appel à l'autonomie de l'apprenant, les exercices peuvent nécessiter plusieurs tentatives avant la réussite et cette autoévaluation permet d'avoir validé tous les modules avant l'évaluation finale.

Pour l'étudiant, il est noté une diminution du stress par rapport aux premiers examens sur une patiente : l'examen peut durer plus longtemps, il n'y a pas d'interaction avec une patiente qui peut poser des questions, montrer de l'impatience ou une inquiétude devant le visage concentré du praticien, etc.

Ainsi, pour des raisons éthiques, la primordiale étant « *jamais la première fois sur un patient* », des raisons économiques, une évaluation standardisée des pratiques, la formation individuelle sur un simulateur d'échographie nous semble indispensable.

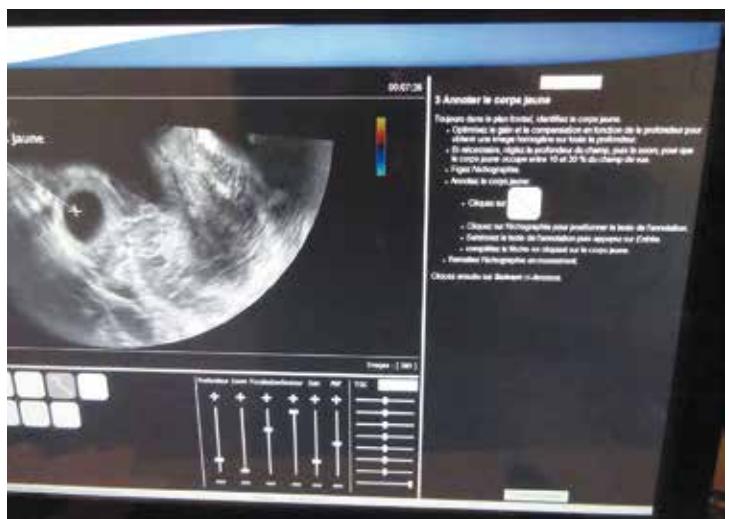
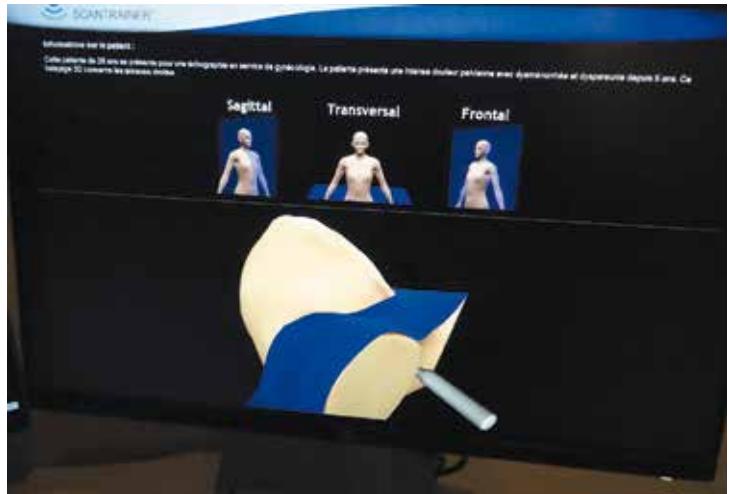
Il est conseillé de fractionner les six heures proposées et de les intercaler avec des vacations d'échographies avec un professionnel. Les deux premières heures permettent que les premières manipulations ne s'effectuent jamais lors d'un examen échographique avec une patiente enceinte ou en examen gynécologique. La simulation permet d'acquérir des automatismes : repérage dans l'espace, séquence présentation côté du dos, activité cardiaque, volume amniotique, localisation placentaire, biométrie. Le temps n'est pas limité, il n'y a pas la pression psychologique de devoir réussir devant la patiente et l'échographiste. Avec la sonde endovaginale du simulateur, l'examen peut durer le temps nécessaire à obtenir le bon plan de coupe.

Deux heures sont prévues pour l'évaluation des candidats, cela consiste en 10 volumes comportant 3 à 4 questions portant sur l'examen échographique par voie endovaginale en gynécologie et lors de l'échographie du premier trimestre (12 SA).

Si actuellement l'échographie de T2 ou T3 est évaluée par voie abdominale lors d'un examen échographique avec une patiente enceinte ayant déjà bénéficié d'un examen écho-

**Pour l'étudiant, il est noté une diminution du stress par rapport aux premiers examens sur une patiente.**





graphique classique et ayant donné son consentement pour être « modèle », il est certain que l'évaluation sur simulateur avec des volumes présentant des malformations fœtales est incontournable car irréalisable éthiquement auprès d'une patiente en détresse.

Dans sa pratique régulière de l'échographie, le praticien effectuant les échographies de dépistage est confronté à peu de malformations et certaines sont rarissimes, aussi sages-femmes et médecins chevronnés s'initient également aux techniques de simulation dans le cadre de la formation médicale continue. Certains modules mêlent par exemple des cœurs normaux et d'autres présentant des pathologies à diagnostiquer. C'est un excellent moyen d'autoévaluation qui est considéré comme ludique !

L'organisation d'une plateforme de simulation peut être exclusivement réservée à l'échographie ou être intégrée à une unité de simulation hautement technique, avec mannequins de haute technicité, permettant le travail en équipe d'une équipe obstétrico-anesthésio-néonatalogiste sur un scénario d'urgence tel que l'embolie amniotique, l'hémorragie de la délivrance et la prise en charge du nouveau-né en état de mort apparente.

La gestion de la salle de simulation, avec des formateurs facilement sollicitables, est un challenge pour la formation à l'échographie en gynécologie et obstétrique dans une

structure hospitalo-universitaire en charge de la formation d'environ 300 apprentis échographistes par an : sages-femmes (SF), gynécologues-obstétriciens (GO), étudiants du DIU d'échographie, DES de GO, étudiantes SF, médecins étrangers venant se former en France.

Le coût élevé des simulateurs nécessite de proposer sur la même plateforme différents types plus ou moins sophistiqués.

**Ainsi, il est possible de proposer plusieurs postes dans une salle de simulation :**

■ **Un MedaPhor ScanTrainer** possède deux écrans : l'un permet de visualiser la coupe obtenue pendant la manipulation de la sonde échographique abdominale ou endovaginale, les réglages tels que gain, zoom, etc. sont en bandeau dans le bas de cet écran tactile et permettent d'optimiser l'imagerie. Le deuxième écran montre la position, les mouvements de la sonde sur l'abdomen par exemple. Ainsi chaque mouvement imprimé à la sonde permet de coordonner main, yeux et cerveau de l'étudiant !

■ **Le logiciel** est fourni avec des volumes permettant l'exploration échographique thématique, il peut être enrichi de volumes réalisés par les enseignants. Ainsi, il est composé de modules de base permettant l'acquisition de la biométrie fœtale, de la morphologie, des annexes fœtales. Le premier trimestre permet d'obtenir la longueur crano-caudale et la clarté nucale grâce à une méthodologie rigoureuse. Les volumes de gynécologie permettent l'exploration systématique du pelvis. Progressivement, des modules présentant des anomalies sont proposés à l'étudiant tant en obstétrique qu'en gynécologie.

■ **La technologie 3D** permet de construire les data dans le logiciel de simulation mais, actuellement, on ne peut pas imiter une acquisition 3D, que cela soit en rendu surface ou rendu volume en manipulant les sondes du simulateur.

Cette technique d'apprentissage de l'échographie associant simulation et vaccinations auprès des patientes, avec un senior, permet avec une méthodologie d'examen de se confronter aux aléas de la vie quotidienne : présentation fœtale, mouvements actifs, diffusion pariétale des ultrasons, repérage de jumeaux, etc.. Mais aussi à apprendre le « savoir être » c'est-à-dire l'interaction avec la patiente, l'asepsie verbale et enfin, confronté à une anomalie, apprendre à poursuivre l'examen diagnostic et à faire l'annonce. •

## POUR ALLER PLUS LOIN

- Textes législatifs sur l'exercice de la profession de la sage-femme sur le site du CNOSF.
- Propositions du CTE et de la CNEOF sur les compte rendus d'échographie.
- Programmes du DIU d'échographie et tutoriel sur l'utilisation du simulateur MedaPhor ScanTrainer.
- Rapport HAS janvier 2012 sur la simulation par Jean-Claude Granny et Marie-Christine Moll, consultable sur le site de l'HAS.
- *Improving students'ability to perform a standardized fetal biometry plane using ultrasound simulators*, M. Le Lous J, Gynecol Obstet Hum Reprod 46(2017)439-443.
- *La simulation médicale comme outil dans la formation des professionnels de la périnatalité*, B. Tosello, Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie 46 (2018) 530-539.
- *La simulation pour améliorer l'apprentissage de l'échographie obstétricale chez les débutants : étude pilote et revue de la littérature*, G.E. Chalouhi, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2016) 45, 1107-1114.
- Mémoire pour le DIU échographie et Gynécologie présenté par Pénélope Noble.

# L'ORIGINE DE L'ENDOMÉTRIOSE

PAR PIERRE COLLINET, GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN ET L'ÉQUIPE DU CHU DE JEANNE DE FLANDRES, LILLE

*L'endométriose est l'une des maladies gynécologiques les plus mystérieuses...*

DOCTISSIMO, MARS 2017

**P**lusieurs grandes théories s'opposent pour expliquer le développement de l'endométriose. L'hypothèse la plus communément acceptée est celle dite de « la théorie du reflux menstruel » ou de « l'implantation » décrite par le gynécologue américain John A. Sampson en 1927. Elle suppose qu'au cours des règles un saignement remontant par les trompes amènerait des fragments d'endomètre (muqueuse utérine) dans la cavité abdomino-pelvienne.

Ces fragments se fixeraient ensuite sur la surface du péritoine (membrane recouvrant les organes abdominaux) et les organes du pelvis. Les arguments qui soutiennent cette théorie, et sur lesquels s'appuient les scientifiques favorables à cette hypothèse, sont nombreux. Tout d'abord, les lésions se développent préférentiellement dans la partie la plus basse de la cavité abdominale et sur les organes à proximité des trompes (ovaires, côlon sigmoïde...). De plus, l'endométriose est fréquente chez les femmes avec une malformation des organes génitaux qui empêche partiellement ou totalement l'écoulement des règles par voie vaginale.

Cependant, s'il est établi qu'un reflux menstruel existe chez environ 90 % des femmes avec des trompes perméables, seules 10 % des femmes développeront des lésions d'endométriose. Ce n'est donc finalement pas si simple.

Antérieurement à Sampson, d'autres scientifiques ont tenté d'expliquer l'origine de cette maladie. Le pathologiste allemand F. Von Recklinghausen en 1890 a proposé une théorie basée sur la prolifération de cellules embryonnaires résiduelles des voies génitales de l'embryon à un stade encore indifférencié sexuellement.

Ces cellules se développeraient sous l'influence de certaines stimulations et induiraient de l'endométriose.

Quelques années plus tard, en 1898, Ivanov et Meyer ont développé la théorie de la « métaplasie cœlomique ». Ils suggèrent la transformation d'un tissu différencié en un autre tissu différencié de localisation anormale. Les cellules du péritoine auraient alors un potentiel de transformation en cellules de l'endomètre, ces entités provenant du même tissu embryonnaire. Cette théorie pourrait ainsi expliquer la présence d'endométriose chez les patientes atteintes d'un syndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser, c'est-à-dire ayant une absence congénitale d'utérus et donc de règles.

Une autre théorie, concomitante à celle de l'implantation, est celle de la « migration à distance » via les vaisseaux lymphatiques et vasculaires. Il a été proposé que les lésions

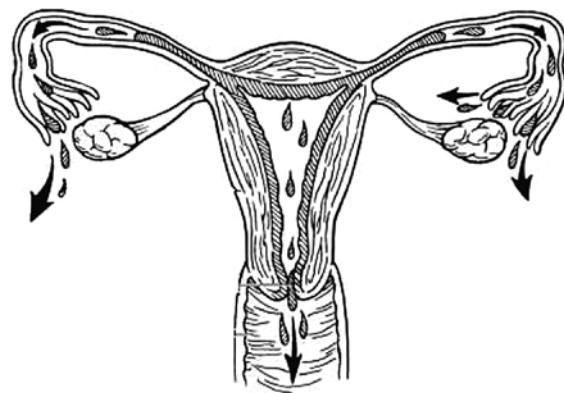


Schéma de la théorie du reflux

d'endométriose pourraient résulter d'une dispersion par voie lymphatique et/ou sanguine de cellules de l'endomètre, permettant d'expliquer les localisations suivantes : l'ombilic, le vagin, le col de l'utérus du fait de leur système lymphatique communiquant.

Cependant, aucune théorie n'explique à elle seule cette pathologie complexe qui survient sous de nombreux aspects. Il convient d'ailleurs de remarquer que les atteintes péritonales, ovariennes et profondes semblent constituer des entités dissemblables avec un mécanisme propre à chacune d'entre elles.

Même si la théorie de l'implantation, secondaire au reflux menstruel, est actuellement la plus largement acceptée, il est certain que d'autres facteurs interviennent dans le développement de cette maladie. Afin d'expliquer pourquoi « seulement » 10 % des femmes en sont atteintes, de nombreuses études plus récentes abordent les mécanismes moléculaires de l'endométriose. Une meilleure connaissance des mécanismes de survie cellulaire, d'invasion et de néovascularisation permettrait en effet d'avoir de nouvelles cibles thérapeutiques.

Des anomalies moléculaires spécifiques constitutionnelles ou acquises par exemple ont été identifiées chez les patientes endométriosiques. Il est actuellement manifeste que l'apoptose, ou mort cellulaire, est dérégulée chez la patiente endométriosique. L'endomètre eutopique, situé dans la cavité utérine des patientes atteintes subit moins d'apoptose que celui des patientes saines et l'endomètre ectopique, en dehors de la cavité, en subit encore moins. Un gène anti-apoptotique a ainsi été mis en évidence. Celui-ci est augmenté chez la patiente endométriosique.

Le principe d'adhésion et d'invasion tissulaire est plus complexe. Certains auteurs ont pu démontrer que les cellules endométriales refluees induisent des altérations cellulaires

au niveau du péritoine créant une fragilisation et favorisant ainsi leur propre adhésion. D'autres équipes étudient, elles, un médiateur qui servirait d'interaction entre les cellules endométriales et celles du péritoine et donc leur adhésion. Le phénomène de l'invasion fait intervenir une famille de protéines, les métalloprotéases (MMP), qui apparaissent surexprimées chez les patientes endométriosiques. Cette expression inhabituelle induit un comportement plus agressif qui facilite l'invasion des cellules endométriales ectopiques.

La vascularisation des implants est aussi un facteur primordial dans le mécanisme de la maladie. Il a été démontré que sur les implants péritonéaux apparaissait un nouveau réseau vasculaire notamment au niveau des lésions d'aspects rouges plus inflammatoires et hémorragiques. D'ailleurs le liquide

intra-abdominal des patientes endométriosiques contient plus de facteurs angiogéniques qui facilitent la production de vaisseaux sanguins et de facteurs de croissance vasculaire que chez une personne saine.

Malgré la complexité de la maladie, il s'avère que la femme endométriosique présente des caractéristiques qui la différencient des femmes saines et qui rendent possible le développement de la maladie. L'environnement endométrial est génétiquement et fonctionnellement différent, ce qui permet de comprendre en partie pourquoi le reflux menstruel ne touche pas toutes les femmes. L'identification précise et une meilleure compréhension de ces différences permettraient de mettre au point de meilleurs outils diagnostiques et pronostiques ainsi que thérapeutiques. •

## L'ENDOMÉTRIOSE, JUSTE DES RÈGLES DOULOUREUSES ?

PAR JEAN-PHILIPPE ESTRADE, GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN, MARSEILLE

*Les règles, le sang menstruel des femmes, sont tout ce qu'il y a de plus naturel. Pourtant, dans la plupart des pays, c'est un motif de honte et de mise à l'écart.*

**FRANCE 24, ÉMISSION BRISER LE TABOU DES RÈGLES, AVRIL 2017**

**D'un point de vue épidémiologique, 44 % des femmes présentent des désagréments pendant leurs règles, 24 % des femmes seulement osent parler de leurs règles avec leur partenaire et 19 % n'ont jamais abordé le sujet avec personne.**

**I**l paraît utile de connaître le phénomène schématique des règles pour comprendre toute la difficulté de l'interprétation des douleurs menstruelles. Les règles ou menstruations sont le résultat d'une desquamation et d'une perte de la superficie de la muqueuse endométriale (l'endomètre) qui se traduit par l'émission mensuelle de pertes vaginales sanguines. L'endomètre est un tissu très complexe régulé par des hormones stéroïdiennes et des régulateurs immunitaires. Schématiquement, le principal déclencheur des règles est la chute de la progestérone en l'absence de grossesse (en cas de grossesse cette sécrétion hormonale est maintenue). Cependant les menstruations sont aussi le résultat de mécanismes inflammatoires classiques (œdème des tissus, afflux de globules blancs) avec un phénomène d'ischémie et de reperfusion très régulé et limité dans le temps. Cet équilibre instable peut être régulièrement rompu et entraîner des menstruations douloureuses et abondantes.

La diminution des saignements menstruels et de la douleur, par la réparation de l'endomètre, nécessite la régulation et la limitation de la réponse inflammatoire de l'endomètre, la vasoconstriction des vaisseaux sanguins endométriaux, l'hémostase (coagulation) et la reformation de la surface endométriale résiduelle lésée. Une inflammation prolongée augmentera le

flux sanguin menstruel accompagné des douleurs menstruelles, la difficulté étant ici de savoir si ces phénomènes d'inflammation menstruelle sont le fait d'un simple déséquilibre hormonal (fréquent lors de l'installation des premiers cycles) ou de pathologies plus sévères telles que l'endométriose.

D'un point de vue épidémiologique, 44 % des femmes présentent des désagréments pendant leurs règles, 24 % des femmes seulement osent parler de leurs règles avec leur partenaire et 19 % n'ont jamais abordé le sujet avec personne. De plus, 43 % des femmes sont toujours gênées lors de l'achat de produits d'hygiène féminine. Chez les jeunes filles, les règles sont vécues comme un handicap, avec l'impossibilité de mener un quotidien normal (48 %) à l'école et la difficulté à suivre leur activité sportive (45 %).

Toutes les règles douloureuses et abondantes ne sont pas forcément un signe d'endométriose, pourtant beaucoup de femmes peuvent être orientées vers ce diagnostic entraînant des explorations stressantes.

Même si les règles sont au premier plan du rythme du fonctionnement féminin, d'autres signes douloureux ou non peuvent évoquer une endométriose.

C'est dans la sphère de l'intimité que de nombreux symptômes pouvant orienter vers une endométriose peuvent être

observés. C'est notamment le cas des rapports sexuels douloureux, aussi appelés dyspareunies. Toutefois, il est essentiel de considérer le manque de repères concernant les sensations durant l'acte sexuel, variant du plaisir à la douleur. Cette subjectivité est multifactorielle car le témoignage de cette intimité rencontre d'évidents obstacles. La jeune femme éprouvant des dyspareunies se verra souvent confrontée à la solitude de son syndrome, aggravée par le manque de considération fréquent du monde médical. Aussi ce symptôme retrouvé très fréquemment dans l'endométriose sera longtemps non avoué participant sans doute au retard diagnostique de cette pathologie. Bien souvent associées à d'autres plaintes, les dyspareunies peuvent être variables, d'une simple gêne à une impossibilité d'avoir des relations sexuelles.

Elles peuvent débuter dès les premiers rapports ou apparaître bien plus tard dans la vie de la femme. En cas de dégradation majeure de la qualité de vie, ce handicap peut être à l'origine d'une infertilité. Avec les règles douloureuses, les rapports sexuels douloureux doivent aiguiller le médecin vers la recherche d'une endométriose par un examen clinique soigneux cherchant à reproduire cette douleur de façon fugace.

Cette recherche minutieuse d'une endométriose le plus souvent du fond vaginal et/ou utérin permettra d'orienter le radiologue pour affiner la localisation d'une probable lésion. Dans cette situation, la plainte évoquée par la patiente, le symptôme recherché par le médecin devra aboutir à des investigations permettant de s'orienter fortement ou non vers une endométriose.

Les signes digestifs – à type d'alternance diarrhée/constipation, nausées, vomissements, douleurs « au ventre » non

spécifiques –, pouvant être accentués ou présents seulement pendant les règles, sont également fréquents. D'autres seront plus spécifiques évoquant une endométriose rectale comme des douleurs importantes lors d'émission de selles surtout pendant les règles, ou avec une atteinte de l'appendice et de la région iléo-caecale (jonction de l'intestin grêle et du gros côlon) pouvant se traduire par des occlusions intestinales brutales plus ou moins contemporaines des règles.

Les signes urinaires comme des douleurs à la miction ou une miction fréquente peuvent être en relation avec une endométriose vésicale, parfois accompagnée de sang dans les urines (hématurie). Ces signes cliniques vont dépendre de la sévérité de l'endométriose pelvienne. D'autant plus que d'autres signes moins spécifiques tels que les lombalgies, douleurs sciatiques, douleurs projetées dans les cuisses seront souvent associés.

De façon beaucoup plus rare et anecdotique, une endométriose extra-pelvienne peut se développer comme une endométriose pulmonaire avec émission de sang lors de la toux et/ou pneumothorax, cérébrale avec convulsion, diaphragmatique et hépatique avec douleurs sous-costales droites. Tous ces signes seront fortement évocateurs d'endométriose lorsqu'ils surviennent pendant les règles.

L'endométriose est une pathologie complexe dont la localisation, l'intensité, la dynamique et la chronologie sont propres à chaque patiente : « *Il n'existe pas une endométriose mais des endométrioses* ». Aussi les symptômes, trop souvent résumés aux règles douloureuses, devront être analysés, associés et interprétés pour donner tout son sens à l'interrogatoire de la patiente qui, bien souvent, permettra d'orienter un médecin averti pour une prise en charge optimale. •

## L'ENDOMÉTRIOSE ET LA QUALITÉ DE VIE

L'endométriose est une maladie chronique qui vient toucher l'intimité de la femme et qui, dans certains cas, peut affecter profondément sa qualité de vie à différents niveaux. Elle vient tout d'abord modifier profondément le rapport que la femme entretient avec son corps qui devient source de douleurs, parfois insupportables. La méconnaissance et la non-reconnaissance de la maladie ont aussi un impact sur la qualité de vie. En effet, le délai entre le début des troubles et le diagnostic de la maladie est souvent long. Plusieurs années durant lesquelles les patientes auront à gérer l'incertitude de leur état et le déni ou la banalisation de leur souffrance par leur entourage ou par des professionnels. On observe un retard de diagnostic important qui varie selon les études de 6 à 10 ans, en partie lié à la variabilité des symptômes (douleurs pelviennes, symptômes digestifs et urinaires, autres douleurs, fatigue...). Les traitements médicaux peuvent aussi altérer la qualité de vie car ils induisent potentiellement des effets secondaires importants. En effet, si ces traitements atténuent la douleur, ils diminuent également la libido. Tout comme le terme de ménopause induite n'est pas forcément évident à accueillir pour une femme, la chirurgie peut, quant à elle, modifier temporairement ou définitivement les fonctions urinaire, digestive et sexuelle.

Une difficulté rencontrée fréquemment à propos de la qualité de vie des patientes atteintes d'endométriose concerne la sexualité.

La fréquence de la dyspareunie (douleurs provoquées par les relations sexuelles) affecte nettement les relations de couple. Certaines femmes expriment leur insatisfaction, leur souffrance et leurs angoisses autour de ce sujet. Une étude menée auprès des conjoints de femmes souffrant d'endométriose a d'ailleurs montré qu'un sentiment d'impuissance est souvent ressenti par ces derniers.

L'endométriose a également une incidence non négligeable sur la vie sociale et professionnelle des femmes. On constate souvent une restriction des relations sociales et, dans la sphère professionnelle, l'aménagement du travail ou l'absentéisme des patientes alimentent leur crainte de perdre leur emploi.

Enfin, l'incapacité parfois à se projeter dans le futur, due à l'incertitude concernant la fertilité et donc à imaginer le projet parental et la réalisation du désir d'enfant, ajoute à l'altération de la qualité de vie. Qu'il y ait ou non un projet d'enfant, la possibilité d'en avoir un demeure en suspens pour ces femmes. Ainsi, la douleur physique et morale des femmes nécessiterait une prise en charge globale, incluant la possibilité de s'exprimer sur leur ressenti afin d'être accompagnée pleinement face à cette maladie. Car vivre avec une endométriose demande de déployer des qualités d'adaptation, de force et de créativité.

**S. STARACCI, A. FAUCONNIER**

# L'ENDOMÉTRIOSE NE TOUCHE PAS QUE LES FEMMES ADULTES

PAR MICHEL CANIS, GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN ET L'ÉQUIPE DU CHU D'ESTAING, CLERMONT-FERRAND

*Afin d'améliorer la prise en charge des jeunes patientes, le ministère de l'Éducation nationale a signé ce lundi une convention avec cinq associations de patientes. Son objectif? Sensibiliser tant les élèves que les infirmiers scolaires et les enseignants des collèges et des lycées à cette maladie.*

LE FIGARO SANTÉ, JUIN 2016

**P**arce que dans l'inconscient collectif, il est normal que les femmes souffrent pendant leurs règles, et parce que la douleur des très jeunes femmes est plus rarement prise en compte, on considère que seules les femmes adultes sont concernées par l'endométriose. Pourtant...

Dans notre service, l'âge moyen des patientes endométriosiques est de 32 ans. Sur une période de dix ans, parmi les patientes diagnostiquées en Auvergne, le pourcentage d'étudiantes était de 4,4 %. Ces chiffres sont rassurants pour les adolescentes quand les médias suggèrent que les adolescentes qui ont des douleurs pendant les règles ont toutes une endométriose que les médecins ne savent pas diagnostiquer. Mais l'endométriose peut aussi concerter les femmes très jeunes.

Plusieurs études ont mis en évidence une fréquence élevée de l'endométriose (jusqu'à 50 %), lors de coelioscopies réalisées chez des adolescentes pour des douleurs sévères (douleurs de règles, troubles digestifs ou urinaires et, une fois sur deux, des douleurs continues en dehors des règles).

De plus, dans une étude de la relation entre la durée des symptômes et la sévérité des lésions lors de la première coelioscopie, lorsque des lésions profondes sont associées à des adhérences sévères des trompes et des ovaires, la durée d'évolution des douleurs atteignait plus de 14 ans et ces douleurs avaient débuté avant l'âge de 20 ans.

Le challenge est complexe pour les médecins, car il ne faut pas retarder le diagnostic. La durée d'évolution d'une douleur rend en effet son traitement plus difficile. La douleur s'apprend et plus elle est ancienne plus elle est ancrée dans la mémoire. Mais il ne faut pas pour autant terroriser toutes les jeunes femmes qui ressentent des douleurs pendant leurs règles. Car seulement 1 % des jeunes filles disent n'avoir aucun symptôme pendant leurs règles ; quelques douleurs pendant cette période du cycle représentent donc la « norme ». Chez les adolescentes, la douleur est complexe à interpréter, la composante psychosomatique pouvant être

majeure. À cet âge, les changements physiques ou scolaires peuvent générer des stress importants à même d'augmenter ou de minimiser une douleur. Ainsi, définir une douleur « sévère » est difficile, l'éviction scolaire répétée reste un bon critère, si elle n'est pas associée à d'autres difficultés scolaires.

Il est donc nécessaire d'écouter la douleur des adolescentes, même si la prise en compte du contexte est essentielle. Si les douleurs sévères résistent aux approches médicamenteuses habituelles, il faudra procéder à un examen clinique par un spécialiste qualifié, une échographie, une IRM voire une coelioscopie.

Cela dit, il ne faut pas porter par défaut le diagnostic d'endométriose chez toutes les adolescentes qui ont des douleurs pendant ou en dehors de leurs règles. Ce diagnostic doit être posé avec rigueur et être un diagnostic de certitude et non un diagnostic de présomption. Bien que peu fréquentes, les conséquences « extrêmes » de cette maladie sont stressantes et même effrayantes pour ces jeunes femmes qui voient s'éloigner bien des espoirs et des rêves, quand elles en lisent la liste.

Le challenge est aussi complexe pour les femmes. Une étude sociologique montre que le retard au diagnostic dépend de l'omerta qui pèse sur les règles, peut-être encore plus forte aujourd'hui. Dans ce monde « hypercompétitif », il est incongru qu'une femme évoque ses règles pour refuser ou différer une tâche professionnelle. Elle préférera avoir recours à une automédication (avec parfois des posologies très supérieures aux doses normales) utilisant les antalgiques puissants aujourd'hui en vente libre. Il est nécessaire que les femmes sachent que cette loi du silence sur les règles, que la société impose, les expose au risque de négliger des douleurs qui témoignent d'une forme grave. Se faire violence, pour répondre aux exigences d'un monde professionnel qui n'accepte aucune faiblesse, n'est sûrement pas toujours une bonne idée, notamment s'il faut le faire tous les mois.

L'endométriose remet ainsi en cause bien plus que des idées médicales, elle repose la question de la place des femmes dans notre société. •

**Il est nécessaire que les femmes sachent que cette loi du silence sur les règles, que la société impose, les expose au risque de négliger des douleurs qui témoignent d'une forme grave.**

# LE DÉLAI DIAGNOSTIQUE DE L'ENDOMÉTRIOSE

PAR PIERRE PANEL, CHEF DE SERVICE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE, CH DE VERSAILLES  
ET PAULINE BAISSAS GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIENNE, CH MIGNOT, VERSAILLES

*C'est fort heureusement une maladie que l'on peut arriver à soigner, mais à condition que le diagnostic soit fait à temps car plus l'endométriose est étendue, plus elle est difficile à soigner.*

**DR ERICK PETIT, RADIologue, SITE TOP SANTÉ, MARS 2015**

**L**e délai diagnostique de l'endométriose est de plusieurs années : dans les années 1990, en Grande-Bretagne la moyenne du délai entre le début des symptômes et la coelioscopie diagnostique était de 7,7 années ; il est de 4,7 années dans l'étude du Dr Charles Vallet réalisée à Paris en 2011, mais peut varier de 6 à 10 ans. Ce délai est trop long, mais comment peut-on l'expliquer ? Et comment faire pour être plus performant ?

Ce délai est tout d'abord dû à la méconnaissance de certains aspects de cette maladie, mais aussi à la difficulté de poser le diagnostic du fait d'une symptomatologie non spécifique et variable.

Pire encore, cette pathologie est parfois découverte « par hasard » dans un contexte d'urgence. Sur le plan gynécologique, l'urgence en matière d'endométriose relève, le plus souvent, d'une suspicion de torsion de l'ovaire, suspicion fréquente mais exceptionnellement rencontrée tant il est vrai que dans ce contexte, les kystes ovariens sont, la plupart du temps, fixés par des adhérences. Toutefois, les gynécologues n'ont plus le droit d'ignorer l'importance d'un interrogatoire précis en reprenant l'histoire douloureuse de la patiente (ses caractéristiques, la notion d'une dyspareunie profonde...), et en recherchant les signes urinaires ou digestifs qui orientent vers les différentes localisations possibles de l'endométriose.

Les autres complications nécessitant une intervention en urgence sont très rares et ne relèvent pas de la chirurgie gynécologique : occlusion, invagination intestinale aiguë, perforation digestive de même que les complications urologiques à type de colique néphrétique. Dans tous ces cas, il est exceptionnel que les patientes n'aient pas été symptomatiques de longue date et croisé et recroisé la route de nombreux gynécologues. Ont-elles été entendues, ont-elles été écoutées ?

Mieux comprendre ce qu'est l'endométriose nous donne un premier éclairage. Elle est liée à une localisation anormale du tissu endométrial. L'endomètre est la muqueuse qui tapisse la face interne de l'utérus. Ce tissu se nomme endométriose lorsqu'il est retrouvé en dehors de l'utérus. Comme l'endomètre, il est sensible aux variations hormono-

les ; il va augmenter de taille et d'épaisseur sous stimulation œstrogénique tout au long du cycle, et se désagréger lors de la période des règles. L'endomètre normal qui tapisse la cavité utérine va pouvoir s'évacuer par le vagin, ce sont les règles, alors que le produit de dégradation de l'endométriose reste piégé dans la cavité abdominale. Il va alors induire une réaction de l'organisme entraînant une inflammation locale, des phénomènes de rétraction tissulaire, d'adhérences, d'enkystement.

Cycle après cycle, les lésions d'endométriose se développent ainsi que les conséquences de la réaction de l'organisme. Néanmoins, cette pathologie reste très lentement évolutive et il faut souvent de nombreuses années pour que les lésions initiales microscopiques deviennent clairement visibles sur les examens d'imagerie. L'endométriose va préférentiellement s'installer sur la face postérieure de l'utérus, au niveau des ligaments utéro-sacrés (reliant le col de l'utérus au sacrum), sur les ovaires, dans l'épaisseur de la paroi utérine (adénomyose), au niveau du péritoine pelvien, sur la vessie, sur le tube digestif ; mais aussi plus rarement sur le péritoine de la coupole diaphragmatique qui peut, en le traversant, donner des localisations au niveau de la plèvre ou du poumon. D'autres localisations ont été décrites mais sont très exceptionnelles.

Cependant, les symptômes peuvent apparaître dès le début de l'évolution, c'est-à-dire, dès l'apparition des premières règles. Quels peuvent être ces symptômes ? On entend encore trop souvent dire qu'il est normal que les règles soient douloureuses. De fait, de très nombreuses femmes font l'expérience de règles douloureuses sans qu'il y ait de pathologie sous-jacente. Mais, chez une patiente qui a des douleurs majeures ( $\geq 7$  sur une échelle visuelle analogique), des malaises et doit être en arrêt maladie durant ses règles, il faut rechercher une endométriose.

De plus, l'endométriose est une pathologie qui peut aussi être responsable de symptômes divers... Les localisations au niveau de l'utérus ou des ligaments utéro-sacrés peuvent engendrer des douleurs lors de rapports sexuels ; ces douleurs sont alors profondes (dans le ventre), balistiques (quand

**Cette pathologie reste très lentement évolutive et il faut souvent de nombreuses années pour que les lésions initiales microscopiques deviennent clairement visibles sur les examens d'imagerie.**

le partenaire touche le fond du vagin) ou positionnelles (présente dans certaines positions sexuelles et pas dans d'autres). Les localisations digestives peuvent entraîner des douleurs lors de la défécation, mais aussi des diarrhées, du sang dans les selles, des difficultés à aller à la selle (syndrome sub-occlusif, constipation). Les localisations diaphragmatiques pourront donner des douleurs au niveau du foie ou de l'épaule droite, majorées par l'inspiration profonde.

Des symptômes urinaires sont aussi fréquents mais rarement au premier plan. Il peut s'agir de douleurs vessie pleine ou de crampes lors de la miction ; il faut alors rechercher une localisation de l'endométriose sur la paroi vésicale. Mais il peut aussi s'agir simplement de signes de cystites, ce qui correspond à une irritation des nerfs de la vessie dans leur trajet, le plus souvent en arrière de l'utérus.

L'endométriose est aussi responsable d'une diminution de la fertilité qui reste bien souvent le mode de découverte de la maladie, plus que l'altération de la qualité de vie qui peut cependant être majeure.

Ces symptômes variés sont souvent évocateurs de bien d'autres pathologies éloignées de l'endométriose. Dans tous les cas, c'est le caractère cyclique ou à renforcement cataménial (c'est-à-dire en période de règles) qui doit attirer l'attention.

Par ailleurs, nous savons que l'intensité de la douleur n'est pas proportionnelle à la taille des lésions, mais à l'importance de la réaction inflammatoire, à leur localisation et à l'altération de l'innervation.

Ainsi, les lésions jeunes entraînent volontiers davantage de réactions inflammatoires et donc de douleurs, alors même qu'elles sont peu volumineuses et peu visibles. Les lésions infiltrant les tissus en profondeur, notamment sur les côtés, vont plus fréquemment léser les fibres nerveuses et engendrer des douleurs chroniques. Ainsi, le ressenti et le vécu de la patiente doivent être pris en compte indépendamment de la taille des lésions endométriosiques retrouvées.

Pour poser le diagnostic d'endométriose, il faut y penser. Cette pathologie a longtemps été méconnue du grand public, mais aussi du corps médical. L'endométriose est une pathologie pour laquelle l'adage « *On ne trouve que ce que l'on cherche. On ne cherche que ce que l'on connaît* » s'applique parfaitement.

Seule la coelioscopie permet le diagnostic histologique de l'endométriose. Cela signifie que le diagnostic de l'endométriose ne sera confirmé avec certitude qu'après exploration méticuleuse de toutes les régions de l'abdomen et du petit bassin et retrait des lésions (par chirurgie) qui doivent ensuite être analysées sous microscope par un médecin anatomo-pathologiste. Mais proposer une chirurgie première à toutes les patientes ayant des douleurs est difficilement concevable en France en 2017, car ferait courir un risque opératoire et anesthésique parfois important alors même que le traitement de cette pathologie peut être simplement médical.

L'examen non invasif de choix est donc la résonance magnétique nucléaire (IRM), mais faut-il encore que le radiologue soit sensibilisé et entraîné à repérer les lésions endométriosiques. Sur l'IRM, l'endométriose crée des images de rétraction, de spicules (en forme d'aiguille), de kystes ovariens. Ces images ne sont pas toutes spécifiques

***Mais avant toute chose, c'est bien l'écoute de la patiente et le questionnement attentif sur les différents symptômes, leurs caractéristiques, leur chronologie, leurs localisations qui doit permettre d'évoquer le diagnostic.***

et n'interpellent pas forcément un radiologue non sensibilisé. Surtout, il faut que les bonnes coupes avec les bons contrastes aient été réalisées, ce qui est loin d'être toujours le cas. Ainsi, il est indispensable que cet examen soit effectué par un radiologue connaissant bien la pathologie.

Mais avant toute chose, c'est bien l'écoute de la patiente et le questionnement attentif sur les différents symptômes, leurs caractéristiques, leur chronologie, leurs localisations qui doit permettre d'évoquer le diagnostic. L'examen clinique minutieux ensuite est l'élément clé ayant une bonne valeur prédictive positive du diagnostic d'endométriose. Il doit être réalisé pas à pas cartographiant les douleurs, repérant des troubles de la sensibilité de la peau, du périnée, du vagin et retrouvant des zones de rétraction, notamment dans le fond du vagin.

D'autres examens peuvent être nécessaires afin d'étayer le diagnostic et localiser précisément la maladie : échographie abdominale et pelvienne, échographie-endoscopie rectale, coloscopie ; tout comme d'autres examens permettant d'éliminer un diagnostic différentiel. Bien sûr, toutes les douleurs pelviennes chroniques ne sont pas de l'endométriose, mais y penser est essentiel, notamment lorsque la symptomatologie gynécologique n'est pas au premier plan.

Ce délai diagnostique peut être séparé en deux périodes distinctes : le « délai patiente » représentant la période entre l'apparition des premiers symptômes et la première consultation d'un praticien, et le « délai médical » correspondant au temps entre la première consultation et le diagnostic. Les patientes ont des difficultés elles-mêmes à distinguer le caractère de leurs symptômes cataméniaux entre « normal » et « pathologique », ce qui représente également un frein au diagnostic.

Réduire le délai diagnostique de l'endométriose est un objectif majeur : cela permet d'améliorer la qualité de vie des femmes, de diminuer leurs douleurs, de prendre en charge leurs différents symptômes, de lutter contre l'évolution de la maladie, notamment vers des formes graves, et ses conséquences telle que la diminution de la fertilité. De plus, poser le diagnostic va permettre à la patiente d'avancer.

L'endométriose garde encore des zones d'ombre, d'inconnu, d'incompris, mais la réduction du délai diagnostique est un enjeu primordial de santé publique. •

# LE SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

PAR ÉMILIE HUDON, GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIENNE, MONTREAL,  
ET PHILIPPE DESCAMPS, CHEF DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE, CHU D'ANGERS

*À l'époque, il n'existait pas de traitement médicamenteux, et seule la chirurgie était employée pour traiter les zones d'endométriose. Entre 1952 et 1962, Marilyn Monroe subit sept interventions destinées à la soulager.*

**DR WINKLER,** *Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les règles sans jamais avoir osé le demander,* 2008.

**I**l y a plusieurs théories pour expliquer les douleurs causées par l'endométriose. Il faut se rappeler que cette maladie est liée à la migration de fragments de muqueuse utérine qui vont se greffer en dehors de l'utérus. Ils peuvent se coller sur la vessie, le rectum, le fond du vagin ou le péritoine qui est une sorte de voile tapissant tous les organes à l'intérieur du ventre.

Tel de petits aliens, ces implants vont vivre à leur propre compte et assez logiquement ils vont saigner tous les mois dans le ventre, irritant ainsi le péritoine, ce qui va engendrer des douleurs cycliques.

À la longue ces saignements entraînent des accollements entre les organes, des nodules et des adhérences qui sont aussi responsables de douleurs chroniques.

Les sites où se greffent ces implants connaissent des modifications biologiques avec une production augmentée de médiateurs de l'inflammation et de la douleur. Il peut également y avoir une atteinte de la fonction nerveuse amenant à une modification de l'information douloureuse transmise au cerveau.

Tout comme l'utérus et l'endomètre, l'activité de ces implants ectopiques est sous le contrôle des hormones sécrétées par les ovaires. Enfin certaines lésions vont avoir un effet mécanique : torsion d'un gros kyste de l'ovaire endométriosique, infiltration de racines nerveuses, etc.

Les traitements, qu'ils soient médicaux ou chirurgicaux, ont donc pour objectif de neutraliser ces mécanismes. Le choix du traitement dépendra de la sévérité des douleurs, de l'âge de la femme, de son désir de grossesse et bien sûr de la localisation et de l'étendue des lésions.

***Le choix du traitement dépendra de la sévérité des douleurs, de l'âge de la femme, de son désir de grossesse et bien sûr de la localisation et de l'étendue des lésions.***

## TRAITEMENT MÉDICAL

Lorsqu'une jeune fille ou une femme présente des douleurs liées à l'endométriose, différents traitements médicaux peuvent lui être proposés. On retrouve principalement les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les contraceptifs hormonaux et les agonistes de la GnRH (médicaments mimant la ménopause).

■ **Les AINS** seront utilisés en première ligne pour soulager la douleur. Il s'agit de comprimés pris oralement qui auront pour effet de réduire l'inflammation pouvant être responsable de la douleur.

En règle générale, ce type de médicament est prescrit en première intention mais sera très souvent et rapidement associé à un traitement hormonal comme une contraception œstro-progestative, des progestatifs ou un dispositif intra-utérin hormonal (stérilet Mirena ou Jaydess).

■ **La contraception œstro-progestative** est prescrite initialement de façon classique (avec 7 jours d'arrêts pendant lesquels les règles arrivent), mais elle sera plus efficace en prise continue pour soulager la douleur.

Le but est de supprimer les règles, donc la production de muqueuse, qui de ce fait ne va plus migrer hors de l'utérus. Ce traitement se prend par comprimé (la pilule), par patch ou par anneau vaginal. Le principe est de réduire la sécrétion ovarienne permettant ainsi de limiter l'évolution des lésions d'endométriose.

Il faut rappeler que contrairement à d'anciennes croyances, il n'y a aucun inconvénient à ne plus avoir de règles. Le sang des règles ne s'accumule pas dans une cachette secrète (!), car si le taux d'hormones reste constant (ce qui est le cas quand on prend la pilule en continu), il n'y a pas de déclenchement des règles et la muqueuse reste en place. Enfin, il faut rappeler que le fait de ne pas avoir de règles durant plusieurs années n'impacte pas la fertilité ultérieure et n'empêchera aucunement la patiente d'être enceinte par la suite.

Le traitement hormonal par progestatifs seuls est une autre option possible. Il sera préféré chez les femmes qui ne peuvent pas prendre d'œstrogènes. La prise de progestatifs empêche la croissance du tissu endométrial se trouvant à l'extérieur de l'utérus. Dans cette catégorie de traitement, il y a plusieurs types de progestatifs se prenant par voie orale ou par voie vaginale, mais aussi des stériletts hormonaux qui diffusent cette molécule. Ces dispositifs sont reconnus pour être très efficaces pour le traitement des douleurs liées à l'endométriose. On débute en général le traitement par un micro-progestatif (la pilule que l'on donne aux femmes qui allaitent), qui supprime les règles

à condition de le prendre tous les jours sans interruption et à la même heure.

■ **Le troisième type de traitement médical** est prescrit quand les traitements hormonaux précédemment décrits ont été tentés et qu'ils n'ont pas été suffisamment efficaces. Il s'agit des « agonistes de la GnRH », médicaments administrés en injection intramusculaire qui placent la patiente en état de ménopause temporaire et réversible, en agissant sur certains récepteurs du cerveau. Ils entraînent la suppression de la fonction ovarienne et de ce fait vont « éteindre » les lésions d'endométriose.

Ils provoquent cependant des effets secondaires, courants lors de ménopause, tels que bouffées de chaleur, baisse de la libido et sécheresse vaginale. Heureusement ces manifestations peuvent être neutralisées par une prise d'hormones à faible dose, par le biais d'une pilule classique ou d'une pommade contenant des œstrogènes. On appelle cela l'« Addback thérapie », qui doit être systématiquement prescrite dès lors que l'on débute un traitement par analogues. En quelque sorte on freine d'un côté pour accélérer de l'autre. Ce traitement est excellent et très efficace quand il est bien conduit. Il n'est donc pas nécessaire ni acceptable de passer les mois d'été avec des bouffées de chaleur quand on a 28 ans...

## TRAITEMENT CHIRURGICAL

Toutes les femmes ayant de l'endométriose ne seront pas opérées. Cette approche sera privilégiée pour celles chez qui la douleur n'a pas pu être soulagée par les médicaments. L'avantage de la chirurgie est de retirer les lésions et de les analyser afin de confirmer qu'il s'agit bien d'une endométriose.

Chez certaines femmes, les implants endométriosiques touchent les intestins et/ou le système urinaire ( vessie, uretère), et le meilleur traitement sera la résection chirurgicale pour soulager les douleurs qui peuvent être très intenses.

Lorsque l'on propose un traitement chirurgical à une patiente, deux approches sont possibles, conservatrice ou radicale (définitive).

■ **Une chirurgie conservatrice** aura pour but de réduire les adhérences causées par l'endométriose, de retirer les endométriomètes (kyste ovarien d'endométriose contenant du vieux sang), et de procéder à l'excision des nodules (lésions d'endométriose implantées profondément dans les tissus et souvent très douloureux). Les candidates à cette chirurgie sont les femmes présentant des douleurs importantes et celles qui souhaitent une grossesse.

■ **La chirurgie radicale** permet de retirer l'utérus (supprimant ainsi la production de cette muqueuse qui de ce fait ne migrera plus dans le ventre) et intervient toujours en bout de chaîne et chez des patientes n'ayant plus de désir de grossesse ou ayant renoncé à celle-ci.

**Comme on peut le comprendre, il n'y a pas de « traitement parfait », mais un traitement personnalisé délivré à une patiente donnée à un moment précis de sa vie.**

Le traitement chirurgical est le plus souvent très efficace pour soulager la douleur, mais comporte bien sûr plus de risques que le traitement médical. Comme toute chirurgie, il peut y avoir des saignements ou des blessures des organes de voisinage. Il s'agit d'une chirurgie difficile qui doit être réservée à des chirurgiens gynécologues en ayant une grande pratique.

Par ailleurs, malgré une chirurgie bien conduite, certaines patientes auront besoin de plusieurs opérations car les lésions d'endométriose et les douleurs peuvent revenir. Ces réinterventions sont bien sûr plus fréquentes chez les femmes ayant bénéficié d'une approche conservatrice que celles ayant eu une chirurgie radicale. Néanmoins, et contrairement à ce que pensent beaucoup de femmes, le fait d'avoir une hystérectomie n'est pas le garant d'une disparition totale des douleurs. En effet, il peut persister de minuscules foyers d'endométriose, notamment sur le péritoine, qui n'auront pas été vus le jour de la chirurgie et qui seront réactivés dans la mesure où les ovaires sont conservés. On peut ainsi être amené à redonner un blocage ovulatoire avec une pilule après une hystérectomie.

Comme on peut le comprendre, il n'y a pas de « traitement parfait », mais un traitement personnalisé délivré à une patiente donnée à un moment précis de sa vie.

Ainsi, on ne soigne pas de la même façon une jeune fille de 16 ans qui n'a jamais eu de rapports, une femme de 30 ans qui a un projet de grossesse, ou une femme de 43 ans qui a eu deux enfants.

L'endométriose est une maladie chronique, c'est-à-dire qu'elle nécessite un suivi et un traitement au long cours. Même si une chirurgie a été pratiquée, il est préférable de poursuivre un traitement médical afin de prolonger la période sans douleurs, mais également de freiner la réapparition des lésions.

Dès lors que le diagnostic d'endométriose a été posé, il faudra toujours bloquer l'ovulation et supprimer les règles, sauf bien sûr quand il y a un projet de grossesse. •

# UN IMPACT PSYCHOLOGIQUE INDÉNIABLE

PAR VALÉRIE ANTOINE, PSYCHOLOGUE CLINICIENNE, ULLA COMBES, ÉTUDIANTE EN PSYCHOLOGIE, ET CHARLES CHAPRON, CHEF DU SERVICE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE CHU COCHIN PORT ROYAL, PARIS.

*Avec nos concepts judéo-chrétiens, avoir mal au ventre pendant ses règles, c'est un peu normal ! Quand elles finissent par consulter, les médecins, auxquels on n'enseigne pas l'endométriose, leur disent d'abord : « C'est normal, ce sont vos règles ! ». Puis, si elles insistent : « C'est dans votre tête ! ». Résultat, il y a un retard de sept à dix ans dans le diagnostic. Un laps de temps durant lequel les femmes souffrent et consomment des médicaments. Notre rôle à nous, c'est d'expliquer qu'il s'agit d'une vraie maladie, identifiée depuis cent cinquante ans.*

**MARINA CARRÈRE D'ENCAUSSE** « *La télévision a un rôle essentiel à jouer pour faire connaître l'endométriose* », **TELERAMA.FR, 7 MARS 2016**

**L**'endométriose est une « maladie invisible » qui ravage la vie des femmes. Si la première cible de l'endométriose est le corps, son impact psychologique peut être beaucoup plus important : le caractère chronique de la maladie, les saignements et les douleurs qu'elle provoque impactent le psychisme des femmes. L'endométriose altère leur qualité de vie tant sur le plan personnel que professionnel, social et familial, allant parfois jusqu'à une situation de handicap caché.

Comment être soi-même lorsque les douleurs sont invalidantes ?

L'endométriose impacte psychiquement les patientes avant même d'être diagnostiquée. Elle est méconnue et son diagnostic est bien trop tardif. Beaucoup de femmes, cherchant des explications, sont obligées de multiplier les consultations sans résultat concluant. Elles se sentent incomprises, abandonnées des médecins qui ignorent et/ou banalisent leurs symptômes. Elles se retrouvent ainsi seules avec leurs douleurs face aux regards de leurs proches. Une fois le diagnostic posé, elles sont enfin « reconnues comme malades » par le milieu médical et comprennent que cela ne vient pas d'elles mais de l'endométriose. Soulagées, elles peuvent au moins mettre un nom sur la maladie et être suivies correctement.

Toutefois, le temps perdu à poser le diagnostic provoque colère et perte de confiance à l'égard des médecins. Le choc est terrible :

« *C'est une maladie à vie !* »  
 « *L'endométriose a tué ma vie !* »  
 « *J'accouche tous les mois !* »

L'endométriose impacte l'image corporelle : elle modifie le rapport de la femme à son corps, son regard sur elle-même et sa relation à l'autre.

Lors des règles, la femme sujette à l'endométriose souffre dans un corps qui dysfonctionne. Les douleurs peuvent être d'une telle violence qu'elles paralysent physiquement et psychiquement. La dignité de la femme en pâtit : ses plus simples besoins corporels (digérer, uriner, déféquer) deviennent douloureux et difficilement contrôlables. Souvent ces femmes perdent le contrôle de leur corps et de leur vie au profit de l'endométriose...

Aux symptômes s'ajoute une « grande fatigue physique et psychique ». La maladie devient invalidante car elle empêche de réaliser les activités quotidiennes et de mener une vie normale. Pour certaines patientes, « la vie devient survie ». La qualité de vie et l'humeur se détériorent parfois jusqu'à la dépression.

Leurs corps se modifient sous l'effet des traitements hormonaux provoquant une ménopause artificielle (prise de poids, trouble de la circulation sanguine, bouffées de chaleur, troubles de l'humeur...). Les chirurgies sont à la fois redoutées et perçues comme une renaissance. Elles

## ENDOMÉTRIOSE ET DÉPRESSION

À la fatigue chronique induite par la maladie s'ajoute l'incompréhension de l'entourage, qui peut conduire à l'isolement et à un retrait de la vie sociale, souvent vécue comme une stigmatisation, mais aussi le poids des douleurs répétitives, à la fois physiques et émotionnelles.

Ainsi, le risque de troubles anxiol-dépressifs est multiplié par deux chez la femme endométriosique. Les études attestent en effet d'une présence accrue de dépression, de somatisation, de syndrome de panique et de stress chronique. Il est essentiel que la prise en charge des femmes atteintes d'endométriose tienne compte de la patiente dans sa globalité. En effet, les troubles anxiol-dépressifs, un éventuel état de stress post-traumatique, un vécu douloureux sont autant de facteurs qui ralentissent fortement voire empêchent le rétablissement et contribuent à la chronicisation de la maladie. Il est indispensable de questionner le vécu de la femme souffrant d'endométriose en vue de pouvoir traiter aussi une éventuelle dépression.

Il reste désormais à savoir si l'état inflammatoire de la maladie provoque une dépression ou si c'est l'état dépressif qui entraîne l'inflammation. Certaines études sont en cours pour tenter d'élucider cette problématique. D'autres questionnent le rôle déclencheur d'un état de stress post-traumatique sur l'inflammation et la dépression.

Espérons pour la qualité de vie des femmes atteintes d'endométriose que, dans un avenir proche, des avancées significatives soient faites.

**V. ANTOINE ET U. COMBES**

laiscent des cicatrices sur la peau et dans le corps. Certains examens constituent une effraction physique et psychique voire une humiliation. La maladie marque ainsi le corps et le psychisme des femmes, de manière indélébile, contribuant à leur faire perdre confiance en elles.

La représentation de soi se dégrade avec en tête l'image d'une « maladie envahissante ». Le pronostic vital n'est, certes, pas engagé, mais la source de la maladie provient de la matrice même, l'utérus. La femme est mise à mal dans sa féminité, là où s'incarne le « devenir femme, le devenir mère ».

Cet apprentissage se fait dans la douleur.

Les femmes se sentent diminuées, éprouvées, différentes des autres. L'endométriose les remet en cause en tant que femme. C'est une rébellion à l'intérieur du ventre, une lutte de la femme contre elle-même.

Souvent l'endométriose complique la conception d'un enfant. Elle affecte la femme dans son désir/besoin de fertilité. Ces femmes se sentent alors défaillantes. Le sens fondamental de leur existence, pour certaines, est remis en question. Elles doivent envisager l'adoption ou donner la vie avec une aide médicale à la procréation (AMP). Parfois la maladie anéantit le projet d'enfant et constraint les couples à un terrible deuil. La femme culpabilise de ne pouvoir donner un enfant à son partenaire. Cette blessure supplémentaire dévaste encore plus la représentation et l'estime de soi.

*« Je me sens comme une morte-vivante, à part, exclue de la société. »*

Les patientes endométriosiques ont besoin d'être reconnues. Certes comme souffrant d'une maladie chronique, mais aussi et surtout comme femme dans le regard de l'autre sans être infantilisées. Au niveau sociétal, professionnel et relationnel, il est complexe d'évoquer la maladie, surtout sa composante intime.

Comment s'ouvrir à l'autre lorsqu'on souffre d'une maladie féminine non reconnue ? Comment se sentir désirable lorsque

les règles sont anormalement longues et hémorragiques ? L'endométriose perturbe la relation avec le partenaire, à bien des égards. Elle peut lui faire peur et le faire fuir. Pendant les rapports sexuels, elle provoque parfois des douleurs et des saignements, y compris lors de l'orgasme. Ces symptômes génèrent l'évitement voire l'interruption de la vie sexuelle et diminuent le désir et la libido, déjà altérés par les traitements hormonaux. L'insatisfaction sexuelle est partagée.

*« Ce n'est plus une vie à 2 mais à 3. »*

Dans ce contexte, les vies familiales, amicales et professionnelles sont bouleversées. Les « crises d'endométriose » rendent la moindre activité difficile. Si la maladie est invisible, elle isole, perturbe la vie sociale et impacte une carrière professionnelle. Les femmes se heurtent à un déni, une incompréhension, des préjugés voire une lassitude de l'entourage, alors que son soutien est primordial. Leur souffrance devient alors psychique. Les femmes craignent d'être perçues comme un fardeau. Dans le cadre professionnel, la menace d'une discrimination ou d'un licenciement plane sur elles en permanence.

Mais l'endométriose peut aussi être une découverte de soi. D'une part, elle amène à une connaissance précise du corps. D'autre part, elle éveille la féminité, fait prendre conscience de son importance. En réaction, les femmes développent une force mentale et une détermination pour lutter avec un potentiel d'adaptation et de tolérance à la douleur plus élevé. Leur créativité s'accroît car la maladie « oblige » à trouver des solutions et des stratégies. Enfin, leur empathie et leur sensibilité envers les autres se renforcent.

Pourquoi l'endométriose n'est-elle pas encore reconnue par la société ? Actuellement des médias, médecins et associations tendent à libérer la parole. Ils tâchent de la faire connaître et de permettre aux femmes, qui en sont atteintes, d'être reconnues et de faire partie intégrante de la société, pour réussir à réduire quelque peu l'impact psychologique de la maladie. •

## GROSSESSE & ENDOMÉTRIOSE

PAR LOUIS MARCELLIN, GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN,  
ET CHARLES CHAPRON, CHEF DU SERVICE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉRIQUE CHU COCHIN PORT ROYAL, PARIS.

*Nos travaux ne laissent plus de place au doute : il existe un sur-risque de fausse couche au premier trimestre de grossesse en cas d'endométriose.*

**CHERCHEURS DE L'INSERM, Human Reproduction, MAI 2016.**

**L**es connaissances quant à l'influence de la grossesse sur l'endométriose sont encore limitées. Il est communément admis que l'endométriose est améliorée pendant la grossesse. En 1949, le gynécologue-obstétricien américain Clayton Beecham considérait que « la nature

avait mis au point une mesure prophylactique et curative de l'endométriose : i.e. la grossesse » et que la grossesse était « le meilleur traitement de l'endométriose ». S'il suffisait de pouvoir prescrire une grossesse pour traiter l'endométriose !

Pendant la grossesse, il semble que l'on observe, à l'examen clinique, une modification de la taille des lésions d'endométriose avec une tendance à l'extension au cours du premier trimestre et à la diminution au cours du dernier trimestre de la grossesse et dans le post-partum. L'étude de modèles animaux a montré que, pendant la grossesse, il existait une régression complète des lésions d'endométriose dans les formes minimales et partielles dans les formes modérées.

Des études observationnelles de femmes enceintes atteintes d'une endométriose profonde sévère non opérée, portant sur de faibles effectifs, ont révélé une régression de la symptomatologie douloureuse associée à une modification de l'aspect échographique de lésions profondes.

D'autres travaux indiquent que les lésions d'endométriose des femmes enceintes paraissaient moins fibreuses et moins pigmentées en coelioscopie.

Enfin dans une série de 24 cas d'endométriose au cours de la grossesse, la moitié des femmes avait une diminution ou une disparition de la lésion alors que pour un quart d'entre elles était constatée une augmentation de sa taille.

Il existe un nombre substantiel de publications de cas cliniques qui relatent la survenue de complications graves pendant la grossesse telles que des hémopéritoines spontanés, des ruptures urétérales ou vésicales, des perforations digestives et des fistules. Ces complications pourraient être la conséquence de modifications de la nature même de la lésion pendant la grossesse mais leur physiopathologie n'est pas claire. Plusieurs explications sont avancées : la croissance de l'utérus avec l'avancement de la grossesse qui peut être responsable de la mise en traction d'adhérences ; la transformation intrinsèque des lésions d'endométriose par les hormones de la grossesse ; et les remaniements tissulaires, vasculaires et inflammatoires.

Plusieurs mécanismes physiopathologiques (processus inflammatoires, immunologiques, endocriniens et vasculaires) suggèrent que l'endométriose pourrait avoir des conséquences sur le déroulement normal de la grossesse. Ces modifications interféreraient avec le cours normal de la

**La grossesse semble améliorer les symptômes douloureux et donner un peu de répit aux femmes présentant une endométriose symptomatique.**

grossesse et fourniraient une explication biologique plausible aux liens qui existeraient entre l'endométriose pelvienne, les échecs d'implantation et les issues défavorables de la grossesse. L'altération de l'endomètre en cas d'endométriose pourrait perturber le processus de décidualisation (c'est-à-dire la transformation physiologique de l'endomètre pour contrôler l'implantation) qui est décisif dans la mise en place des annexes foetales (placenta et membranes foetales). Ces anomalies peuvent être à l'origine de dysfonctionnement placentaire et contribuer à des anomalies de la croissance foetale ou des pathologies hypertensives gestationnelles comme l'hypertension gravidique ou la pré-éclampsie. Par ailleurs, l'accouchement prématuré et la rupture prématurée des membranes sont des événements en lien avec une activation de l'inflammation. Un état inflammatoire chronique de l'utérus lié à l'endométriose pose la question de la qualité des annexes foetales et de l'intégrité de l'interface foeto-maternelle qui participe au contrôle du déclenchement du travail.

Les études analysant le risque de complications de la grossesse chez les femmes atteintes d'endométriose ont montré, de façon variable, un risque légèrement supérieur de prématurité, de petit poids de naissance, de saignement anténatal, de complications placentaires, de pré-éclampsie et de césarienne. Si la plupart de ces études témoignent d'une majoration du risque obstétrical, leur caractère rétrospectif rend leur interprétation délicate. Par ailleurs, le diagnostic de certitude, le phénotype endométriosique, le caractère opéré ou non des lésions, le mode de conception (spontanée ou par assistance médicale à la procréation) n'était pas toujours bien précisé. Une étude française récente du Dr Anne Thomin publiée en 2016 a, quant à elle, mis en évidence un taux élevé d'accouchements par césarienne (50 %) chez les femmes enceintes atteintes d'endométriose colorectale, indépendamment de l'intervention chirurgicale antérieure, avec un risque de complication augmenté. Enfin, les conséquences de l'assistance médicale à la procréation (AMP) sur les issues obstétricales des femmes porteuses d'endométriose sont relativement peu étudiées. Pour autant les données recueillies sont rassurantes et l'AMP ne semble pas majorer le risque de complications de la grossesse.

En conclusion, la grossesse semble améliorer les symptômes douloureux et donner un peu de répit aux femmes présentant une endométriose symptomatique. Les risques de complications graves liés aux lésions endométriosiques sont rarissimes, et le risque de pathologies de la grossesse est modérément augmenté pour les patientes ayant de l'endométriose. Si les praticiens doivent s'attacher à identifier les antécédents d'endométriose en début de grossesse, il ne semble pour autant pas justifier de modifier les pratiques de suivi habituel des grossesses. Les patientes pourront toutefois être orientées vers des centres spécialisés en cas de situation complexe et/ou de complications spécifiques de la grossesse. •



10.5 x 18 cm - 136 p. - 10,95 €  
<http://www.lecavalierbleu.com/livre/idees-recues-lendometriose>



XXII<sup>es</sup>

JOURNÉES DE  
Sénologie Interactive

2019

Les Événements et Avancées  
de l'Année en Sénologie

# FORUM SEIN 2019

Journées du Sénopôle  
Saint-Louis - Territoire Nord

Jeudi 26 & Vendredi 27 septembre 2019

Actualités interactives en Sénologie

Prise en charge actuelle et suivi du cancer du sein

**ESPACE SAINT MARTIN**  
**199 BIS, RUE SAINT-MARTIN 75003 PARIS**

Journées fondées par le Pr André GORINS† et le Dr Marc ESPIÉ

Des Journées du Centre de Formation des Editions ESKA

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRES - Serge KEBABTCHIEFF, Priscilla RIESCO, Alicia GORRILLIOT  
12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris - Tél : 01 42 86 55 79 - Fax : 01 42 60 45 35

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

AGRÉÉ PAR LE CONSEIL RÉGIONAL DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE - CFEE : N° 11753436775



DPC

# XXII<sup>es</sup> JOURNÉES DE SÉNÉCOLOGIE

Journées du Sénopôle de l'Hôpital  
**ESPACE SAINT MARTIN, 199 BIS,**

**JEUDI 26 SEPTEMBRE 2019**

Amphithéâtre

JOURNÉES PRÉSIDÉES PAR

## Actualités interactives en Sénologie

08h30 - 09h00 ACCUEIL INSCRIPTIONS — CAFÉ

09h00 - 09h10	Introduction - suivez le sein	M. ESPIE
09h10 - 09h30	Allocution du président d'honneur des journées	D. SERIN

09h30 - 10h30	Cas cliniques interactifs : G. DOUCHET, O. NGUYEN, M. ESPIÉ Experts : E. BOURSTYN*, L. CAHEN-DOIDY, C. CUVIER, C. DE BAZELAIRE*, A. DE ROQUANCOURT, S. GIACCHETTI*, C. HENNEQUIN, C. MIQUEL*, L. TEIXEIRA	
---------------	---	--

10h30 - 11h00 PAUSE – VISITE DES STANDS – SUIVEZ LE SEIN

11h00 - 11h30	Intelligence artificielle et cancer du sein	A.-S. HAMY
11h30 - 12h00	Les signatures génomiques pour qui ?	G. DOUCHET
12h00 - 12h30	L'ADN tumoral circulant remplacera-t-il le CA15/3 ?	J.-Y. PIERGA

12h30 - 13h15 Symposium : NOVARTIS

13h15 - 14h00 DÉJEUNER

14h00 - 15h00	TABLE RONDE : LE CANCER DU SEIN INFLAMMATOIRE C. MIQUEL, S. GIACCHETTI, E. BOURSTYN, S. GUILLEMET	
15h00 - 15h30	Mastectomie prophylactique : pourquoi, pour qui, comment ?	M. CHAOUAT
15h30 - 16h00	Fonctions cognitives et cancer du sein	F. JOLY

16h00 - 16h45 Symposium : MSD

16h45 - 17h15 PAUSE – VISITE DES STANDS – SUIVEZ LE SEIN

17h15 - 18h30 ATELIERS DE TRAVAIL / CAS CLINIQUES

ATELIER 1	Imagerie en Sénologie A. AMELLOU*, C. CUVIER*, C. DE BAZELAIRE*
-----------	--

ATELIER 2	Sein et psychisme N. ESPIE, M. FAFOUTI, K. MEBRAK*, F. LEDOUX*
-----------	---

ATELIER 3	L'immunothérapie pour les (presque) nuls P. CHARVERIAT*, S. GIACCHETTI*, H. HOCINI*, L. TEIXEIRA
-----------	---

ATELIER 4	Gérer les effets indésirables de l'hormonothérapie (tamoxifène, inhibiteurs de l'aromatase, analogues LH-RH...) G. DOUCHET, I. KLOOS, O. NGUYEN
-----------	--

# ÉNOLOGIE INTERACTIVE

Hôpital Saint-Louis - Territoire Nord

RUE SAINT-MARTIN 75003 PARIS

ORGANISÉ PAR MARC ESPIÉ

**VENDREDI 27 SEPTEMBRE 2019**

Amphithéâtre

## Prise en charge actuelle et suivi du cancer du sein

08h30 - 09h00 ACCUEIL DES PARTICIPANTS — CAFÉ

09h00 - 09h30	Chirurgie du sein et hypnose	L. CAHEN-DOIDY, J. BENICHOU*
09h30 - 10h00	Acupuncture en accompagnement des traitements du cancer du sein	I. KLOOS
10h00 - 10h30	Les congrès de l'année en sénologie	C. CUVIER, S. GIACCHETTI

10h30 - 11h00 PAUSE – VISITE DES STANDS – SUIVEZ LE SEIN

11h00 - 11h45	Les toxicités cutanées des traitements (chimiothérapie, immunothérapie...) des cancers du sein, et leur prise en charge	S. BECOURT, C. DEFASQUE
11h45 - 12h15	Un casse-tête quotidien : microcalcifications post-thérapeutiques ou récidive	C. DE BAZELAIRE*
12h15 - 12h45	Les tumeurs phyllodes modalités diagnostiques et prise en charge	O. NGUYEN C. MIQUEL, H. LORPHELIN

12h45 - 13h30 Symposium : MYRIAD

13h30 - 14h00 DÉJEUNER

14h00 - 14h45 Symposium

14h45 - 15h15	30 ans d'évolution dans les traitements adjuvants médicaux des cancers du sein	C. CUVIER
15h15 - 15h45	Quelle chirurgie loco-régionale en situation métastatique	E. BOURSTYN
15h45 - 16h15	Indications des mastectomies avec préservation de la PAM	E. MARCHAND
16h15 - 16h45	Communication des psychologues	K. MEBRAK, D. CANO

16h45 - 17h15 PAUSE – VISITE DES STANDS – SUIVEZ LE SEIN

17h15 - 17h45	Cancers lobulaires : quelles nouveautés ?	L. TEIXEIRA
17h45 - 18h15	Ne faudrait-il pas rechercher les mutations génétiques chez toutes les patientes ?	O. COHEN-HAGUENAUER

18h15 - 18h45 Discussion des posters et prix de posters  
Conclusion et remise du prix du jeu « SUIVEZ LE SEIN »

M. ESPIÉ

**18h45 : FIN DU CONGRÈS**

\* Orateur pressenti

# XXII<sup>es</sup> JOURNÉES DE Sénologie Interactive 2019

Journées du Sénôpole  
Saint-Louis - Territoire Nord 2019  
ESPACE SAINT MARTIN  
199 bis, rue Saint-Martin 75003 PARIS



## APPEL À POSTERS

La soumission de votre poster se fait uniquement par mail : [congres@eska.fr](mailto:congres@eska.fr).

La notification de l'acceptation des posters sera adressée par courriel avant le lundi 16 juillet 2019.

Cette notification vous informera des modalités de présentation du poster et une version PDF du poster sera également publiée.

**(Après acceptation par le comité de sélection, il ne sera plus possible d'apporter de modifications)**

Des prix récompenseront les meilleurs posters.

*L'acceptation du poster ne dispense pas du règlement des frais d'inscription.*

## A. DROITS D'INSCRIPTION

	avant le 15.06.2019	après le 15.06.2019
<input type="checkbox"/> Médecin	190 €	230 €
<input type="checkbox"/> Sage femme, infirmière, technicien, Chef de clinique ( <i>joindre un justificatif</i> )	150 €	180 €
<input type="checkbox"/> Interne - Etudiant(e) ( <i>joindre un justificatif</i> )	50 €	50 €
<input type="checkbox"/> Entreprises et institutions	280 €	300 €
<input type="checkbox"/> Formation médicale entrant dans le cadre de la formation - hors DPC	190 €	220 €

*A destination du personnel salarié des collectivités et des hopitaux : conventions de formation*

### ABONNÉ(E) 2019, Entrée gratuite (*hors déjeuners*) :

renseigner le nom de la revue et votre n° d'abonné(e) : voir plus bas.

### NON ABONNÉ OU ABONNEMENT ÉCHU

*Si vous n'avez pas encore renouvelé votre abonnement à l'une ou plusieurs des 3 revues  
joindre 150 € (par revue) afin d'accéder au congrès 2019 (*hors déjeuners*) - votre abonnement sera renouvelé*

Abonné(e) à la revue **Reproduction Humaine et Hormones** n° d'abonné(e) : .....

150 €

Abonné(e) à la revue **Cancers au Féminin** n° d'abonné(e) : .....

150 €

Abonné(e) à la revue **Dossiers de l'Obstétrique** n° d'abonné(e) : .....

150 €

### ABONNÉ(E) ET INVITÉ(E)

Je souhaite participer au déjeuner du  25/09/2019 (25 €)  26/09/2019 (25 €)

**Total Déjeuners** 3

### Abonnements/Renouvellement 2

## B. JE SOUHAITE VALIDER MON DPC (places limitées)

DPC 1  DPC 2

Vous serez contacté(e) par l'Organisme de DPC afin de finaliser votre inscription au DPC

## C. TRANSPORT



RÉDUCTION :  SNCF  AIR FRANCE / GLOBAL MEETING code identifiant : 34297AF

## D. MONTANT TOTAL TTC A RÉGLER

Carte bancaire  VISA  Mastercard

N° \_\_\_\_\_ Date d'expiration / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Chèque à l'ordre du CFEE  Espèce

Virement

Banque 30004 - Guichet 00804 - Compte 00010139858 - Clé 36

Domiciliation Bnp Paribas - Code IBAN : FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836

**TOTAL 1 + 2 + 3**

## E. MES COORDONNÉES

Écrire en lettres capitales d'imprimerie SVP

Nom :

Prénom :

Titre :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Téléphone :

Fax :

E-mail : (impératif)

Date :

Signature :

**Inscription en ligne : [https://congres2.eska.fr/congresid/saint\\_louis\\_2019](https://congres2.eska.fr/congresid/saint_louis_2019)**



Des Journées du Centre de Formation des Editions ESKA  
Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRES - Serge KEBABTCHIEFF, Priscilla RIESCO, Alicia GORRIILLIOT  
12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris - Tél : 01 42 86 55 79 - Fax : 01 42 60 45 35  
E-mail : [congres@eska.fr](mailto:congres@eska.fr) - Site : [www.congres.eska.fr](http://www.congres.eska.fr)

AGRÉÉ PAR LE CONSEIL RÉGIONAL DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE - CFEE : N° 11753436775

**DPC**

# PRÉ-PROGRAMME

## 47<sup>es</sup> Journées Jean Cohen

### X<sup>e</sup> Gynécologie Obstétrique et Reproduction 2019

PARIS 2019

Vendredi 15 Novembre 2019  
Samedi 16 Novembre 2019

UIC-P

16, RUE JEAN REY, 75015 PARIS

**PRÉSIDENT DU CONGRÈS : JEAN-MARIE ANTOINE**

**COORDINATION SCIENTIFIQUE : JOËLLE BELAISCH-ALLART**

**COMITÉ SCIENTIFIQUE :**

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



Des Journées du Centre de Formation des Editions ESKA

Serge KEBABTCHIEFF, Mathilde CASTEST, Alicia GORRILLIOT

Inscription CFEE - Editions ESKA-CONGRES - 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris - Tél : 01 42 86 55 79 -

Fax : 01 42 60 45 35 - E-mail : [congres@eska.fr](mailto:congres@eska.fr) - Site : [www.eska.fr](http://www.eska.fr)

AGRÉÉ PAR LE CONSEIL RÉGIONAL DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE - CFEE : N° 11753436775

DPC

# Gynécologie Obstétrique et Reproduction

UIC-P : 16 rue Jean

SOUS LA COORDINATION SCIENTIFIQUE

VENDREDI 15 NOVEMBRE 2019

## MATIN. SALLE LIST

8h30 - 9h00

ACCUEIL DES PARTICIPANTS – CAFÉ

9h00 - 10h30

SESSION INFERTILITÉ : ÉPIDÉMIE D'INSUFFISANCE OVARIENNE PRÉMATURÉE ?

*Modérateurs : J.-M. ANTOINE et M. LACHOWSKY*

L'AMH est-elle le marqueur de la réserve ovarienne ? ..... J. BELAISCH ALLART

Comment explorer l'IOP ? ..... G. PLU BUREAU

Désir d'enfant : les nouveaux protocoles de prise en charge, la préservation de la fertilité ... C. YAZBECK

10h30 - 11h00

PAUSE – VISITE DES STANDS

11h00 - 12h30

SESSION GYNÉCO ACTUALITÉ - *Modérateurs : B. LETOMBE et G. BOUTET*

Surveillance post conisation : les nouvelles recommandations ..... H. BORNE

Tempête sur les macro progestatifs ? ..... C. JAMIN

Infections à HPV comment informer les patientes ? ..... J.-L. MERGUI

CMV - revisité - dépistage - prévention conséquences ..... Y. VILLE

12h30 - 13h00

ALLOCUTION DU PRÉSIDENT JEAN-MARIE ANTOINE

13h00 - 14h15

DÉJEUNER - DÉBAT - SYMPOSIUM

## APRÈS-MIDI. SALLE LIST

14h15 - 18h30

SESSIONS CONTROVERSES - *Modérateurs : J.-L. BENIFLA et P. LOPES*

14h15- 15h00

L'échographie doit-elle faire partie de la surveillance systématique après la ménopause ?

..... J. CREQUAT - *discutant P. MADELENAT*

15h00 - 15h45

Endométriose post ménopausique. Quelle prise en charge ?

..... L. MARIÉ SCEMAMA - *discutant C. JAMIN*

15h45 - 16h30

Le Diagnostic prénatal non invasif (DPNI) officiel en France est-il satisfaisant ?

..... B. SIMON BOUY - *discutant N. FRIES*

16h30 - 17h00

PAUSE – VISITE DES STANDS

17h00 - 17h45

Le dépistage organisé du cancer du col ..... J.-J. BALDAUF - *discutant P. LOPES*

17h45 - 18h30

La loi de bioéthique. Ou en sommes-nous ? ..... I. NISAND - *discutant P. MERVIEL*

# roduction - Journées Jean Cohen

h Rey, 75015 PARIS

QUE DE JOËLLE BELAISCH-ALLART

SAMEDI 16 NOVEMBRE 2019



## MATIN. SALLE LIST

8h30 - 9h00 ACCUEIL DES PARTICIPANTS – CAFÉ

9h00 - 10h30 SESSION PLÉNIÈRE : CONTRACEPTION

*Session parrainée par la Société Française de Contraception*

*Modérateur : D. SERFATY*

10h30 - 11h00 PAUSE – VISITE DES STANDS

11h00 - 13h00 SESSION PLÉNIÈRE : CONTRACEPTION

*Session parrainée par la Société Française de Contraception*

*Modérateur : D. SERFATY*

10h30 - 11h00 PAUSE – VISITE DES STANDS

## ATELIERS DE VENDREDI ET SAMEDI. SALLE 203

VENDREDI 15 NOVEMBRE 2019

9h00 - 10h30 ATELIERS SAGES FEMMES

*Intervenants : A. PROUST et C. FOULHY*

*Programme en cours*

11h00 - 12h30 ATELIERS IMPLANTS (AVEC LE SOUTIEN DE MSD)

*Intervenant : N. CASTAING*

*Programme en cours*

SAMEDI 16 NOVEMBRE 2019

9h00 - 10h30 ATELIERS FERTILITÉ

*Intervenants : P. MERVIEL, F. SCHEFLER et C. YAZBECK*

*Programme en cours*

11h00 - 13h00 ATELIERS LE SEIN

*Intervenants : M. ESPIÉ et al.*

*Programme en cours*

**FIN DU CONGRÈS : 13H00**

L'INSCRIPTION AUX JOURNÉES JEAN COHEN DONNE ACCÈS AU  
7<sup>È</sup> CONGRÈS DES DIALOGUES DE L'OBSTÉTRIQUE  
QUI SE DÉROULERA AU MÊME ENDROIT  
LE 14 NOVEMBRE DE 9H00 À 18H00

Xe

# Gynécologie Obstétrique et Reproduction

2019

## 47<sup>es</sup> JOURNÉES JEAN COHEN

VENDREDI 15 ET SAMEDI 16 NOVEMBRE 2019

Lieu du congrès : UIC-P, 16 rue Jean Rey, 75015 Paris

L'INSCRIPTION AU CONGRÈS DONNE ACCÈS AU 7<sup>e</sup> CONGRÈS DES DIALOGUES DE L'OBSTÉTRIQUE  
QUI SE DÉROULERA AU MÊME ENDROIT LE 14 NOVEMBRE DE 9H00 À 18H00

### A. DROITS D'INSCRIPTION

	avant le 15.06.2019	après le 15.06.2019	Total Inscription
<input type="checkbox"/> Médecin	190 €	230 €	1
<input type="checkbox"/> Sage femme, infirmière, technicien, Chef de clinique ( <i>joindre un justificatif</i> )	150 €	180 €	
<input type="checkbox"/> Interne - Etudiant(e) ( <i>joindre un justificatif</i> )	50 €	50 €	
<input type="checkbox"/> Entreprises et institutions	280 €	300 €	
<input type="checkbox"/> Formation médicale entrant dans le cadre de la formation - hors DPC	190 €	220 €	

*A destination du personnel salarié des collectivités et des hopitaux : conventions de formation*

**ABONNÉ(E) 2019, Entrée gratuite (hors déjeuners) :**  
renseigner le nom de la revue et votre n° d'abonné(e) : voir plus bas.

Abonnements/Renouvellement 2

**NON ABONNÉ OU ABONNEMENT ÉCHU**  
Si vous n'avez pas encore renouvelé votre abonnement à l'une ou plusieurs des 3 revues  
*joindre 150 € (par revue) afin d'accéder au congrès 2019 (hors déjeuners)* - votre abonnement sera renouvelé

Abonné(e) à la revue **Reproduction Humaine et Hormones** n° d'abonné(e) : .....  
 Abonné(e) à la revue **Cancers au Féminin** n° d'abonné(e) : .....  
 Abonné(e) à la revue **Dossiers de l'Obstétrique** n° d'abonné(e) : .....

150 €  
 150 €  
 150 €

### ABONNÉ(E) ET INVITÉ(E)

Je souhaite participer au déjeuner du 15/11/2019 (25 €)

Total Déjeuner 3

### B. JE SOUHAITE VALIDER MON DPC (places limitées)

DPC 1  DPC 2

Vous serez contacté(e) par l'Organisme de DPC afin de finaliser votre inscription au DPC

### C. TRANSPORT



RÉDUCTION :  SNCF  AIR FRANCE / GLOBAL MEETING code identifiant : 35052AF

### D. MONTANT TOTAL TTC A RÉGLER

Carte bancaire  VISA  Mastercard

N° \_\_\_\_\_ Date d'expiration / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Chèque à l'ordre du CFEE  Espèce

Virement

Banque 30004 - Guichet 00804 - Compte 00010139858 - Clé 36

Domiciliation Bnp Paribas - Code IBAN : FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836

TOTAL 1 + 2 + 3

### E. MES COORDONNÉES

Écrire en lettres capitales d'imprimerie SVP

Nom :

Prénom :

Titre :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Pays :

Téléphone :

Fax :

E-mail : (impératif)

Cachet :

Nom et Prénom de l'accompagnant non congressiste :

Date :

Signature :

**Inscription en ligne : [https://congres2.eska.fr/congresid/jean\\_cohen\\_2019](https://congres2.eska.fr/congresid/jean_cohen_2019)**

Des Journées du Centre de Formation des Editions ESKA

Serge KEBABTCHIEFF, Mathilde CASTEST, Alicia CORRILLIOT

Inscription CFEE - Editions ESKA-CONGRES - 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris - Tél : 01 42 86 55 79 -

Fax : 01 42 60 45 35 - E-mail : [congres@eska.fr](mailto:congres@eska.fr) - Site : [www.eska.fr](http://www.eska.fr)

AGRÉÉ PAR LE CONSEIL RÉGIONAL DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE - CFEE : N° 11753436775



DPC

# Représentations et vécus des femmes face à la césarienne en France

PAR ANNE-CHARLOTTE PANTELIAS, SAGE-FEMME\*, MATERNITÉ DE PORT ROYAL, PARIS

## RÉSUMÉ

**INTRODUCTION** > En France, le taux de césarienne a doublé en 20 ans et s'est stabilisé depuis 2003 autour de 21 %. L'objectif de cette étude est de comprendre les facteurs non médicaux déterminant le taux de césarienne en France en explorant les thèmes suivants: Comment les femmes se représentent et vivent la césarienne ? Dans quelle mesure ces représentations et vécus influencent la survenue d'une césarienne ?

**MATÉRIEL ET MÉTHODES** > 30 entretiens qualitatifs semi-directifs ont été menés, auprès de 10 patientes en fin de grossesse et 20 patientes ayant accouché par césarienne. Ces entretiens ont été analysés par thématique après avoir été retranscrits.

**RÉSULTATS** > La césarienne est perçue par les femmes comme une solution de dernier recours. Le niveau de confiance vis-à-vis du corps médical est tel que les patientes adhèrent à la recommandation du médecin qui a la compétence pour choisir la voie d'accouchement. La demande d'une césarienne à l'initiative des femmes est marginale et complexe à formuler. C'est une stratégie pour contourner la douleur et l'imprévu et masque une peur de l'accouchement par voie basse, levée la plupart du temps après un échange avec le soignant. Ne pas accéder à cette demande peut être délétère pour la mère.

La césarienne est majoritairement mal vécue par les femmes, elle est source de stress, de culpabilité, et rend l'établissement du lien avec leur enfant plus complexe. Elle est vécue avec plus de sérénité quand elles y ont été préparées ou que la césarienne était désirée. Les facteurs qui influencent le vécu de la césarienne sont: la préparation à la naissance, la représentation de la césarienne et l'attitude bienveillante de l'équipe médicale.

**CONCLUSION** > En France, les femmes préfèrent accoucher par voie basse qui reste « la norme ». Le corps médical bénéficie d'un véritable « capital confiance » de la part des patientes. L'attitude des soignants, en France, fait donc office de rempart face à une demande émergente de césarienne. L'interaction soignant/soignée est capitale pour comprendre le taux de césarienne en France.

**MOTS-CLÉS** > Césarienne, Vécu, Déterminants, France, Santé maternelle.

## INTRODUCTION

**E**n 2011, 31,2 % des naissances ont été réalisées par césarienne, dans 21 pays (*versus* 26,4 % en 2004), cette proportion masquait de fortes variations entre pays. Ces dernières années, les gouvernements et les cliniciens ont exprimé leur préoccupation face à l'augmentation du nombre d'accouchements par césarienne et aux conséquences négatives potentielles pour la santé maternelle et infantile (OMS, 2015).

En 2015, l'OMS a réalisé une revue systématique des études disponibles visant à déterminer le taux de césarienne idéal dans une population, et une analyse mondiale des dernières données nationales disponibles. L'OMS est parvenue aux conclusions suivantes : *la césarienne est efficace pour sauver la vie de mères et de nouveau-nés, mais uniquement lorsqu'elle est justifiée par une indication médicale*.

Au niveau de la population, les taux de césarienne supérieurs à 10 % ne sont pas associés à une réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale. Les césariennes peuvent causer des complications majeures et parfois permanentes, des incapacités ou des décès, notamment dans les lieux ne disposant pas des infrastructures et/ou capacités nécessaires pour garantir la sécurité chirurgicale et traiter les complications chirurgicales. La priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin. L'OMS affirme donc qu'il n'existe aucun bénéfice pour la société à réaliser cette opération dans plus de 10 % des accouchements en raison des risques intrinsèques et des coûts associés à cette chirurgie.

***la césarienne est efficace pour sauver la vie de mères et de nouveau-nés, mais uniquement lorsqu'elle est justifiée par une indication médicale.***

En France, le taux de césarienne a doublé en vingt ans et depuis 2003 il s'est stabilisé autour de 21 %. L'objectif de cette étude est de comprendre cette spécificité française en explorant les thèmes suivants : la perception et le vécu de cette voie d'accouchement, ainsi que l'existence ou non d'une demande de césarienne de la part des femmes.

\* Mémoire de fin d'études, École de Sages-Femmes Foch, Suresnes.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

26 entretiens qualitatifs semi-directifs d'une durée moyenne de 25 minutes ont été menés à l'Institut Mutualiste Montsouris à Paris, auprès de sept patientes en fin de grossesse et 19 patientes ayant accouché par césarienne. Ces entretiens ont été analysés par thématique après avoir été retranscrits.

Le recueil des données s'est déroulé du 7 juin 2017 au 29 septembre 2017. Au total, 30 entretiens ont été réalisés. Nous avons pris la décision d'exclure a posteriori de notre échantillon 4 entretiens.

Cette étude de terrain a été réalisée à l'Institut Mutualiste Montsouris (IMM), un hôpital privé à but non lucratif, situé dans le 14<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Il s'agit d'une maternité de niveau 1 ayant réalisé 2 087 accouchements en 2017. L'IMM semble être un établissement en ligne avec ce qu'il se passe au niveau national, soucieux de limiter des interventions non justifiées.

## RÉSULTATS ET DISCUSSION

La césarienne a une mauvaise image auprès des Françaises. Le fait de peu en parler induit une notion d'accouchement « hors norme ». De plus, la plupart des femmes ayant un vécu difficile de la césarienne, alimentent cette mauvaise image négative. Par conséquent, il existe peu de demandes en France et les femmes partent du principe que les médecins privilégient toujours la voie basse, ainsi, si la césarienne s'impose c'est qu'il n'y a pas le choix.

Cependant, dans certains cas, la crainte d'un accouchement par voie basse est telle que la césarienne est alors perçue comme une solution intéressante. Pour autant, non seulement les femmes n'osent pas toujours exprimer cette demande au corps médical et quand elle est exprimée, cela se fait toujours avec beaucoup de gêne. Si la crainte est relativement faible, le positionnement du médecin semble suffire à mettre de côté cette demande de césarienne et la patiente parvient à se projeter sur la voie basse. Mais dans certains cas où la peur est très encrée, seule la réponse favorable à cette demande semble apaiser la patiente. Dans ce cas spécifique, les femmes vivent généralement très positivement la césarienne.

Si l'on confronte ces résultats à la littérature, nous pouvons donc conclure que notre étude conforte l'étude de Coulm et al. (2014-b) qui explique que les césariennes à la demande de la mère étaient rares en France. En revanche, notre étude ne va pas dans le sens de la revue de la littérature publiée en 2014 par Brugueilles (2014) dans laquelle elle constate que dans le monde, les femmes seraient de plus en plus nombreuses à demander « une césarienne de convenance », notamment pour des raisons de préservation physiologique et des raisons pratiques. Cependant, nous constatons comme elle que lorsqu'une demande existe, c'est la peur de l'accouchement qui serait au cœur de la demande. Dans une autre revue de la littérature publiée en 2007 par Gamble, l'auteure constate que la demande de la mère n'est pas un facteur important qui influence les taux de césarienne. Il existe un déséquilibre de pouvoir en faveur des médecins.

**Il existe certes un déséquilibre de pouvoir en faveur des médecins mais ce déséquilibre semble être accepté par les femmes qui ne se considèrent pas compétentes pour choisir la voie d'accouchement.**

Aujourd'hui les recherches sur la prise de décision d'une césarienne ne tiennent pas compte des interactions entre les femmes et les praticiens. Notre étude s'est intéressée aux interactions entre les femmes et les praticiens. Il existe certes un déséquilibre de pouvoir en faveur des médecins mais ce déséquilibre semble être accepté par les femmes qui ne se considèrent pas compétentes pour choisir la voie d'accouchement. En revanche, elles sont en demande d'être plus averties de cette possibilité d'accouchement par césarienne.

D'après Habiba (2006), les obstétriciens français semblent être moins disposés à effectuer des césariennes pour demande maternelle que leurs homologues dans d'autres pays européens. L'attitude paternaliste des obstétriciens français laisserait moins de place à une décision partagée et basée sur une information détaillée concernant les risques et bénéfices de la césarienne sur demande. Notre étude confirme cette analyse. En effet, les obstétriciens français semblent être peu disposés à effectuer des césariennes pour demande maternelle. L'attitude paternaliste du corps médical français s'exprime assez nettement lorsqu'une patiente est en demande de césarienne et qu'elle refuse la voie basse.

Notre étude a fait également émerger les différents facteurs qui contribuent au mauvais vécu de la césarienne et ceux qui, au contraire, permettent de relativiser les aspects potentiellement traumatisants de cet accouchement souvent non anticipé. Il semblerait que des actes assez faciles à mettre en place permettent un meilleur vécu de la césarienne.

Mais en améliorant le vécu de la césarienne, ne pourrait-on pas craindre une meilleure perception collective de la césarienne qui favoriserait l'émergence d'une demande de la part des femmes ?

Si les femmes soulignent l'importance de la bienveillance de l'équipe, de la présence du père, aucune ne dit qu'elle souhaiterait réitérer l'expérience pour autant. On n'aurait donc rien à craindre à améliorer notre prise en charge sinon à remplir pleinement notre rôle d'acteur de la périnatalité en accompagnant les femmes dans les meilleures conditions possibles qu'il soit dans ce moment pivot de leur vie.

## CONCLUSION

En France, les femmes préfèrent majoritairement accoucher par voie basse qui reste pour elles « la norme ». De multiples facteurs alimentent cette représentation péjorative de la césarienne : le manque d'information lors du suivi de grossesse conforte l'idée que la norme est la voie basse, les médias, les expériences avec le corps médical, l'entourage, notamment le retour d'expérience des femmes ayant vécu la césarienne.

Elles accordent au corps médical une véritable confiance fondée sur la compétence et partent du principe que le

corps médical adopte une attitude de contrôle des taux de césarienne. La césarienne est majoritairement mal vécue par les femmes, elle est source de stress et de dévalorisation, et rend l'établissement du lien avec leur enfant plus complexe ; Mais l'attitude bienveillante de l'équipe médicale ainsi que la présence du père pendant l'intervention contribuent fortement à nuancer ce vécu négatif.

La demande de césarienne de la part des femmes est marginale. Quand elle existe, elle est exprimée avec beaucoup de gêne et est difficilement assumée par les femmes qui craignent d'être jugées et que le suivi de leur grossesse en pâtisse. Le plus souvent, cette demande est une stratégie pour contourner la peur de la voie basse mais également liée à une méconnaissance de la physiologie de l'accouchement par voie basse qui leur semble alors impossible physiquement. Cette peur de la voie basse ne semble pas être une fatalité, un échange avec le soignant peut lever cette peur dans certains cas. Quand elle a été désirée, la césarienne est généralement vécue positivement.

**La demande de césarienne de la part des femmes est marginale. Quand elle existe, elle est exprimée avec beaucoup de gêne et est difficilement assumée par les femmes qui craignent d'être jugées et que le suivi de leur grossesse en pâtisse.**

Il existe donc un lien entre la représentation de la césarienne et son vécu. Cette recherche souligne également l'importance de l'attitude du corps médical, du dialogue et de la bienveillance qui, non seulement permettent une certaine maîtrise des demandes de césarienne si le corps médical a une attitude de contrôle des césariennes, mais contribuent aussi à mieux vivre cette naissance a priori « hors norme ». L'interaction soignant/soigné est donc un déterminant capital pour comprendre le taux de césariennes. •

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Beaud S, Weber F, 2012. *Guide de l'enquête terrain*. Paris : La découverte, 336 p.
2. Bianchi I., 2015. *La césarienne : plaidoyer pour un accompagnement*. Laennec, 4 (Tome 63), p. 47-55.
3. Blondel B, Kermarrec M, 2011. Enquête Nationale Périnatale. Rapport 2010. *Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*.
4. Blondel B, Gonzales L, Raynaud P, 2017. Enquête Nationale Périnatale. Rapport 2016. *Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010*.
5. Bosse HM, Schultz J-H, Nickel M, Lutz T, Möltner A, Jünger J, et al., 2012. *The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training : A randomized controlled trial*. Patient Educ Couns ; 87 (3): 300 – 6.
6. Brugellos C., 2014. *L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ?* Revue-autrepart, 143-164.
7. Cesarine - www.cesarine.org - consulté en septembre 2016. *Deux fois plus de césariennes en 20 ans, que s'est-il passé ? Quelles conséquences ?*
8. Cortet A, 2010. *État des lieux de la préparation à la naissance et à la parentalité à Paris, depuis les recommandations de la Haute Autorité de Santé de novembre 2005*. Paris Descartes, 98 p.
9. Coulm B., Le Ray C., et al. 2012. *Obstetric interventions for low-risk pregnant women in France : do maternity unit characteristics make a difference ?* Birth 39 (3): 183-191.
10. Coulm B. et Blondel B, 2014-a. *Grossesses à bas risque : interventions obstétricales selon les caractéristiques de la maternité en 2010*. Drees n° 897.
11. Coulm B., Blondel B., Alexander S., Boulvain M., Le Ray C., 2014-b. *Potential avoidability of planned cesarean sections in a French national database*. Acta Obstet Gynecol Scand, 93 (9)
12. Delotte J, Mialon O, d'Angello L, Toullalan O, Bongain A, 2007. *Une brève histoire de la césarienne*. La Lettre du Gynécologue, n° 321, avril 2007, p : 15-18.
13. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Site emc-consult, avril 2016.
14. Gamble J, Creedy D., McCourt C., Weaver J. et Beake S.A, 2007. *Critique of the literature on women's request for cesarean section*. Birth, 34 (4): 331-40
15. Habiba M, Kaminski M, Da Fré M, Marsal K, Bleker O, Librero J, Grandjean H, Gratia P, Guaschino S, Heyl W, Taylor D, Cuttini M, 2006. *Caesarean section on request : a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries*.
16. Harrison, Margo S., Robert L. Goldenberg, 2016. *Cesarean Section in Sub-Saharan Africa*. Maternal Health, Neonatology and Perinatology 2 (1).
17. Houtzager HL, 1982. *Cesarean section until the end of the 16<sup>th</sup> century*. Europ J Rep Biol ; 13 : 57-8.
18. Kirstie McKenzie-McHarg SA, Ford E., Antje Horsch, Jomeen J, Sawyer A, Stramrood C, Thomson G, Slade P, 2015. *Posttraumatic stress disorder following childbirth : an update of current issues and recommendations for future research*. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 33 : 3 : 219-237.
19. Le Ray C., 2017. *Stagnation du taux de césarienne en France : analyse à partir de la classification de Robson*. Colloque CESARIA, MSH PN le 15 décembre 2017.
20. Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sánchez AJ, Belizán JM., 2011. *Women's preference for caesarean section : a systematic review and meta-analysis of observational studies*. BJOG, 118 (4) : 391-9. doi : 10.1111/j.1471-0528.2010.02793.x.
21. Odent M, 2005. *Césariennes : questions, effets, enjeux. Alerte face à la banalisation*. Paris : Le Souffle d'or, 183 p.
22. Olivier de Sardan JP, 2008. *La rigueur du qualitatif*. Academia eds, 368 p.
23. Organisation Mondiale de la Santé, 2015. *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/161443>.
24. Robson, M.S, 2001. *Can We Reduce the Caesarean Section Rate ? Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 15 (1) : 179-94. doi : 10.1053/beog.2000.0156.
25. Rozenberg P, 2004. *L'élévation du taux de césariennes : un progrès nécessaire de l'obstétrique moderne*. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ; 33 : 279-289.
26. Schantz C, de Loenzien M, Goyet S, Ravit M, Dancoisne A, Dumont A, 2017. *Revue de littérature. Rendre visible la demande de césarienne*. Colloque CESARIA, MSH PN, le 15 décembre 2017.
27. Schantz C, Ravit M, Bakary Traoré A, Moufailou Aboubakar, Goyet S, de Loenzien M, Dumont A, 2018. *Why are caesarean section rates so high in facilities in Mali and Benin ? Sexual & Reproductive Healthcare* 16 (juin) : 1014. <https://doi.org/10.1016/j.srh.2018.01.001>.
28. Vadeboncoeur H, 2012. *Une autre césarienne ou un AVAC ?* Fides. 2012. 373 p.
29. Vogel JP et al., 2015. *Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries : a secondary analysis of two WHO multicountry surveys*. Lancet Glob Health 2015.

# Une petite histoire de la césarienne, volontairement incomplète... ou pas

PAR **THIERRY HARVEY**, CHEF DE SERVICE, GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN,  
MATERNITÉ GH DIACONESSES CROIX SAINT-SIMON, PARIS 12<sup>e</sup>

*Un peu d'histoire sans fard ne nuit pas. Césarienne mot devenu si habituel dans nos maternités, une femme sur cinq en moyenne dans l'hexagone, mais quelle est l'origine de ce mot? Jules César, selon Pline d'Ancien, serait né en -100 ans avant J.-C., et sa chère mère Aurélia décédée en -53...*

**C**æsius veut dire gris bleu, *kesara* longue chevelure, *caedere* couper, voire tuer... Selon François Rousset en 1581, l'enfantement césarien, comme la naissance de César, tient plus de la légende que de la réalité.

En fait on retrouve la racine *Ces-* dans césarienne, *kaiser*, tsar, césure, inciser, incisif, voire cide dans homicide.

Dans l'Antiquité, Indra, le Dieu suprême, refuse de venir au monde autrement qu'en sortant du flanc droit de sa mère. De même, Bouddha est né également du flanc droit de sa mère. Pourquoi le flanc droit?

Dans la mythologie grecque, Sémélé, la mère de Dionysos, avait osé défier son amant, le dieu Zeus, et lui demandant — quelle idée saugrenue... — de faire la preuve de sa puissance divine. Zeus apparut alors, la foudre à la main, provoquant par son imprudence — nul n'est parfait même quand on est le chef des dieux de l'Olympe — l'incendie au palais et dans le même temps la mort de Sémélé, épisode involontaire de violence faite aux femmes. Celle-ci était alors enceinte de 6 mois et Zeus, saisi de regret, un peu tard retira Dionysos du ventre de sa mère (encore une césarienne mythique) et se le réimplanta dans sa propre cuisse jusqu'à maturité. Esculape, dieu de la médecine, fût arraché du ventre de sa mère Coronis, l'infidèle, une de plus, par son père Apollon sur le bûcher.

Revenons dans le monde réel, avant la Rome Antique.

- **En Afrique centrale et orientale**, il fallait extirper l'organe malade (ici le foetus) du cadavre, car il pouvait être cause de la mort, dans le but de soustraire les maléfices qui pourraient retomber sur les survivants.

- **Chez les Romains, les Étrusques et certaines populations de l'Inde**, une césarienne post mortem devait être pratiquée pour toute femme morte au terme d'une grossesse. Le foetus était enterré et la mère incinérée. C'est la *lex regia* éditée par Pompéius (715-673 avant J.-C.) devenue *lex cesarea*. On peut imaginer que si la césarienne était pratiquée avant décès foetal... que certains aient survécu.

- **Au XII<sup>e</sup> siècle**, l'église catholique recommandait la césarienne post mortem pour ne pas faire perdre les bienfaits du baptême à un enfant sur le point de naître...
- **Puis, aux XIV<sup>e</sup> et XV<sup>e</sup> siècles**, apparut la notion de sauvetage de l'enfant par césarienne post mortem. Il fallait en plus maintenir ouverte la bouche de la mère décédée au préalable pour que l'air arrive au foetus qui serait extrait le plus rapidement possible...
- **Puis vint la légende de la première césarienne.** Nous sommes en 1500. Élisabeth, épouse de Jacques Nüfer, éleveur-châtreur de porcs suisse, est en travail depuis des heures et ne parvient pas à accoucher. 13 sages-femmes ont tenté en vain, Jacques demande alors la permission, auprès des autorités, d'intervenir lui-même. L'enfant ainsi né, vécut jusqu'à 77 ans et... Élisabeth Nüfer guérit et accoucha même plus tard à cinq reprises dont une fois de jumeaux. Était-ce une grossesse abdominale avec une laparotomie faite sur la table de la cuisine, utérus intact, placenta laissé en place?
- **La première description de la technique** de la césarienne sur femme vivante a été faite par François Rousset, en Avignon, en 1581. La technique précisait une vidange de la vessie avant l'opération, puis une incision paramédiane droite ou gauche. L'utilisation de deux types de bistouris : l'un « rasoir à pointe », l'autre « rasoir à bouton » pour ne pas blesser le bébé; pas de suture de l'utérus qui se resserre de lui-même, et drainage de l'utérus par la mise en place d'un pessaire en cire.
- **Puis, Baudelocque**, avec 43 décès sur 73 interventions, Budin avec une série maudite sans aucune survivante entre 1787 et 1876, en Angleterre 85 % de mortalité, aux USA une survivante sur 12. La césarienne était une intervention d'exception, lorsque le bassin est si rétréci que la main de l'accoucheur ne peut y être introduite ou que le vagin est rempli de tumeurs. La suture de l'hystérotomie, seule technique capable de juguler l'hémorragie, était considérée dangereuse car se compliquait d'infection et empêchait un bon drainage. Que faire?
- **En Italie, Edoardo Porro**, à Milan en mai 1878, proposait une désinfection des mains avec une solution diluée d'acide carbonique, puis l'ouverture de l'abdomen, de l'utérus, l'extraction du foetus. Ensuite il procédait à l'extériorisation de l'utérus, avec mise en place d'un garrot à visée hémostatique autour du segment inférieur. Une toilette de la cavité abdominale avec de l'acide carbonique, et la fermeture de la paroi sur utérus extériorisé. Plus tard, il pratiquait la résection de l'utérus au-dessus

de la zone extériorisée, avec une hystérectomie subtotale, puis de nombreux lavages de la plaie et du vagin (champagne et laudanum). Cette technique a réduit le taux de mortalité maternelle à 25 % et le taux de mortalité foetale à 22 % entre 1876 et 1901. Max Sänger, en 1882, a proposé la suture de l'hystérotomie, avec seulement 10 % de mortalité maternelle.

- **Progrès majeur, début XX<sup>e</sup> siècle**, l'avènement de l'asepsie par Semmelweiss, et les découvertes de Pasteur.
- **La césarienne segmentaire sous-péritonéale** codifiée par Sänger, vulgarisée par Brindeau en 1921, l'incision de Pfannenstiel, diffusée en 1906, et la description de JM Kerr en 1926.

- **L'avènement de l'antibiothérapie** pendant la seconde guerre mondiale, en 1940, les progrès de l'anesthésie réanimation, la transfusion et la découverte des oxytociques sont autant d'avancées majeures.
- **Puis, la diffusion de la technique de Joël Coen et Mickael Stark** dans les dernières décennies constitue, en attendant la suivante, la dernière évolution. Césarienne bio ? Misgav Ladach.

N'oublions pas que c'est encore et toujours une chirurgie, certes réglée mais avec ses risques, comme en témoignent les travaux de l'INSERM publiés dans le BEH.

Petit survol non exhaustif de cette intervention qui remet l'évolution des techniques au centre. •

## ACCOUCHEMENT PAR CÉSARIENNE ET MORTALITÉ MATERNELLE DU POST-PARTUM<sup>1</sup>

PAR CATHERINE DENEUX-THARAUX, ÉLODIE CARMONA, MARIE-HÉLÈNE BOUVIER-COLLE, GÉRARD BRÉART

INSERM, U149, IFR69, RECHERCHES ÉPIDÉMIOLOGIQUES EN SANTÉ PÉRINATALE ET SANTÉ DES FEMMES, PARIS ; UPMC-PARIS 6

*Dans la plupart des pays développés, la proportion des naissances par césarienne a augmenté continuellement au cours des dernières décennies. En France, cette proportion est passée de 10.8 % en 1981 à 20.2 % en 2003<sup>2,3</sup>. Cette évolution a suscité l'émergence d'un débat sur les risques et les bénéfices de l'accouchement par césarienne<sup>4</sup>. Notre objectif, dans ce contexte, était d'estimer le risque de mortalité maternelle du post-partum associé à l'accouchement par césarienne, par rapport à la voie vaginale.*

**B**ien que le décès maternel soit devenu très rare en France, il s'agit d'un événement tragique, et un sur-risque de mortalité maternelle pèserait lourdement dans la balance bénéfices-risques. Les études antérieures portant sur l'association entre mortalité maternelle et voie d'accouchement sont pour la plupart anciennes, réalisées dans un contexte ne correspondant plus à la réalité des pratiques obstétricales et anesthésiques ; elles ont le plus souvent utilisé des données agrégées ne permettant pas la prise en compte de variables d'ajustement ; enfin ces études ont souvent été critiquées en raison d'une prise en compte insuffisante du biais d'indication, ce terme désignant ici le fait qu'une pathologie maternelle sévère peut à la fois motiver la décision de césarienne, et être la cause du décès. L'objectif de cette étude était donc de fournir une estimation non biaisée du risque de mortalité maternelle du post-partum associée à la césarienne dans le contexte actuel des pratiques obstétricales françaises.

### MÉTHODES

Une enquête cas-témoins a été mise en œuvre. Les cas ont été sélectionnés à partir des décès maternels identifiés dans l'Enquête Confidentielle sur les Morts Maternelles pendant la période 1996-2000. Cette enquête nationale mise en place en 1995 identifie les morts maternelles telles que définies dans la Classification Internationale des Maladies, c'est-à-dire « *le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelles qu'en soient la localisation ou la durée, d'une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivés, mais ni accidentelle ni fortuite* ». Les décès dont le certificat comporte une mention de grossesse, d'accouchement ou de post-partum, sont sélectionnés par le CépiDC et signalés à l'Enquête Confidentielle. Après contact avec le certificateur, un binôme d'asseuseurs composé d'un obstétricien et d'un anesthésiste conduit l'enquête confidentielle proprement dite en collectant toute l'information clinique pertinente disponible, au travers du contenu du dossier obstétrical et d'interviews auprès des soignants. Les décès ainsi enquêtés sont ensuite anonymement revus par le Comité National d'Experts sur la Mort Maternelle (CNEMM) qui rend un avis sur la nature maternelle ou non du décès, sur sa cause, et sur l'adéquation de la prise en charge. La caractérisation des décès signalés peut ne pas aboutir à différentes étapes de ce processus, ainsi que décrit dans le dernier rapport du CNEMM<sup>4</sup>, et par définition on ne peut savoir si ces décès non enquêtés sont maternels ou non.

Pendant la période 1996-2000, 269 décès maternels ont été identifiés au terme du processus de l'Enquête Confidentielle. Parmi eux, 51 étaient survenus pendant la grossesse ou après une grossesse qui ne s'était pas terminée par un accouchement, et n'ont donc pas été inclus dans cette étude portant sur la voie d'accouchement.

À partir des 218 décès maternels survenus après un accouchement pendant la période 1996-2000, nous avons procédé à plusieurs exclusions afin d'obtenir l'échantillon le plus pertinent,

Catherine Deneux-Tharaux, Élodie Carmona, Marie-Hélène Bouvier-Colle, Gérard Bréart. Accouchement par césarienne et mortalité maternelle du post-partum. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. BEH, Saint-Maurice (Val de Marne): Institut de veille sanitaire, 2006, pp. 400-402. inserm-00115675.

## SCIENCES HUMAINES

en particulier de façon à minimiser le biais d'indication. Après exclusion des décès associés à une naissance multiple, des décès attribués à une pathologie présente avant l'accouchement, et des décès de femmes hospitalisées pendant leur grossesse, le groupe des cas était constitué de 65 femmes décédées après une naissance unique, d'une pathologie non présente avant l'accouchement, et non hospitalisées pendant la grossesse.

Les témoins ont été sélectionnés à partir de l'échantillon de l'Enquête Nationale Périnatale de 1998. Les Enquêtes Nationales Périnatales sont des enquêtes transversales collectant des données sur toutes les naissances survenant dans l'ensemble des maternités françaises pendant une période d'une semaine. L'information est obtenue à partir du dossier obstétrical et par questionnaire auprès de la mère. Le groupe de comparaison pour notre enquête cas-témoin a été sélectionné à partir de l'échantillon de l'ENP de 1998 car cette année se situe au milieu de la période d'inclusion des cas.

Après exclusion des naissances multiples et des femmes hospitalisées pendant la grossesse, le groupe témoin était constitué de 10 244 femmes. L'hospitalisation pendant la grossesse a été considérée ici comme un marqueur de morbidité anténatale sérieuse, cette caractéristique n'étant pas disponible en tant que telle dans l'Enquête Nationale Périnatale. La variable explicative principale était la voie d'accouchement, vaginale ou césarienne.

Les césariennes ont été ensuite classées selon le moment de leur réalisation, prépartum et intrapartum. Les variables suivantes ont été considérées comme facteurs de confusion potentiels dans la relation étudiée, en raison des liens décrits entre ces variables et le risque de mortalité maternelle et/ou la voie d'accouchement : âge maternel, nationalité, parité, prématureté. Des odds ratios bruts associés au risque de mortalité maternelle du post-partum par césarienne ont été calculés. Des modèles de régression logistique ont été utilisés pour ajuster sur les covariables pertinentes, et des odds ratios ajustés calculés.

## RÉSULTATS

Le tableau 1 montre les caractéristiques des cas et des témoins. Par rapport aux témoins, les cas sont significativement plus âgés, ont une parité plus grande et ont accouché plus fréquemment prématurément.

TABLEAU 1 &gt; CARACTÉRISTIQUES DES CAS ET DES TÉMOINS

	CAS n (%)	TÉMOINS n (%)	P*
<b>TOTAL</b>	<b>65 (100.0)</b>	<b>10 244 (100.0)</b>	
<b>Age</b>			
< 25	4 (6.2)	1 332 (13.7)	< 0.01
25-29	14 (21.5)	3 627 (37.3)	
30-34	18 (27.7)	3 189 (32.8)	
35-39	18 (27.7)	1 325 (13.6)	
> 39	11 (16.9)	252 (2.6)	
<b>Nationalité</b>			
Française et Européenne	55 (88.7)	9 474 (93.0)	0.18
Non Européenne	7 (11.3)	710 (7.0)	
<b>Parité</b>			
0	15 (23.4)	4 300 (42.2)	< 0.01
1 - 3	40 (62.5)	5 554 (54.6)	
4 et +	9 (14.1)	323 (3.2)	
<b>Accouchement prématûr</b>			
Non	58 (90.6)	9 905 (97.1)	< 0.01
Oui (< 37 sem)	6 (9.4)	293 (2.9)	

\* test du chi2.

La proportion d'accouchements par césarienne est significativement plus grande chez les cas que chez les témoins (41.5 % versus 14.9 %, *tableau 2*). Après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels, le risque de décès maternel du post-partum est multiplié par 3.5 après césarienne, par rapport à la voie vaginale (*tableau 2*). Cette augmentation de risque est significative que la césarienne soit réalisée avant ou au cours du travail. Le risque ne diffère pas significativement entre les 2 types de césarienne. L'analyse conduite sur les naissances à terme montre des résultats similaires.

Afin de mieux comprendre l'association entre césarienne et mortalité maternelle du post-partum, une analyse du risque lié à la voie d'accouchement selon la cause de décès a ensuite été conduite. Cette analyse (*tableau 3*) montre que le sur-risque global identifié porte sur certaines causes de décès : la césarienne est associée à une augmentation du risque de décès maternel du post-partum par accident thrombo-embolique veineux, infection puerpérale et accident anesthésique. En revanche, le risque de décès du post-partum par hémorragie obstétricale

TABLEAU 2 &gt; RISQUE DE MORT MATERNELLE DU POST-PARTUM SELON LA VOIE D'ACCOUCHEMENT

Voie d'accouchement	CAS n (%)	TÉMOINS n (%)	OR BRUT	IC 95 %	OR Aj	IC 95 %
<b>Vaginale</b>	38 (58.5)	8 673 (85.1)	1	1		
<b>Césarienne</b>	27 (41.5)	1 523 (14.9)	4.05	(2.46; 6.65)	3.52*	(2.07; 5.98)
<b>Vaginale</b>	38 (58.5)	8 673 (85.1)	1	1		
<b>CS Prepartum</b>	13 (20.0)	777 (7.6)	3.82	(2.03; 7.20)	3.03*	(1.55; 5.94)
<b>CS Intrapartum</b>	14 (21.5)	746 (7.3)	4.28	(2.31; 7.94)	4.16*	(2.13; 8.10)
<b>ACCOUCHEMENTS À TERME</b>						
<b>Vaginale</b>	36 (62.1)	8 424 (85.3)	1	1		
<b>Césarienne</b>	22 (37.9)	1 446 (14.6)	3.56	(2.09; 6.07)	3.13†	(1.79 ; 5.48)
<b>Vaginale</b>	36 (62.1)	8 424 (85.3)	1	1		
<b>CS Prepartum</b>	9 (15.5)	737 (7.5)	2.86	(1.37 ; 5.96)	2.33†	(1.10 ; 4.92)
<b>CS Intrapartum</b>	13 (22.4)	709 (7.2)	4.29	(2.26; 8.13)	4.28†	(2.15 ; 8.51)

\*Modèle logistique incluant Age, parité, nationalité, prématureté.

† Modèle logistique incluant Age, parité, nationalité

TABLEAU 3 &gt; RISQUE DE MORT MATERNELLE PAR CAUSE SELON LA VOIE D'ACCOUCHEMENT

CAUSE DE DÉCÈS	CAS		TÉMOINS		OR	IC 95 %
	Vaginale n (%)	Césarienne n (%)	Vaginale n (%)	Césarienne n (%)		
<b>Toutes causes</b>	38 (58.5)	27 (41.5)	8 673 (85.1)	1 523 (14.9)	4.05	(2.46; 6.65)
<b>Hémorragie post-partum</b>	19 (76.0)	6 (24.0)			1.79	(0.72; 4.51)
<b>Accident TEV</b>	3 (30.0)	7 (70.0)			13.29	(3.43; 51.44)
<b>Embolie amniotique</b>	10 (76.9)	3 (23.1)			1.71	(0.47; 6.21)
<b>Infection puerpérale</b>	1 (20.0)	4 (80.0)			22.78	(2.54; 203.9)
<b>Complication anesthésie</b>	1 (20.0)	4 (80.0)			22.78	(2.54; 203.9)
<b>Autre</b>	4 (57.1)	3 (42.9)			/	/

n'est pas augmenté en cas de césarienne par rapport à la voie basse. En raison du nombre limité de cas l'analyse du risque de mortalité par cause associé à chaque sous-type de césarienne, n'a pu être conduite.

## DISCUSSION ET IMPLICATIONS

Les points forts de cette étude, notamment par rapport aux études antérieures, résident d'une part dans le choix des sujets : cas et témoins issus d'enquêtes nationales récentes, définition des cas permettant de minimiser le biais d'indication ; d'autre part dans la qualité de l'information disponible, permettant une caractérisation fiable de la voie d'accouchement et une définition fiable de la cause de décès chez les cas ; enfin dans le type d'analyse conduite, en particulier en distinguant les césariennes selon leur moment, et le risque de mortalité selon la cause de décès.

Dans cette étude, le risque de mortalité du post-partum n'était pas significativement différent entre césarienne intra- et pré-partum. Les quelques études antérieures qui ont différencié les césariennes selon leur moment ont généralement rapporté un risque plus élevé pour les césariennes intra-partum.

L'absence de différence significative trouvée ici pourrait s'expliquer par une meilleure prise en compte du biais d'indication, celui-ci étant particulièrement important pour les césariennes en cours de travail. Néanmoins compte tenu de la taille de notre échantillon, nous disposons d'une puissance statistique satisfaisante pour mettre en évidence une augmentation significative du risque associé à la césarienne intra-partum par rapport à la césarienne pré-partum correspondant à un OR de 2.5 ou plus. Un échantillon plus grand serait nécessaire pour exclure l'hypothèse de l'existence d'une association entre mortalité du post-partum et moment de la césarienne de moindre force.

Le sur-risque de mortalité maternelle associé à la césarienne n'était pas réparti de façon uniforme parmi les différentes causes de décès. Ce risque était significatif pour trois causes de décès qui sont des complications classiques de toute chirurgie abdominale : accident thromboembolique veineux, infection et accident d'anesthésie.

Ces résultats sont en concordance avec ceux d'études récentes de morbidité montrant une augmentation du risque d'infection ou de ré-hospitalisation pour infection, d'accident thromboembolique veineux ou de ré-hospitalisation pour accident thromboembolique veineux, après accouchement par césarienne.

Bien que des progrès majeurs aient été obtenus en ce qui concerne l'anesthésie de la césarienne au cours des dernières décennies, cette étude met en évidence l'existence d'un sur-risque de décès par accident d'anesthésie lié à la césarienne. Il faut néanmoins noter que 3 des 4 décès attribués à une complication de l'anesthésie sont survenus après une anesthésie générale, alors que seulement 12.9 % des césariennes étaient réalisées sous anesthésie générale dans l'Enquête Nationale Périnatale de 1998. Ceci suggère que l'anesthésie générale lors de la césarienne est associée à un risque de mortalité bien supérieur à celui de l'anesthésie loco-régionale. Alors que l'on assiste à une diminution

continuelle de la part des césariennes réalisées sous anesthésie générale (7.2 % dans la dernière Enquête Nationale périnatale de 2003), il sera important d'actualiser le risque de mortalité du post-partum lié à l'anesthésie.

Cette étude comporte certaines limites. Il existe une sous-identification notoire des morts maternelles par les systèmes de surveillance en place dans la plupart des pays développés.

En France, une étude récente a rapporté une sous-estimation de 20 % de la mortalité maternelle dans les statistiques vitales<sup>5</sup>. Ici, les cas sélectionnés sont issus des décès identifiés par l'Enquête Confidentielle, qui inclut initialement non seulement les décès avec un code de cause initiale de décès dans le chapitre obstétrical de la CIM, mais aussi tout décès avec une mention de grossesse ou d'accouchement dans le contenu du certificat. Il est néanmoins vraisemblable que certaines morts maternelles restent non enquêtées ainsi que rappelé précédemment. Toutefois, cette sous-identification serait à l'origine d'un biais de sélection dans cette étude seulement si elle était liée au mode d'accouchement, ce qui est peu vraisemblable et n'a jamais été décrit.

Par ailleurs, l'information sur les morbidités maternelles n'étant pas disponible dans l'enquête nationale périnatale, il n'a pas été possible de prendre en compte directement ce paramètre (approché ici par la variable "hospitalisation pendant la grossesse"), et il est possible qu'il persiste un phénomène de confusion ; néanmoins il est peu probable qu'un tel phénomène explique l'effet observé compte tenu de la force de la liaison mise en évidence. Cette étude montre un excès de risque de mortalité maternelle du post-partum lié à la césarienne qu'il semble important de prendre en compte, parmi d'autres paramètres, lors du choix de la voie d'accouchement. Par ailleurs, l'identification des causes de décès à l'origine de ce sur-risque pourrait aider à la mise en œuvre de stratégies de prévention. •

## RÉFÉRENCES

1. C. Deneux-Tharaux, E. Carmona, MH Bouvier-Colle, G. Breart. *Postpartum maternal mortality and caesarean delivery: a population based study in France*. *Obstet Gynecol* 2006 ; 108: 541-548
2. Guihard P, Blondel B. *Trends in risk factors for caesarean sections in France between 1981 and 1995: lessons for reducing the rates in the future*. *Bjog* 2001 ; 108(1): 48-55.
3. Blondel B, Supernant K, du Mazaubrun C, Bréart G. *[Perinatal health in metropolitan France between 1995 and 2003. Results of the national perinatal survey]*. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2006 ; 35 (4) : 373-387.
4. CNEMM. *Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle, 1995-2001. 2001 (rapport remis au ministre délégué à la Santé)*.
5. Deneux-Tharaux C, Berg C, Bouvier-Colle MH, Gissler M, Harper M, Nannini A, et al. *Underreporting of pregnancy-related mortality in the United States and Europe*. *Obstet Gynecol*. 2005 ; 106 (4) : 684-92.

# Le BN – *Biological Nurturing* –

PAR **CATHERINE LÉGIER**, SAGE FEMME HOSPITALIÈRE MATERNITÉ D'AUBAGNE,  
CONSULTANTE IBCLC ET ACCOMPAGNANTE EN ALLAITEMENT BN

## INTRODUCTION

*Le BN est une approche de l'allaitement découvert par Suzanne Colson. Il est basé sur plus de quarante ans d'observations et de recherches auprès de mères allaitantes et de leur bébé. Il s'enrichit et se consolide sans cesse au cours du temps grâce aux nouvelles observations, aux découvertes et aux études scientifiques. Le BN prend ses racines dans les recherches sur l'ocytocine, sur le cheminement du nouveau-né vers le sein de sa mère à la naissance, la méthode kangourou, etc.*

***Les réflexes archaïques ou primitifs apparaissent très tôt dans la vie intra-utérine. Ils permettent au fœtus de bouger ; ils sont sollicités au moment de la naissance et restent indispensables les premiers mois.***

toute une gamme de positions pour son bébé. Ses mains sont libérées. C'est surtout elle, qui le place, et c'est elle qui ajuste la position d'allaitement de son bébé.

**Ce positionnement spontané va permettre l'expression de comportements innés d'allaitement.**

## LES RÉFLEXES ARCHAÏQUES DU NOUVEAU-NÉ

**S**uzanne Colson, sage-femme doctorante, l'une des membres fondatrices de La Leche League France, a travaillé comme consultante en lactation aux côtés de Michel Odent à la maternité de Pithiviers. Elle est l'autrice de nombreux articles, d'un livre, de DVD, et actuellement retraitée, elle poursuit ses conférences et forme dans plusieurs pays des accompagnantes en allaitement BN.

Le terme de *Biological Nurturing* se traduit difficilement. Il met en avant la biologie et le « *nurturing* », la façon de prendre soin matériellement et d'être attentionné avec son bébé.

**Le BN se définirait comme un terme collectif englobant des positions mère-bébé, dans des états spécifiques qui vont permettre l'expression de réflexes archaïques néonataux ainsi que des comportements spontanés maternels.**

## LA POSITION BN

On pourrait supposer que le BN se résume à une nouvelle position maternelle appelée position transat, ou bain de soleil, ou encore physiologique, qui se rajouteraient à la liste des positions classiques d'allaitement (madone, madone inversée, ballon de rugby, allongée côté...). Pour ces dernières, il n'existe en réalité aucune étude scientifique prouvant leur supériorité.

En position physiologique, la mère est inclinée semi-assise et le bébé posé sur elle, en position ventrale, généralement longitudinale; c'est souvent le soignant qui le place et donne les consignes à la mère.

La position, dans l'approche BN est multiple. Le confort de la mère prime, elle s'incline plus ou moins, le haut de son dos est soutenu, elle ouvre son corps en permettant

Les réflexes archaïques ou primitifs apparaissent très tôt dans la vie intra-utérine. Ils permettent au fœtus de bouger ; ils sont sollicités au moment de la naissance et restent indispensables les premiers mois. Contrôlés par le tronc cérébral, ils sont la réponse à un stimulus. Chacun suit un cycle de développement, d'activité puis d'inhibition. Ces réflexes sont intégrés progressivement avec le développement sensorimoteur du bébé ou de l'enfant, pour devenir des mouvements intentionnels. Leur persistance ou leur non-intégration peut avoir des conséquences ultérieures d'ordre cognitif, émotionnel ou corporel. Par exemple, le réflexe du *grasping* qui persiste se manifestera chez l'enfant par un agrippement du stylo lors de l'apprentissage de l'écriture et pourra le gêner encore ultérieurement.

Trois réflexes étaient auparavant considérés comme des réflexes d'allaitement : fousissement, succion, déglutition. Suzanne Colson a mis en évidence 20 réflexes archaïques orientés vers l'allaitement :

- **des réflexes endogènes** (main-bouche, extrusion de langue, pédalage des membres, flexion/extension des doigts);
- **des réflexes moteurs** (*grasping*, marche, rampement, enjambement, Babinski, les réflexes de fousissement, etc.);
- **des réflexes rythmiques** (mandibulaire, succion, déglutition).

Ce sont les effleurements corporels maman-bébé qui stimulent ces réflexes. Ceux-ci sont entravés ou souvent bloqués dans des positions classiques, notamment par la gravité qui oblige la mère à soutenir fermement son bébé.

**Le BN permet l'expression des réflexes archaïques et participe ainsi à leur intégration naturelle.** En BN la gravité aide. Placé en position ventrale, le bébé va téter avec tout son corps et il s'attache souvent seul au sein.

## ALLAITEMENT

### LES ÉTATS DE VEILLE SOMMEIL DU NOUVEAU-NÉ

Les formes de veille/sommeil du nouveau-né ont été définies par 5 ou 6 états : sommeil profond, sommeil agité, état somnolent, éveil calme, éveil agité, pleurs.

Dans les jours qui suivent la naissance, on conseille aux mères les tétées à l'éveil calme, c'est-à-dire quand le bébé montre les premiers signes de recherche, l'état de pleurs étant un signe tardif.

Dans notre culture où le sommeil est sacré, le nouveau-né, sauf indication médicale, ne doit pas être réveillé.

**Dans la perspective BN, un nouveau-né placé sur sa mère en état somnolent ou en état de sommeil léger, se trouve donc au bon endroit, à la « bonne adresse », et pourra commencer à téter même endormi.** Les réflexes archaïques seront plus doux, émoussés et ce peut être une aide pour les allaitements difficiles.

La fréquence des tétées sera également augmentée, notamment dans la période cruciale d'adaptation métabolique des premiers jours.

### LA COMPLEXION HORMONALE MATERNELLE ET LES COMPORTEMENTS INNÉS

La complexion hormonale se définit comme l'état émotionnel de la mère associé à l'imprégnation hormonale de prolactine et surtout d'ocytocine. Dans les jours suivant la naissance, on sait qu'une haute pulsatilité d'ocytocine est associée à une durée plus longue d'allaitement. Cette pulsatilité est modifiée par les éléments perturbateurs comme le bruit, la lumière, l'impression d'être observé, l'absence d'intimité, la douleur, les questions...

L'état ocytocique se manifeste par des effets mécaniques de contractilité (mamelon saillant du « sein ocytocique »), de modifications du débit sanguin (légère rougeur du visage), des yeux brillants. On observe également un rôle sur le tonus (détente). La mère semble également absente, comme dans une bulle avec son bébé. Le père peut, par sa présence, renforcer cet état de sérénité. L'échange de regards mère-bébé est un important élément déclencheur de cet état.

La complexion hormonale induit des comportements innés de la mère, comme placer son bébé, le caresser, le regarder, lui parler, communiquer. La position semi-inclinée semble aider à déconnecter le cortex pour favoriser cet échange.

**Le BN soutient un environnement ocytocique et restaure la composante innée de l'allaitement. C'est la mère qui dirige l'allaitement.**

### LA CONTINUITÉ

Le BN permet une continuité entre la vie foetale et néonatale, et entre la grossesse et le postnatal.

Pour le nouveau-né, la variabilité des positions lui permet de retrouver une position oblique, longitudinale ou transverse, et une attitude plus ou moins fléchie, proches de sa position in utero. Les continuités sensorielles, des états d'éveil/sommeil, des réflexes archaïques sont assurés et permettent leur maturation. Le sein nourricier relaie le placenta dans une fréquence optimale.

Pour la mère, il s'agit également de la continuité de la pulsatilité de l'ocytocine, qui a permis la naissance.

**Dans les jours suivant la naissance, on sait qu'une haute pulsatilité d'ocytocine est associée à une durée plus longue d'allaitement.**

### LE PEAU À PEAU

Si l'importance du peau à peau n'est plus à démontrer, notamment chez le prématuré, le BN ne nécessite pas le contact peau contre peau pour la mise en place de l'allaitement. La nudité peut au contraire avoir un effet négatif (gène, pudore) sur la pulsatilité de l'ocytocine. Il suffit d'être légèrement habillée. Ce qui prime est l'échange de regards et le contact du visage du bébé sur le sein.

### CONCLUSION

Certaines mères seront toujours demandeuses de conseils, de positions, et l'allaitement pourra très bien se dérouler ainsi.

Le BN est une relation mère/bébé. Le rôle du personnel soignant sera donc de veiller à gérer l'environnement plutôt que de diriger la mère, afin de faciliter cette relation. Cette approche, centrée sur la mère, lui rend les clés de son allaitement, confortable et serein. •

### POUR ALLER PLUS LOIN

- Conférence de S. Colson à l'occasion de la Journée Internationale de l'allaitement le 08/11/2019 à Paris.
- Formation BN : formation certifiante de 5 jours.
- Site (en construction) : <http://www.allaitementinstinctif.fr/>

#### LIVRE

- Colson S. *Introduction au Biological Nurturing*, Hale publishing 2010 Colson S. : Biological Nurturing : Breastfeeding Instinctively 2019.

#### DVD

- DVD *Biological Nurturing Laid back Breastfeeding for Mothers*, Geddes production 2011
- DVD *Le Biological Nurturing - L'allaitement Zen*, CREAM 2008.

#### VIDÉOS, SITES

- <https://www.oummi-materne.com/biological-nurturing-position-naturelle-allaitement>
- <http://www.biologicalnurturing.com/video/bn3clip.html>

#### QUELQUES ARTICLES

- Colson S. (2014) *Does the mother's posture have a protective role to play during skin-to-skin contact?* Clinical Lactation. 5 (2) : 41-50.
- Colson S. (2012) *Biological nurturing : The laid-back breastfeeding revolution*. Midwifery Today Int Midwife. (101) : 9-11, 66.
- Colson S. (2011) *Allaitement : comportements innés ou compétence à acquérir*, JIA.
- Colson S. () *Rendons l'allaitement aux mères*, Profession sage-femme.
- Colson S. (2008) *The Nature - Nurture Debate and breastfeeding competencies Bringing Nature to the Fore* - The Practising Midwife 8 (11) 14-19.
- Colson S. (2005) *Maternal breastfeeding positions : Have we go it right ?(2)* The Practising Midwife 8:11 ; 29-32
- Colson S. (2005) *Maternal breastfeeding positions : Have we got it right ?(1)* The Practising Midwife 8:10 ; 24-27

#### ÉTUDE EN COURS SUR LE BN EN MATERNITÉ

- *Effectiveness of a Laid-back Breastfeeding Approach on Breastfeeding Initiation in Hospital Setting. A Randomized Controlled Trial*, Luca Ronfani, MD Institute for Maternal and Child Health IRCCS Burlo Garofolo <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT03503500?ref=NCT03503500&rank=1&load=cart>

Remerciements à S. Colson pour la relecture de cet article.

**QUAND LA GROSSESSE NE TOURNE PAS ROND**

Informations médicales, réflexions psychologiques et témoignages de parents

**JOSIANE SIMARD ET GÉRALDINE ZACCARDELLI**

La grossesse est habituellement synonyme de fébrilité, de joie et d'un grand bonheur à venir. Pour certains parents toutefois, la réalité est toute autre. Le parcours est plus ardu et ne mène pas toujours au rêve tant désiré : une grossesse parfaite, un accouchement idéal et, surtout, un petit bébé bien vivant et en santé. C'est à ces parents que s'adresse cet ouvrage afin de les accompagner, les apaiser et les informer sur différentes situations.

*la césarienne (d'urgence et planifiée) • la fausse couche • la grossesse ectopique • l'interruption médicale de grossesse • la mort in utero.*

Grâce à des informations médicales, à des conseils pratiques, aux réflexions d'une psychologue spécialiste du deuil et aux témoignages de mamans et de papas, il se veut un baume, mais aussi un guide pour mieux traverser ces épreuves difficiles. Personne ne souhaite ni même n'imagine avoir à vivre de telles situations, mais lorsqu'elles se présentent malgré tout, il est réconfortant de savoir que l'on n'est pas seul et que des outils sont là pour nous aider.

Josiane Simard est gestionnaire ; Géraldine Zaccardelli travaille en contenu web. Toutes deux sont de jeunes mamans ayant connu les aléas d'une grossesse qui n'a pas tourné rond. Ensemble, elles ont élaboré l'ouvrage qu'elles auraient souhaité avoir entre les mains lorsqu'elles vivaient ces moments difficiles.

Avec la participation du Dr Ian Brochu, obstétricien, de Johanne de Montigny, psychologue clinicienne, et d'une vingtaine de parents.

**Québec Amérique**

Parution: Octobre 2018

Édition brochée: 14,55 €

Format: 152 mm x 229 mm

176 pages

ISBN 978-2-7644-3675-2

[www.quebec-americaine.com](http://www.quebec-americaine.com)

**SILENCE SOUS LA BLOUSE**

**CÉCILE ANDRZEJEWSKI**

Culture du secret, fonctionnement en vase clos, organisation confuse, justice de pairs, culte du chef, cette enquête sur les violences sexuelles à l'hôpital plonge les novices dans le système peu connu mais ravageur de l'hôpital public.

Dans un grand hôpital, Justine, infirmière, est soulevée du sol par un chirurgien qui l'embrasse de force. Ailleurs, Jessica et d'autres soignantes se plaignent d'avoir dû étaler de la crème sur le corps et les fesses d'un anesthésiste. À l'autre bout de l'Hexagone, L. et ses collègues sont menacées à coups de pied dans le bloc. Ailleurs encore, Laurie, technicienne de labo, subit fessées et caresses de la part de son chef biologiste. Toutes ces employées ont en commun d'avoir été agressées et d'avoir tenté d'alerter. Ceux qui leur font face, supérieurs ou collègues, partagent la même impunité : ils ont été couverts par leurs confrères et leur hiérarchie. Le chirurgien qui faisait régner la terreur à coup de pied a gravi les échelons pendant quinze ans, malgré leurs alertes. Jessica et les autres aides-soignantes ont carrément entendu : « *S'il part, la maternité devra fermer.* » Et ainsi de suite.

Cécile Andrzejewski a recueilli partout en France des témoignages de victimes. Elle y a déniché des faits jamais révélés, recueilli des histoires inédites puisque méticuleusement étouffées. À l'heure du bouleversement MeToo, l'auteure nous entraîne au cœur d'un des systèmes les plus labyrinthiques, où règne l'impunité des blouses blanches.

**Éditions Fayard**

Parution: février 2019

Édition brochée: 19 €

Édition numérique: 13,99 €

Format: 135 mm x 215 mm

240 pages

EAN: 9782213712062

[www.fayard.fr](http://www.fayard.fr)

**AGENDA EN BREF****● 22-23-24 MAI 2019**

LA ROCHELLE (16)

47<sup>es</sup> Assises Nationales des S-F  
[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

Thème : "La sage-femme au cœur du suivi gynécologique : une spécialité de l'intime"

[cere-congres.com](http://cere-congres.com)

**● 6-7 JUIN 2019**

ANNECY

30<sup>es</sup> Journées d'Études de

l'Association Nationale des

Sages-Femmes Territoriales

**Programme p. 45**

**● 18 JUIN 2019**

BREST - OCÉANOPOLIS

La Pré-éclampsie

Actualités et Perspectives

*Inscriptions avant le 18 mai 2019*

**Programme p. 45**

**● AUTOMNE-HIVER 2019**

BORDEAUX

16<sup>es</sup> Journées Événements de l'Année

en Gynécologie-Obstétrique

[congres.eska.fr](http://congres.eska.fr)

**● 6-7 SEPTEMBRE 2019**

MARSEILLE

9<sup>es</sup> Rencontres À Deux Mains

[www.ra2m.fr](http://www.ra2m.fr)

**● 26-27 SEPTEMBRE 2019**

PARIS

22<sup>es</sup> Journées de Sérologie Interactive

[congres.eska.fr](http://congres.eska.fr)

**● 26-27 SEPTEMBRE 2019**

LA ROCHELLE (16)

Les Francophones de Perinat

[lesfrancophonesdeperinat.com](http://lesfrancophonesdeperinat.com)

[cere-congres.com](http://cere-congres.com)

**● 28 SEPTEMBRE 2019**

PARIS

18<sup>es</sup> Journées Événements de

l'Année en Médecine Vasculaire

+ SFA + DU de Phlébologie

[congres.eska.fr](http://congres.eska.fr)

**● 7-8 NOVEMBRE 2019**

MONACO

Congrès international des Sages-Femmes - CISAF

[cere-congres.com](http://cere-congres.com)

**● 14 NOVEMBRE 2019**

PARIS 15<sup>e</sup>

Les Dialogues de l'Obstétrique

par *Les Dossiers de l'Obstétrique*

[congres.eska.fr](http://congres.eska.fr)

**● 15-16 NOVEMBRE 2019**

PARIS

47<sup>es</sup> Journées Jean Cohen

Gynécologie Obstétrique et

Reproduction

[congres.eska.fr](http://congres.eska.fr)

Cécile Andrzejewski est journaliste indépendante. Membre du collectif Youpress, elle a participé à l'ouvrage *Impunité Zéro* (Autrement, 2017), sur les violences sexuelles en temps de guerre.

# LE PSYCHO-TRAUMATISME

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME\*

## DÉFINITION

**L**es troubles psycho-traumatiques sont des conséquences normales et universelles des violences.

Ils sont la suite de la mise en place de mécanismes neurobiologiques et psychiques de survie et deviennent l'origine d'une mémoire traumatique.

Ces troubles entraînent des atteintes non seulement psychologiques mais également neurologiques avec des dysfonctionnements importants des circuits émotionnels et de la mémoire. Ils sont liés à l'intensité et la gravité de l'agression vécue, au caractère des violences, à son intentionnalité et aussi à l'impossibilité de s'en soustraire.

Un des facteurs aggravant des troubles psycho-traumatiques est la vulnérabilité de la victime.

### Définition du traumatisme

Phénomène d'effraction du psychisme et de débordement de ses défenses par les excitations violentes lié à la survenue d'un événement agressant ou menaçant pour la vie ou l'intégrité physique ou psychique d'une personne qui y est exposée comme victime, comme témoin ou comme acteur (L. Crocq).

### Définition du psycho-traumatisme

Personne ayant vécu un ou plusieurs événements traumatiques ayant menacé son intégrité physique et psychique ou celle d'autres personnes présentes, ayant provoqué une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur et ayant développé des troubles psychiques liés à ce(s) traumatisme(s) (DSM IV).

### On distingue deux types de psycho-traumatismes :

- **Psycho-traumatisme de type I** quand l'événement est unique ;
- **Psycho-traumatisme de type II** quand l'événement est répété ou durable.

## MÉCANISMES

Ce sont des mécanismes à la fois psychologiques et neurobiologiques de sauvegardes exceptionnels mis en place par le cerveau pour échapper à un risque vital cardiovasculaire et neurologique lorsque le psychisme est en état de sidération suite à une réponse émotionnelle dépassée.

Ces mécanismes sont semblables à une disjonction du circuit émotionnel lors d'un survoltage par stress extrême. Il en résulte le développement d'une mémoire traumatique, de troubles dissociatifs et d'une anesthésie psychique et physique qui vont être responsables des symptômes les plus graves des psycho-traumatismes.

### Ces troubles psycho-traumatiques entraînent :

- **Une dissociation** avec ensuite une anesthésie émotionnelle s'exprimant par des troubles de la conscience avec des sentiments d'irréalité, d'être spectateur de la scène violente, de dépersonnalisation... ;
- **Une mémoire traumatique** avec des réminiscences faisant revivre les scènes de violences ;
- **Une hypervigilance**, des attitudes de contrôle et d'évitements et des conduites à risques pour essayer d'échapper à cette mémoire traumatique.

## LA RÉPONSE ÉMOTIONNELLE TRAUMATIQUE

Le vécu de la scène de violences avec ce qu'elle comporte de frayeur, d'impossibilité d'agir, d'incompréhension... va entraîner une sidération et une paralysie psychique. Il n'y a plus d'activité corticale et la réponse émotionnelle n'est plus adaptée. Elle devient extrême avec une sécrétion trop importante d'adrénaline et de cortisol.

Pour protéger les organes du risque cardiovasculaire et neurologique, le cerveau va faire disjoncter la réponse émotionnelle et isoler l'amygdale cérébrale. Cet isolement de l'amygdale cérébrale se fait principalement par des neurotransmetteurs morphine-like et kétamine-like. Elle reste activée mais ne peut réagir et diriger la réponse émotionnelle ; le circuit limbique du stress est disjoncté. Le risque vital s'estompe alors mais se crée une anesthésie émotionnelle et physique.

C'est la mise en place d'une voie de secours de protection immédiate et l'état de stress s'apaise alors que le traumatisme se poursuit pourtant. Le cortex associatif continue à traiter les informations mais sans connotation émotionnelle. D'où l'impression de dissociation, d'étrangeté, d'irréalité, d'être spectateur de ce qui arrive, de voir un film, de confusion, de dépersonnalisation. Cet état peut persister tant que la victime reste en contact avec son agresseur et la dissociation devient alors chronique.

La victime est privée de ses émotions. Elle ne peut plus se défendre et paraît même tout accepter et pouvoir vivre. Personne alors ne ressent sa souffrance et son état de stress et de détresse intenses.

Cette déconnexion de l'amygdale avec l'hippocampe fait que celui-ci ne peut plus transformer le vécu en mémoire déclarative autobiographique et affective. Le cortex associatif et l'hippocampe ne pouvant jouer leurs rôles modulateurs, la mémoire traumatique apparaît.

Celle-ci est prête à s'exprimer au contact de tous stimuli en lien avec les traumatismes vécus antérieurement hors de toute possibilité d'analyse. Des réminiscences ont lieu où tout est contenu, aussi bien les violences, les sensations, les pensées que ce qui concerne l'agresseur. Mais le tout sans repères précis d'espace et de temps. Le sentiment d'insécurité devient constant avec une sensation de danger imminent en permanence.

Quand la victime n'est plus en état de dissociation car elle est éloignée de son agresseur, elle est protégée, et lorsque les réminiscences arrivent, elle ressent la même peur et les mêmes douleurs que celles provoquées par les violences. Mais la dissociation n'est plus là pour minimiser ses sensations. Le risque alors est qu'elle retourne avec son agresseur qui, en ayant le pouvoir de la dissocier aussitôt, va l'anesthésier.

Ce comportement est un processus psycho-traumatique habituel qui doit être expliqué à la victime pour éviter ainsi qu'elle se fasse avoir par ses émotions traumatiques mensongères qui l'empêchent, en fin de compte, de se libérer de l'agresseur.

Des conduites d'évitement et de contrôles sont mises en place pour éviter tout ce qui serait susceptible de rappeler les violences et de déclencher la mémoire traumatique. Ces conduites sont à l'origine d'isolement social, affectif, de création de phobies, d'obsessions, de troubles du sommeil et de troubles cognitifs.

Parfois, malgré les conduites de contrôles et d'évitement, la mémoire traumatique se déclenche et envahit le psychisme de la victime mais la disjonction ne se fait plus spontanément à cause de phénomènes d'accoutumance.

La victime cherche alors à obtenir une disjonction provoquée :

- en installant ses propres solutions, son propre traitement : elle va chercher à augmenter le niveau de stress ou de douleurs

par des mises en danger, des conduites à risques, ce qui va avoir comme objet de faire sécréter au cerveau les hormones morphine-like et kétamine-like.

- en prenant des moyens dissociant externes : alcool, drogues.

La victime cherche à recréer l'état de dissociation et d'anesthésie vécu lors du traumatisme, solution transitoire efficace mais qui va vite devenir très délétère. Elle va le faire par deux moyens :

- Le survoltage** : augmenter le niveau de stress, soit par des conduites dangereuses qui reproduisent le traumatisme initial, soit par des conduites auto-agressives, soit par des conduites hétéro-agressives ;
- Par un effet "déconnexion-like"** : grâce à des drogues ayant un effet dissociant : alcool, cannabis et hallucinogènes, héroïne ou psychostimulants.

## CONSÉQUENCES

Sans une prise en charge adaptée, ces troubles psycho-traumatiques peuvent durer très longtemps, des années, des dizaines d'années, voire toute la vie.

La santé des victimes traumatisées est considérablement impactée. Il est démontré dans la littérature :

- troubles anxieux,
- dépressions,
- troubles du sommeil,
- troubles cognitifs,
- troubles alimentaires,
- addictions,
- altération de la santé physique (troubles liés au stress et aux stratégies de survie),
- altération de la santé de l'entourage (enfants),
- altération de la qualité de vie (demande de soins, hospitalisation, arrêt de travail...).

Mais aussi, face à une non-prise en considération de leur souffrance du fait de la méconnaissance ou de la sous-estimation de ces troubles :

- solitude,
- isolement,
- exclusion,
- précarité,
- insécurité,
- exposition à subir de nouvelles violences.

Quand ils sont subis dans l'enfance, s'ajoutent des risques accrus de :

- accidents cardio-vasculaires,
- morts précoces,
- suicides,
- dépressions,
- addictions,

- obésité,
- troubles psychiatriques,
- marginalisation,
- délinquance.

Tous les types de violences peuvent être à l'origine d'un psycho-traumatisme : les violences conjugales, les violences obstétricales, les violences psychologiques, les violences sexuelles.

## LE TRAITEMENT

Il est essentiellement psychothérapique mais il s'agit déjà, en urgence, d'éviter que les violences se poursuivent, d'éviter que la mémoire traumatique se déclenche, d'éviter les risques suicidaires et les conduites à risques.

- Mettre en sécurité dans des centres d'hébergement, par des moyens de protection juridiques, en hospitalisant... ;
- Favoriser toutes les conduites et situations apaisantes pour la victime qui ont fait leurs preuves (++ de questionner le patient sur ce qui l'apaise) ;
- Favoriser tous les liens avec les personnes de confiance et les informer des conséquences psycho-traumatiques ;
- Mettre en place des mesures de protection, notamment pour les enfants s'il y en a ;
- Prescrire un traitement efficace pour soulager la souffrance physique ;
- Prévenir, par un traitement, les pics de stress trop importants (qui vont réveiller la mémoire traumatique) ;
- Expliquer les mécanismes neurobiologiques et en donnant toutes les informations nécessaires sur les psycho-traumatismes ;
- Mettre en place des traitements de psychothérapie, psychothérapie dynamique, thérapies comportementales et cognitives. Cela permet de reconstruire l'histoire de l'événement traumatique sans la sidération, la disjonction, la mise en place de conduites d'évitement par un accompagnement thérapeutique. La mémoire traumatique va alors pouvoir réintégrer l'espace de la mémoire narrative autobiographique et une récupération neurologique.
- Aider à retrouver une estime de soi, à reprendre confiance en soi ;
- Aider à restaurer des liens affectifs et sociaux, à redévelopper des activités personnelles, des projets de vie ;
- Expliquer les mécanismes de l'agresseur pour mieux se défendre et se défaire des mécanismes d'emprise ;
- Informier sur la loi. •

## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 13 AVRIL 2019

# Service engagement maternité

Madame la Ministre,

Nous avons lu avec intérêt vos déclarations ce 31 mars 2019 à propos du pack de services « **Engagement maternité** » garanti pour chaque femme dont le domicile se trouve à plus de 30 minutes d'une maternité.

Vous reconnaissiez la place essentielle des sages-femmes et souhaitez leur donner « **un rôle de premier plan dans la prise en charge dans l'accompagnement des femmes enceintes qui vivent loin d'une maternité** ». Nous ne pouvons que nous en réjouir.

Cependant, nous sommes surpris de ces annonces sans concertation avec les usagers et les représentants de la profession.

Les sages-femmes défendent un accès de tous les citoyens à la santé. Les sages-femmes sont, par leur présence en première ligne dans les déserts médicaux, parmi d'autres professionnels de santé, mobilisé.e.s contre les disparités territoriales. Leurs organisations syndicales ont d'ailleurs signé les accords de zonage.

Le **CNSF demande à participer à l'élaboration des différentes propositions répondant au mieux aux attentes des femmes et des usagers dans le domaine de l'accès aux soins obstétricaux**.

Profession médicale, les sages-femmes réalisent 87 % des accouchements non instrumentaux, mais aussi le suivi gynécologique, les échographies de dépistage, l'examen du nouveau-né.

Toute complication ou dépistage de pathologie nous amène à travailler en collaboration avec les différents spécialistes de la périnatalité : obstétriciens, pédiatres, anesthésistes en établissements de santé et en réseaux de périnatalité.

Pour correspondre au mieux aux attentes des patientes, les professionnels de la périnatalité doivent travailler ensemble à la sécurisation des transports entre domicile et maternités. Mais aussi, pour répondre à la demande des usagers, nous devons adapter nos pratiques avec la promotion de l'accompagnement global et de l'accouchement en ambulatoire.

Ce type d'exercice qui demande une disponibilité 24 heures/24 durant le dernier mois

de grossesse est mal rémunéré à l'heure actuelle. Les hôtels parentaux, où seraient hébergées les patientes dans les derniers jours sont une part de la solution mais loin de la réalité de l'accouchement spontané, ces hôtels ne répondent pas à toutes les situations.

À l'heure où le respect des choix et de la physiologie gagnent du terrain dans la plupart des établissements, la programmation des naissances du fait de l'éloignement domicile/maternité reviendrait à **des déclenchements systématiques sans indication médicale**.

Nous rappelons par ailleurs les recommandations de la Haute Autorité de santé qui préconisent « **une sage-femme par patiente** ».

En effet, il est recommandé que toutes les femmes puissent bénéficier d'un soutien continu, individuel et personnalisé, adapté selon leur demande au cours du travail et de l'accouchement. Cette organisation est celle qui prévaut dans certains pays qui ont d'excellents indicateurs de morbi-mortalité comme en Suède.

Nous sollicitons au plus vite une entrevue avec vous, Madame la Ministre et les usagers et acteurs de la périnatalité afin de réfléchir tous ensemble à la problématique des soins obstétricaux sur le territoire.

Adrien GANTOIS, Président du CNSF  
 Sylvie LE ROUX, Présidente de l'ANSFC  
 Julie KERBART, Présidente de l'ANESF  
 Camille DUMORTIER, Présidente de l'ONSSF  
 Isabelle FOURNIER, Présidente de l'ANSFL

## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 3 AVRIL 2019

## ANSFO/ANCI

## Lettre Ouverte à Madame la Ministre des Solidarités et de la Santé, Madame Agnès Buzyn

Madame la Ministre,

**L**'indignation générale des associations de femmes et de professionnel.le.s devant le dernier « coup d'éclat » du SYNGOF (menace de grève des IVG) comportant un risque d'amalgame à l'ensemble d'une profession, l'ANSFO (Association Nationale de Sages-Femmes Orthogénistes) précise ici sa position.

Il est notoire que la loi Veil de 1975, et ses améliorations successives apportées par Martine Aubry en 2001 puis Marisol Touraine en 2016, ont été soutenues conjointement par les associations féministes et de professionnel.le.s (composées majoritairement de médecins généralistes et de gynécologues médicaux).

Cette collaboration militante a permis, en quelques années, de réduire la première cause de mortalité de la jeune femme au chiffre mythique proche de zéro. **En cela, les lois successives sur l'avortement sont les meilleures lois de santé publique jamais promulguées**. Les professionnel.le.s qui se sont mobilisé.e.s durant toutes ces années ont permis les améliorations des techniques médicales, chirurgicales, psychologiques mais aussi, en association avec les organisations militantes, légales. Ces professionnel.le.s, dont l'unique but a été de venir en aide aux femmes, dans des conditions d'emploi précaire (vacation au sein de centres d'orthogénie et une parole étouffée à l'intérieur de l'organisation hospitalière,) partent aujourd'hui discrètement à la retraite. Ce sont pourtant bien des mains de ces médecins-là que les sages-femmes souhaitent apprendre les techniques de l'IVG instrumentale.

Quant à ce « buzz » du SYNGOF, les sages-femmes de l'ANSFO le soulignent, elles ne sont pas dupes de l'usurpation historique de l'acte d'avortement qu'il implique ! Elles ne feront pas table rase du passé ! Elles sont solidaires de tous les professionnel.le.s qui ont travaillé (et qui travaillent toujours) à l'avortement pendant toutes ces années. En revendiquant l'acte de l'aspiration chirurgicale, elles savent que la qualité de ce geste dépend davantage de l'humanité du praticien que de sa difficulté technique et de la qualification du professionnel. **C'est pourquoi elles affirment que la protection du droit des femmes passe par la vigilance préalable d'une pratique de cet acte par un personnel formé, dédié et motivé. Nous savons, avec l'ANCI (Association Nationale des Centres d'Interruption volontaire de grossesse et de Contraception), que c'est la bonne entente interprofessionnelle qui fera la qualité des pratiques de l'IVG de demain.**

## POUR EN SAVOIR PLUS

[www.sages-femmes-orthogenistes.org](http://www.sages-femmes-orthogenistes.org)  
<http://www.ancic.asso.fr>

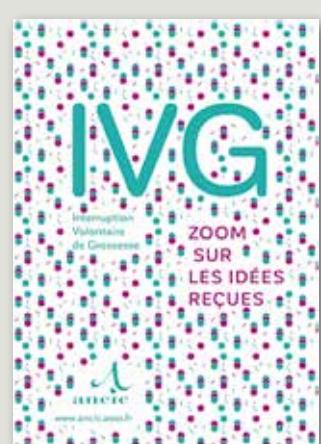
### Outils de communication disponibles sur le site de l'ANCI

**POSTER IVG**  
 Zoom sur les idées reçues

Pour commander des plaquettes et/ou un poster, envoyer un mail à :  
[info@ancic.asso.fr](mailto:info@ancic.asso.fr)



**PLAQUETTE IVG**  
 Zoom sur les idées reçues



## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 4 AVRIL 2019

## ANSM

## L'ANSM décide, par mesure de précaution, de retirer du marché des implants mammaires macrotexturés et des implants mammaires à surface recouverte de polyuréthane - L'ANSM ne recommande pas d'explantation préventive pour les femmes porteuses de ces implants

Depuis l'apparition en 2011 des premiers cas de lymphomes anaplasiques à grandes cellules associés aux implants mammaires (LAGC-AIM), l'Agence nationale du médicament et des produits de santé (ANSM) a mené de nombreuses investigations afin d'étudier le lien entre la survenue de cas de LAGC et la texture des implants mammaires. Au regard de l'ensemble des informations dont elle dispose, dont des avis d'experts indépendants, l'ANSM considère que la texturation de certains implants macrotexturés et implants à surface recouverte de polyuréthane constitue un facteur de risque dans l'apparition de LAGC-AIM. Ainsi, l'ANSM prend la décision, par mesure de précaution, de retirer du marché ces implants afin de réduire l'exposition des femmes au risque de LAGC qui reste un risque rare mais grave. Compte tenu de la rareté de ce risque, l'ANSM ne recommande pas d'explantation préventive pour les femmes porteuses de ces implants. L'ANSM met en place le numéro vert 0.800.71.02.35 pour répondre aux interrogations des patientes. Celles-ci sont également invitées à consulter un professionnel de santé en cas de questions complémentaires.

**D**epuis 2011, 59 cas de lymphomes anaplasiques à grandes cellules associés aux implants mammaires (LAGC-AIM) ont été déclarés en France. En 2017, le nombre de femmes portant des implants mammaires en France est estimé à 400 000.

Dans la perspective d'investiguer le risque de LAGC associé aux implants mammaires, l'ANSM a réalisé un suivi des signalements de matériovigilance et réuni de nombreux acteurs dont récemment un groupe d'experts (CSST) qui a auditionné les 7 et 8 février 2019 des patientes, des professionnels de santé, des autorités sanitaires européennes et internationales et des fabricants, afin d'émettre un avis sur la place des implants mammaires texturés en chirurgie esthétique et reconstructrice.

Le groupe d'experts du CSST a rendu son avis le 8 février 2019 préconisant notamment: « *Dans le contexte de la recommandation faite par l'ANSM d'utiliser préférentiellement des implants lisses et compte tenu des doutes émis par les professionnels de santé, il convient d'interdire le recours à la texture Biocell d'Allergan. La plus grande prudence doit être réservée aux implants mammaires de textures équivalentes et aux implants polyuréthane. Le comité ne recommande toutefois pas d'explantation préventive de ces implants texturés.* »

Au regard de cet avis et de l'ensemble des informations dont elle dispose, l'ANSM considère que plus l'implant est texturé et rugueux, plus le risque de survenue de LAGC-AIM est important. Ainsi, l'ANSM prend la décision, par mesure de précaution, de retirer du marché certains implants macrotexturés de texture équivalente à l'enveloppe Biocell d'Allergan et en polyuréthane afin de réduire l'exposition des femmes au risque de LAGC-AIM qui reste un risque rare mais grave.

Cette mesure de précaution vise à interdire la mise sur le marché, la distribution et l'utilisation de ce type d'implants mammaires ainsi que leur retrait du marché en France. La décision de l'ANSM prend effet le 5 avril 2019.

**L'ANSM rappelle sa recommandation d'utiliser de préférence des implants mammaires lisses en chirurgie esthétique ou reconstructrice.**

**Compte tenu de la rareté du risque de surveillance de LAGC-AIM et de l'avis du CSST, l'ANSM ne recommande pas d'explantation préventive des implants macrotexturés et des implants à surface recouverte de polyuréthane.**

Par ailleurs, comme recommandé par le CSST, l'ANSM tient à rappeler l'importance d'une information rigoureuse et complète auprès des femmes souhaitant la pose d'implants mammaires. La patiente et le chirurgien doivent discuter ensemble des avantages et inconvénients des différents implants disponibles et des techniques alternatives en chirurgie esthétique ou en reconstruction après un cancer du sein.

Un document mentionnant notamment l'identification de la surface de l'implant (lisse, microtexturée...), sa durée de vie limitée et l'éventuelle nécessité d'une ré-intervention qui en découle ainsi que le suivi médical, doit être remis à toutes les femmes avant la pose d'implants mammaires.

**Conformément à l'avis d'experts de l'INCa de février 2019 sur les LAGC :**

- Face à des signes fonctionnels ou physiques (épanchement péri-prothétique abondant, augmentation de volume, douleur, inflammation, masse, ulcération, altération de l'état général) survenant notamment à distance de la phase postopératoire chez une femme porteuse d'implant mammaire, le diagnostic de LAGC-AIM doit être évoqué.
- Pour les femmes porteuses d'un implant mammaire et sans signe clinique au niveau des seins, le groupe d'experts préconise le suivi habituel : examen clinique des seins annuel et exploration radiologique éventuelle adaptée.
- Les professionnels de santé en charge de ces suivis (médecins généralistes, chirurgiens, oncologues, gynécologues, radiologues, sages-femmes, etc.) doivent être informés et sensibilisés aux signes locaux qui peuvent être associés à la survenue d'un LAGC-AIM.

L'ANSM maintient sa surveillance renforcée sur les implants mammaires et poursuit ses investigations. L'ANSM demande, comme le groupe d'experts du CSST, que le registre national des implants mammaires dont la création vient d'être approuvée soit mis en place rapidement.

**Liste des implants mammaires macrotexturés et à surface recouverte de polyuréthane actuellement sur le marché français concernés par la décision de l'ANSM**

Implants à enveloppe de silicone			
Fabricant	Modèle	Forme	Référence
ALLERGAN	Natrelle	Anatomique	Natrelle 410 - Natrelle 510
ALLERGAN	Natrelle texturé	Ronde	Natrelle 110 - Natrelle 120 - Natrelle INSPIRA
ARION	Monobloc texturé	Ronde	GS-LP-xxx-T; GS-HP-xxx-T; GS-XP-xxx-T; GS-XXP-xxx-T
ARION	Monobloc texturé	Anatomique	GS-AN-xxx-T; GS-AX-xxx-T; GS-A2X-xxx-T; GS-A2XH-xxx-T; GS-A2XS-xxx-T
SEBBIN	Silicone gel filled texturée	Anatomique	LSA-TS/LSA-TL/LSA-TM/LSA-TF/ LSA-SS/LSA-SL/LSA-SM/LSA-SF/ LSA-XSS/LSA-XSL/LSA-XSM/LSA-XSF
NAGOR	GFX	Ronde	GFX; GFX LP; GFX EHP
NAGOR	IMPLEO	Ronde	IMPLEO EHR; IMPLEO HR; IMPLEO MR
NAGOR	COGEL	Anatomique	XF1; XF2; XF3; XM1; XM2; XM3; XL1; XL2; XL3
EUROSILICONE	MATRIX	Anatomique	TM F1; TM F2; TM F3; TM M1; TM M2; TM M3; TM L1; TM L2; TM L3
POLYTECH	POLYTXT SUBLIME LINE	Ronde et Anatomique	20724-xxx*; 20725-xxx; 20726-xxx; 20727-xxx; 20734-xxx; 20735-xxx; 20736-xxx; 20737-xxx; 20744-xxx; 20745-xxx; 20746-xxx; 20747-xxx; 20774-xxx; 20775-xxx; 20776-xxx; 20777-xxx
POLYTECH	POLYTXT DIAGONGEL/4TWO	Anatomique	21631-xxx; 21632-xxx; 21641-xxx; 21642-xxx

\*xxx représentent le volume de l'implant

Implants recouverts de Polyuréthane			
Fabricant	Modèle	Forme	Référence
POLYTECH	Microthane SUBLIME LINE	Ronde et Anatomique	30724-xxx; 30725-xxx; 30726-xxx; 30727-xxx; 30734-xxx; 30735-xxx; 30736-xxx; 30737-xxx; 30744-xxx; 30745-xxx; 30746-xxx; 30747-xxx; 30774-xxx; 30775-xxx; 30776-xxx; 30777-xxx
POLYTECH	Microthane DIAGONGEL/4TWO	Anatomique	31631-xxx; 31632-xxx; 31641-xxx; 31642-xxx

**POUR EN SAVOIR PLUS**

[www.ansm.sante.fr](http://www.ansm.sante.fr)

## Journée à thème du Collège National des Sages-Femmes de France

**Lundi 3 juin 2019**  
ASIEM - 6 rue Albert de Lapparent - 75007 PARIS

### **"La sage-femme au cœur du suivi gynécologique : une spécialité de l'intime" \***

8h00	<b>Accueil</b>	Modérateur : Adrien GANTOIS
8h30	<b>Ouverture de la journée</b> <i>Président du CNSF</i>	• Où en est-on de la stérilisation définitive en France : quelle évolution ? <i>Orateur à venir</i>
9h00	• Quiz du début de journée <i>Myriam KHENICHE</i>	• La place de la sage-femme dans le dépistage et la prise en charge de l'endométriose <i>Jean-Pierre RAGAGE</i>
9h20	Modérateur : Michèle ZANARDI-BRAILLON • Rappel de l'historique de l'ouverture de compétences des sages-femmes sur la gynécologie de prévention en France et impact sur l'accès aux soins et la santé des françaises - Etat des lieux - <i>Caroline RAQUIN</i> (sous réserve)	• Prise en charge de la ménopause. Place de la sage-femme <i>Laurent PANNEQUIN</i>
9h45	<b>Santé sexuelle et Éducation à la sexualité</b> • Pourquoi l'éducation à la santé sexuelle et à la sexualité reste un enjeu ? <i>Dr Kpote</i> • Comment adapter et moderniser le rôle de la sage-femme dans ce domaine ? <i>Orateur à venir</i>	<b>Table ronde</b> • L'IVG médicamenteuse et instrumentale en France : Etat des lieux et rôle de la sage-femme <i>Laurence DANJOU</i> (sous réserve), <i>Philippe FAUCHER</i> , <i>Alice ROCQ</i>
10h30	Pause et visite des stands	15h00 Pause et visite des stands
11h00	<b>Gynécologie de prévention en France : le rôle de la Sage-Femme</b> Modérateur : Nathalie BENET-MANDORLA • 1 <sup>ère</sup> consultation gynécologique de l'adolescente : approche, éducation et prévention. Focus sur la vaccination HPV en France - <i>Alain MERCIER</i> (sous réserve)	16h00 • Suivi gynécologique : pour une prise en charge bienveillante des femmes ayant subi des violences dans leur vie Modérateur : Sophie Guillaume Orateurs : <i>Mathilde DESLEPINE</i> (sous réserve), <i>Gilles LAZIMI</i> , <i>Claude ROSENTHAL</i>
11h15	• Pour un suivi gynécologique de prévention adapté : la place du TV et de l'auto-prélèvement - <i>Teddy LINET</i> (sous réserve)	16h40 • Quiz de fin de journée <i>Myriam KHENICHE</i>
11h45	• Les nouvelles recommandations en matière de contraception <i>Nicolas DUTRIAUX</i>	17h00 <b>Fin de la journée</b>
12h00	<b>Table ronde</b> • Orientation et collaboration entre la sage-femme, le gynécologue et le médecin traitant <i>Nathalie BENET-MANDORLA</i> , <i>Nicolas DUTRIAUX</i> , <i>Teddy LINET</i> , <i>Alain MERCIER</i>	<b>Nouveauté 2019</b> QUIZ avec votes interactifs via smartphones. Questions sur les thématiques de la journée avec résultats en direct dans la salle pour échanger tous ensemble.
12h30	Pause déjeuner libre	

\* Sous réserve de modifications

Commissariat général : Cerc-Congrès (agissant pour le compte du CNSF)

17 rue Souham - 19000 TULLE

Tel : 05 55 26 18 87 - Mail : inscription@cerc-congres.com - Site : www.cerc-congres.com

**N° de formation du CNSF : 11940627094**

Droit d'inscription (employeur, non membre du CNSF et autres professions) **130€** - Membre du Collège **80€**

# Influence de l'obésité maternelle sur la précision de la prédition échographique du poids de naissance

## *Influence of maternal obesity on the accuracy of ultrasonography birth weight prediction*

### OBJECTIVE

The aim of the study was to investigate whether the accuracy of ultrasound estimates of fetal weight (EFW) was dependent on maternal obesity.

### STUDY DESIGN

A prospective cross-sectional study of 1064 singleton pregnant women classified according to body mass index (BMI) into two categories: normal (BMI < 25 kg/m<sup>2</sup>, n = 863) and obese (BMI ≥ 35 kg/m<sup>2</sup>, n = 201) was conducted. EFW were calculated using Hadlock's formula, and the difference between EFW and the actual birthweight (absolute percent error) was analyzed in both groups. Spearman's correlation was used to assess the relationship between

ultrasound performance (absolute error), maternal BMI, and actual birth weight.

### RESULTS

Median absolute error of sonographic EFW was 5.90 and 6.47 % for the normal and obese groups, respectively (p=.38). A correlation between EFW and birth weight (BW) was found in both groups,  $r = 0.755$  ( $p < .001$ ) and  $r = 0.753$  ( $p < .001$ ), respectively. The correlation between absolute error, maternal BMI, and fetal birth weight was poor.

### CONCLUSIONS

Maternal obesity is unrelated to the accuracy of sonographic EFW, and regardless of maternal or fetal size, ultrasound is currently an accurate method of predic-

tion for both obese and normal weight pregnant women.

### LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

**Accuracy**: précision - **Aim**: but - **Whether**: si - **Prospective cross-sectional study**: étude prospective transversale - **To assess the relationship**: évaluer la relation - **Both**: les deux - **Regardless**: sans tenir compte - **Currently**: actuellement.

Manzanares S, Gonzalez-Escudero A, Gonzalez-Peran E, López-Criado M, Pineda A.

**J MATERN FETAL NEONATAL MED.** 2019 JAN 28: 1-6. DOI: 10.1080/14767058.2019.1567708. [E PUB AHEAD OF PRINT]

# Massage, réflexologie et autres méthodes manuelles pour la gestion de la douleur pendant le travail

## *Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour*

### BACKGROUND

Many women would like to avoid pharmacological or invasive methods of pain management in labour, and this may contribute towards the popularity of complementary methods of pain management. This review examined the evidence currently available on manual methods, including massage and reflexology, for pain management in labour. This review is an update of the review first published in 2012.

### OBJECTIVES

To assess the effect, safety and acceptability of massage, reflexology and other manual methods to manage pain in labour.

### SEARCH METHODS

For this update, we searched Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register (30 June 2017), the Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL; 2017, Issue 6), MEDLINE (1966 to 30 June 2017), CINAHL (1980 to 30 June 2017), the Australian New Zealand Clinical Trials Registry (4 August 2017), Chinese Clinical Trial Registry (4 August 2017), ClinicalTrials.gov, (4 August 2017), the

National Center for Complementary and Integrative Health (4 August 2017), the WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) (4 August 2017) and reference lists of retrieved trials.

### SELECTION CRITERIA

We included randomised controlled trials comparing manual methods with standard care, other non-pharmacological forms of pain management in labour, no treatment or placebo. We searched for trials of the following modalities: massage, warm packs, thermal manual methods, reflexology, chiropractic, osteopathy, musculo-skeletal manipulation, deep tissue massage, neuro-muscular therapy, shiatsu, tuina, trigger point therapy, myotherapy and zero balancing. We excluded trials for pain management relating to hypnosis, aromatherapy, acupuncture and acupressure; these are included in other Cochrane reviews.

### DATA COLLECTION AND ANALYSIS

Two review authors independently assessed trial quality, extracted data and checked data for accuracy. We contacted

trial authors for additional information. We assessed the quality of the evidence using the GRADE approach.

### MAIN RESULTS

We included a total of 14 trials; 10 of these (1055 women) contributed data to meta-analysis. Four trials, involving 274 women, met our inclusion criteria but did not contribute data to the review. Over half the trials had a low risk of bias for random sequence generation and attrition bias. The majority of trials had a high risk of performance bias and detection bias, and an unclear risk of reporting bias. We found no trials examining the effectiveness of reflexology.

### Massage

We found low-quality evidence that massage provided a greater reduction in pain intensity (measured using self-reported pain scales) than usual care during the first stage of labour (standardised mean difference (SMD) -0.81, 95 % confidence interval (CI) -1.06 to -0.56, six trials, 362 women). Two trials reported on pain intensity during the second and third stages of labour, and there

was evidence of a reduction in pain scores in favour of massage (SMD -0.98, 95 % CI -2.23 to 0.26, 124 women; and SMD -1.03, 95 % CI -2.17 to 0.11, 122 women). There was very low-quality evidence showing no clear benefit of massage over usual care for the length of labour (in minutes) (mean difference (MD) 20.64, 95 % CI -58.24 to 99.52, six trials, 514 women), and pharmacological pain relief (average risk ratio (RR) 0.81, 95 % CI 0.37 to 1.74, four trials, 105 women). There was very low-quality evidence showing no clear benefit of massage for assisted vaginal birth (average RR 0.71, 95 % CI 0.44 to 1.13, four trials, 368 women) and caesarean section (RR 0.75, 95 % CI 0.51 to 1.09, six trials, 514 women). One trial reported less anxiety during the first stage of labour for women receiving massage (MD -16.27, 95 % CI -27.03 to -5.51, 60 women). One trial found an increased sense of control from massage (MD 14.05, 95 % CI 3.77 to 24.33, 124 women, low-quality evidence). Two trials examining satisfaction with the childbirth experience reported data on different scales; both found more satisfaction with massage, although the evidence was low quality in one study and very low in the other.

#### Warm packs

We found very low-quality evidence for reduced pain (Visual Analogue Scale/VAS) in the first stage of labour (SMD -0.59, 95 % CI -1.18 to -0.00, three trials, 191 women), and the second stage of labour (SMD -1.49, 95 % CI -2.85 to -0.13, two trials, 128

women). Very low-quality evidence showed reduced length of labour (minutes) in the warm-pack group (MD -66.15, 95 % CI -91.83 to -40.47; two trials; 128 women).

#### Thermal manual methods

One trial evaluated thermal manual methods versus usual care and found very low-quality evidence of reduced pain intensity during the first phase of labour for women receiving thermal methods (MD -1.44, 95 % CI -2.24 to -0.65, one trial, 96 women).

There was a reduction in the length of labour (minutes) (MD -78.24, 95 % CI -118.75 to -37.73, one trial, 96 women, very low-quality evidence). There was no clear difference for assisted vaginal birth (very low-quality evidence).

Results were similar for cold packs versus usual care, and intermittent hot and cold packs versus usual care, for pain intensity, length of labour and assisted vaginal birth.

#### Music

One trial that compared manual methods with music found very low-quality evidence of reduced pain intensity during labour in the massage group (RR 0.40, 95 % CI 0.18 to 0.89, 101 women). There was no evidence of benefit for reduced use of pharmacological pain relief (RR 0.41, 95 % CI 0.16 to 1.08, very low-quality evidence). Of the seven outcomes we assessed using GRADE, only pain intensity was reported in all comparisons. Satisfaction with the childbirth experience, sense of control, and

caesarean section were rarely reported in any of the comparisons.

#### AUTHORS' CONCLUSIONS

Massage, warm pack and thermal manual methods may have a role in reducing pain, reducing length of labour and improving women's sense of control and emotional experience of labour, although the quality of evidence varies from low to very low and few trials reported on the key GRADE outcomes. Few trials reported on safety as an outcome. There is a need for further research to address these outcomes and to examine the effectiveness and efficacy of these manual methods for pain management.

#### LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

**Avoid:** éviter - **Towards:** vers - **Currently available:** actuellement disponible - **Update:** mise à jour - **Assess:** évaluer - **Retrieved:** récupéré - **Randomised controlled trials:** essais contrôlés randomisés - **Accuracy:** précision - **Bias for random sequence generation and attrition bias:** biais de randomisation et biais d'attribution - **Pain scales:** échelles de douleur - **Length of labour:** durée du travail - **Warm packs:** compresses chaudes - **Improving:** amélioration - **Although:** bien que.

*Smith CA, Levett KM, Collins CT, Dahlen HG, Ee CC, Saganuma M.*

#### COCHRANE DATABASE SYST REV.

**2018 MAR 28; 3: CD009290. DOI:** [10.1002/14651858.CD009290.PUB3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD009290.PUB3).

## Effets à court terme et long terme de la césarienne sur la santé des femmes et des enfants

### *Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children*

A caesarean section (CS) can be a life-saving intervention when medically indicated, but this procedure can also lead to short-term and long-term health effects for women and children. Given the increasing use of CS, particularly without medical indication, an increased understanding of its health effects on women and children has become crucial, which we discuss in this Series paper.

The prevalence of maternal mortality and maternal morbidity is higher after CS than after vaginal birth. CS is associated with an increased risk of uterine rupture, abnormal placentation, ectopic pregnancy, stillbirth, and preterm birth, and these risks increase in a dose – response manner. There is emerging evidence that babies born by

CS have different hormonal, physical, bacterial, and medical exposures, and that these exposures can subtly alter neonatal physiology. Short-term risks of CS include altered immune development, an increased likelihood of allergy, atopy, and asthma, and reduced intestinal gut microbiome diversity. The persistence of these risks into later life is less well investigated, although an association between CS use and greater incidence of late childhood obesity and asthma are frequently reported. There are few studies that focus on the effects of CS on cognitive and educational outcomes. Understanding potential mechanisms that link CS with childhood outcomes, such as the role of the developing neonatal microbiome, has potential to inform novel

strategies and research for optimising CS use and promote optimal physiological processes and development.

#### LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

**Lead:** conduire/amener - **Increasing:** en augmentation - **Stillbirth:** mortalité - **Dose – response manner:** de manière dose-effet - **Intestinal gut microbiome:** microbiote intestinal - **Although:** bien que/même si - **Childhood:** enfance - **Outcomes:** résultats.

*J Sandall, RM Tribe, L Avery, G Mola, GHA Visser, CSE Homer, D Gibbons, NM Kelly, H Powell Kennedy, H Kidanto, P Taylor, M Temmerman*

**LANCET 2018; 392: 1349 – 57**

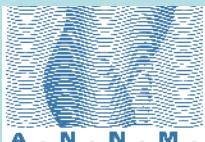
## ■ VENTE DE MATÉRIEL

Vends cardiotoco EDAN F3 gémellaire VCT + matériel, mobilier divers (idéal pour installation en libéral à moindres frais). **CONTACT:** [sfperro@orange.fr](mailto:sfperro@orange.fr)

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)

## 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 : 1192 119 4292

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

Formations bi-annuelles

### PROCHAINES FORMATIONS

▷ Clamart (92)

- Journée d'initiation étudiants Sages femmes (complet) : 4 juin 2019
- Stage prénatal : 21, 22, 23 oct. 2019
- Stage postnatal : 24 octobre 2019

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



## 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**

#### L'INSTALLATION EN LIBÉRAL

Intervenante : Laurence Platel (SF).  
Date et lieu : **Organiser un groupe : contactez-nous**

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

Intervenante : Laurence Platel (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**

#### INITIATION A LA PENSEE CRITIQUE

Intervenante : Amélie Battaglia (SF).  
Date et lieu : **dernier trim. 2019 à Tours**

#### LA SEXOLOGIE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE NOS PATIENTES ET DE LEURS CONJoints

Intervenante : Nicole Andrieu (SF)  
• Session I : **9 et 10 mai 2019 à Lille**  
• Session II : **17 mai 2019 à Paris**

#### EUTONIE : RÉÉDUCATION EN POSTNATAL

- Intervenante : Martine Gies (SF)
- Session I : Découverte  
Date et lieu : **Organiser un groupe : contactez-nous**
  - Session II : Les pathologies urinaires (Pré requis : session I)  
Date et lieu : **26-27 sept. 2019 à Lyon**
  - Session III : Retrouver la mobilité et le dynamisme (Pré requis : session II)  
Date et lieu : **fin 4<sup>e</sup> trim. 2019 à Lyon**
  - Session IV : Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre (Pré requis : session III)  
Date et lieu : **fin 4<sup>e</sup> trim. 2019 à Lyon**

#### ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ

- Intervenante : Odile Tagawa (SF)
- Session I : Prénatal
  - Session II : Postnatal  
Date et lieu : **Organiser un groupe : contactez-nous**

Toutes nos formations :  
**FIF-PL**

Contact Formation ANSFL : Martine Chayrouse  
[formation@ansfl.org](mailto:formation@ansfl.org) - Tél. : 07 82 19 11 59

## Pratiquer dès le lendemain du séminaire



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 présente

#### Niveau 1

- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**  
Formatrice: Anne-Françoise Sachet  
- du 13 au 16/05/19 et du 17 au 20/06/19  
- du 26 au 29/08/19 et du 23 au 26/09/19

- **St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse**

- Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine  
- du 7 au 10/10/19 et du 4 au 7/11/19

- **Vergèze (30) - La Clé des Chants**

- Formatrice: Corinne Roques  
- du 17 au 20/09/19 et du 22 au 25/10/19

#### Niveau 2

- **St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse**

- Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine  
Prochaines dates à venir

- **Vergèze (30) - La Clé des Chants**

- Formatrice: Corinne Roques  
Prochaines dates à venir

- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**

- Formatrice: Anne-Françoise Sachet  
- du 21 au 24/10/19 et du 16 au 21/11/19

## Travail Corporel en Rééducation Périnéale

#### Durée: 4 jours

- Pré requis: activité en rééducation périnéale

Formatrice: Corinne Roques

Programmation en région possible. Nous contacter.

- **Vergèze (30) - La Clé des Chants**

- du 12 au 15 décembre 2019

## Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

#### Durée: 3 jours

- Pré requis: activité en rééducation périnéale

- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**

- Formatrice: Anne-Françoise Sachet

- du 2 au 4 décembre 2019

## Anamnèse et Diagnostic clinique par l'Art du TV en rééducation périnéale

#### Durée: 3 jours

- Pré requis: activité en rééducation périnéale

Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine

- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**

- du 9 au 11 septembre 2019

Renseignements auprès de Jocelyne Dalem

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

FORMATION

## FORMATION

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)

# LA PRÉ-ÉCLAMPSIE ACTUALITÉS ET PERSPECTIVES

Sous la présidence du Pr Serge Uzan  
Organisation: Dr Christophe Trémouilhac

**MARDI 18 JUIN 2019**

**de 9 h à 16 h**

**BREST - OCÉANOPOLIS**

## PROGRAMME SCIENTIFIQUE

- 9 h - 9 h 20** Accueil des participants
- 9 h 20 - 9 h 30** Introduction: *Pr Philippe Merviel - Brest*
- Modérateurs:** Dr Christophe Trémouilhac (Brest), Dr Stéphanie Quiniou-Pittion (Lorient)
- 9 h 30 - 10 h** Physiopathologie de la pré-éclampsie  
*Pr Thierry Fournier - Paris*
- 10 h - 10 h 30** Historique de la pré-éclampsie, de l'Aspirine, des Dopplers *Pr Serge Uzan - Paris*
- 10 h 30 - 11 h** Place des marqueurs angiogéniques dans la pathologie vasculo-placentaire - *Pr Vassilis Tsatsaris - Paris*
- 11 h - 11 h 30** **Pause**
- 11 h 30 - 12 h** Dépistage de la pré-éclampsie au premier trimestre, expérience toulousaine- *Pr Christophe Vayssiére - Toulouse*
- 12 h - 12 h 30** Présentation de l'étude PRECOP et ses premiers résultats - *Dr Emmanuel Decroisette - Chambéry*
- 12 h 30 - 14 h** **Déjeuner et Visite d'Océanopolis**

### LIEU > Océanopolis

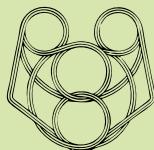
Port de plaisance du Moulin Blanc - 20200 Brest

**Modérateurs:** Dr Jacob Hannigsberg (Brest),  
Pr Pascale Marcorelles (Brest)

- 14 h - 14 h 30** Facteurs de risque et prédition des complications de la pré-éclampsie - *Pr Franck Perrotin - Tours*
- 14 h 30 - 15 h** Prise en charge clinique de la prééclampsie  
*Dr Christophe Trémouilhac - Brest*
- 15 h - 15 h 30** Expérience brestoise sur les villites et marqueurs angiogéniques - *Dr Claire De Moreuil - Brest*
- 15 h 30 - 16 h** **TABLE RONDE**  
*Pr Uzan, Dr Tremouilhac et orateurs de la journée*  
Que faut-il retenir...
- 16 h 00** Conclusion du congrès - *Pr Philippe Merviel*

## POUR TOUT RENSEIGNEMENT

- **Philippe MERVIEL:** Service de gynécologie Obstétrique CHRU Brest Hôpital Morvan - 5 avenue Foch - 29200 Brest  
Mail: philippe.merviel@chu-brest.fr - Tél.: 02 98 22 39 70
- **Joanna LARROUR (secrétariat):**  
Mail: joanna.larrour@chu-brest.fr - Tél.: 02 29 02 02 96



## 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'haptobébé® 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):

Haptosyntérapie, haptosynésie, haptopédagogie, haptopuéiculture®.

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)



## 30<sup>es</sup> Journées d'études de l'Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales

## Sage-femme de PMI: accompagner jusqu'au postnatal

6 & 7 juin 2019 - Annecy ▶ Haute-Savoie

### Jeudi 6 juin

#### MATIN

Repérer pour mieux prévenir

#### APRÈS-MIDI

Accompagner le retour à domicile

### Vendredi 7 juin

#### MATIN

Prendre soin en postnatal

#### APRÈS-MIDI

Santé des femmes enceintes et de leur famille

## POUR TOUT RENSEIGNEMENT

### CONTACT À L'ANSFT

Françoise JAUGIN, Trésorière  
69 rue Léon Blum  
33560 CARBON BLANC  
Tél.: 06 16 38 74 30  
formation.ansft@gmail.com

### CONTACT AU DÉPARTEMENT

Stéphanie GARIN, Chef de Service  
Administration Générale  
Pôle PMI - Promotion de la Santé  
Département de la Haute-Savoie  
Tél.: 04 50 33 22 47

## Et si on prenait soin du soignant ?

### ■ Care, travail invisible, gratuit, non reconnu, source de burn-out pour le soignant ? 3 jours

- Apaiser la charge mentale pesante pour les professionnel(l)e)s
- Trouver le bon positionnement empathique pour limiter l'enfouissement émotionnel et la souffrance
- Développer un engagement, source de reconnaissance

### ■ Yoga comme outil de soin 5 jours

- Adopter naturellement les positions qui soulagent le corps
- Prendre soin de soi au quotidien en agissant sur tous les systèmes corporels
- Vivre une harmonie totale entre le corps et l'esprit

### ■ Méditation de pleine conscience comme outil de soin 5 jours

- 32 pratiques expérientielles guidées
- Se libérer de conditionnements et automatismes permanents
- Savoir gérer son stress et ses émotions

### ■ Respirations et ancrage 3 jours

- Adapter sa respiration à la situation, obtenir un bon ancrage afin d'obtenir force, sécurité et tranquillité si importante pour le soignant
- Respirer la vie et puiser ses énergies dans la Nature

### NOUVELLES FORMATIONS

#### ■ Périnée, mouvement et danse 3 jours

#### ■ Naissance, mouvement et danse 2 jours

#### ■ Infections et grossesse 3 jours

#### ■ Faire face aux résistances à la contraception 2 jours

#### ■ Au cœur du féminin 4 jours

#### ■ Respect et écoute du corps du soignant par le mouvement et la danse 4 jours

### ■ Qi Gong comme outil de soin 4 jours

- Élargir vos connaissances du soin à sa dimension énergétique
- Affiner vos perceptions pour être acteur de soin pour vous-même et vos patient(e)s
- Pratiquer un art, aussi beau que puissant

### ■ Massage ayurvédique chez la femme enceinte 4 jours

- (Re)-découvrir le corps, le lien corps-esprit l'art de toucher et se laisser touché(e)
- Accompagner les personnes dans ce qu'elles vivent dans leur corps, leur émotionnel et mental pour y trouver apaisement, compréhension et peut-être sens ou lâcher-prise et confiance

### ■ Eutonie et émotions 4 jours

- L'eutonie nous fait tendre vers le tonus juste, tant corporel que psychique. Vous saurez mieux, avec cette pratique respectueuse, comment accueillir vos émotions et les laisser se diluer pour ressentir un bel équilibre



Pour une pratique libérale sereine, équilibrée et fructueuse

#### ■ Pratique libérale : organisation quotidienne et optimisation des cotations 3 jours

#### ■ Développer et organiser son activité professionnelle 2 jours

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

SAVE THE DATE

## Dialogues et Avancées des Sages-Femmes et Autres Professionnels de la Naissance

Jeudi 14 novembre 2019

UIC-P, 16 rue Jean Rey, 75015 Paris

L'INSCRIPTION AU CONGRÈS DONNE ACCÈS AUX 47<sup>ES</sup> JOURNÉES JEAN COHEN  
QUI SE DÉROULERONT AU MÊME ENDROIT LES 15 ET 16 NOVEMBRE

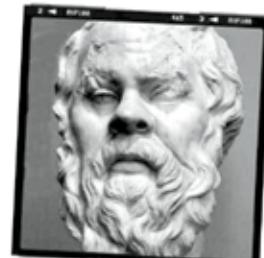
- PSYCHOLOGIE  
DE LA FEMME ENCEINTE
- PRATIQUES  
ET TECHNIQUES
- NOUVELLES APPROCHES  
DE L'ACCOUCHEMENT
- ÉCHOGRAPHIE
- ALLAITEMENT
- ANTISEPSIE  
ET DÉSINFECTION
- PÉRINÉE
- PRÉMaturITÉ
- MÉDECINE PÉRINATALE
- LES MÉDECINES  
COMPLÉMENTAIRES

Les Dialogues  
de l'Obstétrique sont  
un lieu de rencontres  
pluridisciplinaires  
des Professionnels de  
la Naissance, associant  
les Sages-Femmes  
Hospitalières,  
les Sages-Femmes  
Libérales, les Sages-  
Femmes PMI,  
les Gynécologues,  
les Obstétriciens.  
Les thèmes sont ceux  
que les Sages-Femmes  
souhaitent voir traiter  
et/ou qui sont d'actualité  
et font débat.

- LA PRATIQUE LIBÉRALE
- LA PRATIQUE PMI
- LE RÔLE  
DES COORDINATRICES
- LA FORMATION  
ET LA REFORMATION  
DES SAGES-FEMMES
- MAÏEUTIQUE
- PÉDIATRIE
- SANTÉ PUBLIQUE
- SCIENCES HUMAINES
- HISTOIRE
- ACTUALITÉS
- ...



Une réunion  
des Comités et Responsables  
de rubriques des  
Dossiers de l'Obstétrique



LE PROGRAMME SCIENTIFIQUE DU CONGRÈS EST COMPOSÉ PAR  
LES MEMBRES DES DIFFÉRENTS COLLÈGES ET RESPONSABLES DE RUBRIQUES  
DE LA REVUE LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE.

Des journées du centre de Formation des Editions ESKA de la revue DO.

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRÈS

Contacts : Serge KEBABTCHIEFF, Priscilla RIESCO, Alicia GORRILLIOT, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris  
Tél. : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35 - E-mail : [congres@eska.fr](mailto:congres@eska.fr) - Site : [www.eska.fr](http://www.eska.fr)

# sonicaid Team 3

La nouvelle génération de cardiotocographes ante et intrapartum



Prise en charge des triplés



Archivage des tracés  
Base de données patientes



Ecran tactile intuitif  
Double affichage numérique ou tracé



Paramètres maternels  
Surveillance RCM, PNI, SpO<sub>2</sub>

HUNLEIGH



## Analyse OXFORD

Système expert breveté et exclusif d'aide à la décision. Critères de Dawes & Redman. Base de données de 100 000 tracés CTG.



# TECHMED

Le spécialiste du monitoring fœtal

Retrouvez-nous sur [www.techmed.fr](http://www.techmed.fr) ou contactez-nous au 01 48 03 88 88

8 rue de l'Hôpital Saint-Louis 75010 Paris - Tél : 01 48 03 88 88 - [info@techmed.fr](mailto:info@techmed.fr)



# GRANDIR NATURE

votre partenaire de confiance  
pour accompagner les allaitements

NUMÉRO DÉDIÉ AUX PROFESSIONNELS



03 88 50 07 99

Ensemble, œuvrons pour que chaque allaitement devienne  
une expérience unique et une source de bien-être.

Grandir Nature propose une large  
sélection de tire-lait électriques\*,  
livrés gratuitement partout en France,  
pour répondre aux besoins des mamans.



## Valérie et Laura,

nos consultantes en lactation  
IBCLC, nos équipes de conseillères  
formées et passionnées sont  
à votre disposition :

 [consultante-lactation@grandir-nature.com](mailto:consultante-lactation@grandir-nature.com)

 **GRANDIR NATURE**  
aider les mamans

**NUMÉRO DÉDIÉ AUX MAMANS**  
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

**N° Vert** 0 800 622 833

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

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

\* Tous nos tire-lait électriques sont des dispositifs médicaux de classe IIa qui portent au titre de cette réglementation le marquage CE.  
LPPR : code 1129440 [7,50€] pour la location hebdomadaire; code 1140252 [12€] pour le set de pompage simple. Grandir Nature est un prestataire conventionné n° FINESS 672656030