



LES

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE



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

#493 JUILLET 2019

46^e année ISSN 0767-8293



**DOSSIER
LE PÉRINÉE**

MAÏEUTIQUE DOSSIER • L'intérêt de la formation après le diplôme • Sortie de maternité : l'importance d'un travail en réseau • Les soins en PRADO • Constipation et LOSA • Utilisation de la Miltathérapie dans la prise en charge des douleurs du post-partum • « Chéri, je t'aime mais je ne peux pas » - Quand faire l'amour est devenu impossible

GYNÉCOLOGIE/OBSTÉTRIQUE VOLET PÉDAGOGIQUE • Manœuvres de réduction de dystocie des épaules

SANTÉ PUBLIQUE Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités (Étude)

SCIENCES HUMAINES Le regard des Français sur l'homosexualité et la place des LGBT dans la société (Étude)



Née et préservée au cœur des Alpes,
l'eau evian® est pure et faiblement minéralisée.



evian® est adaptée à
l'alimentation des bébés.



02	ÉDITORIAL
	BENOÎT LE GOEDEC
04	MAÏEUTIQUE
	DOSSIER LE PÉRINÉE
04	L'intérêt de la formation après le diplôme LÆTITIA BERTOLUCCI
06	Sortie de maternité L'importance d'un travail en réseau SOPHIE DEBANNE
08	Les soins en PRADO CHANTAL FABRE-CLERGUE
09	Constipation et LOSA MAUD MEUNIER
12	Utilisation de la Miltathérapie dans la prise en charge des douleurs du post-partum GRAZIA SABATINO
13	« Chéri, je t'aime mais je ne peux pas » Quand faire l'amour est devenu impossible VICKY GENGEMBRE

16	GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
	VOLET PÉDAGOGIQUE
	Maneuvres de réduction de dystocie des épaules ALEXANDRA MUSSO
20	SANTÉ PUBLIQUE
	Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités ÉTUDES ET RÉSULTATS, DREES
26	SCIENCES HUMAINES
	Le regard des Français sur l'homosexualité et la place des LGBT dans la société ÉTUDE POUR LA DILCRAH
32	KIOSQUE
32	AGENDA EN BREF
33	FICHE TECHNIQUE
	IVG médicamenteuse en ville
35	ACTUALITÉS
36	COMMUNIQUÉS
38	RECHERCHE
40	FORMATION

**ÉDITIONS ESKA**

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

Photo de couverture:
Emmanuelle Combaud - Fotolia.com

Encart jeté:

- Ouvrage "Le Sein" Éditions Eska.

LES ANNONCEURS

C2	Evian	15	Congrès "Les Dialogues de l'Obstétrique" par les D.O.	41	47 ^{es} Journées Jean Cohen	44	20 ^{es} Journées sur l'Assistance Médicale à la Procréation de l'Hôpital Américain de Paris
C3	Techmed	19	Joie	42	Formations ANSFL		
C4	Grandir Nature	31	7 ^e Journée "Les événements de l'année en infectiologie"	42	CIRDH		
03	XXII ^{es} Journées de Sénologie Interactive	40	Institut Naissance & Formation	42	Association Nationale Natation & Maternité		
05	Rencontres A 2 Mains			43	Médicformation		

**POUR VOUS ABONNER,
RETOURNEZ-NOUS LE
BULLETIN EN PAGE 2.**

OURS**COMITÉ DE RÉDACTION**

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

MEMBRES

Farid Boubred, PH Pédiatrie, Marseille
Véronique Brevaut-Malaty, PH Pédiatrie, Marseille
Isabelle Derrendinger, S-F, Directrice SF, Nantes
Clotilde Des Roberts, PH Pédiatrie, Marseille
Bruno Deval, Gynécologue-Obstétricien, Paris
Claude Doyen, S-F, Directrice ESF Strasbourg
Alexandre Fabre, PH Pédiatrie, Marseille
Pierre Frémondière, Enseignant Chercheur, ESF Marseille
Jocelyne Guermeur, S-F, Directrice ESF Rennes
Thierry Harvey, Chef de service, Gynécologue-Obstétricien, Paris
Pascale Hassler, S-F, Enseignante, ESF Marseille
Sandrine Hautbois-Vigne, S-F, Enseignante, ESF La Réunion
Sabrina Hubert-Payet, S-F, Directrice ESF La Réunion
Elisabeth 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 Muoso, S-F, Enseignante, Nice
Christophe Pasca, Directeur IFRROSS, 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
mstudio@netc.fr

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

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION
Serge KEBABTCHIEFF
serge.kebabtchieff@eska.fr

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

FABRICATION
Marise URBANO - agpaedit@eska.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS
adv@eska.fr

PUBLICITÉ - CONGRÈS COMMUNICATION

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

MARKETING - CONGRÈS PUBLICITÉ

Alicia GORILLIOT
T. 01 42 86 55 69 - agpaedit@eska.fr
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66
serge.kebabtchieff@eska.fr

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Lætitia BERTOLUCCI, Sage-femme
Sophie DEBANNE, Sage-Femme libérale, Nîmes
Chantal FABRE-CLERGUE, Sage-Femme sexologue
Vicky GENGEMBRE, Sage-Femme libérale, Uzès

Maud MEUNIER, Sage-Femme
Alexandra MUSSO, Sage-femme enseignante, Nice
Grazia SABATINO, Sage-Femme

FONDATEUR DE LA REVUE
Jean OSSART

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

Vente au numéro 8,50 euros

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

Revue adhérente au S.N.P.M., membre de la F.N.P.S.
Commission paritaire n° 0222 T 81395.
Signataire de la Convention U.D.A. S.N.P.M.
Dépot légal : Juillet 2019

Il est indispensable qu'on ne s'habitue pas, que personne ne banalise ces actes

« Je ne vous propose pas une minute de silence, mais une minute de colère » clamait l'organisatrice du rassemblement devant le Panthéon, fin juin.

66 femmes se sont alignées et couchées sur l'esplanade. 66 femmes représentant le nombre de femmes tuées par leur conjoint ou ex-conjoint depuis le début de l'année 2019.

Cette action, parmi beaucoup d'autres initiées par différents mouvements, avait pour objectif de dénoncer l'inaction du gouvernement alors que la lutte contre les violences faites aux femmes a été désignée comme Grande cause nationale l'année dernière, et que l'égalité entre les hommes et les femmes celle du quinquennat de M. Emmanuel Macron. L'hymne des femmes est chanté ; le nom des victimes égrené.

Et cela donne une force considérable aux propos, rendant une identité aux victimes au-delà d'un chiffre déjà insoutenable.

Il est indispensable qu'on ne s'habitue pas, que personne ne banalise ces actes.

Outre ces actions coup de poing pour rendre visible leur engagement et interpeller les citoyens et le gouvernement par l'espace public, le collectif contre les féminicides soutient une série de revendications à l'intention du gouvernement :

- L'application stricte des lois existantes ;
- Le versement d'un milliard d'euros par an pour lutter contre les violences conjugales afin notamment de créer 2 000 places d'hébergement dans les centres dédiés, de recruter et former 1 000 référents violences dans les commissariats et 1 000 personnels de justice pour traiter ces plaintes ;
- Créer des mesures de protection comme le téléphone grand danger, le bracelet électronique ou encore l'ordonnance de protection ;
- Protéger l'emploi des victimes ;
- Effectuer des campagnes de sensibilisation.

Enfin, des associations réunies en collectif préparent une demande d'inscription dans le droit du féminicide. Ce qui serait un grand pas pour la protection des femmes et la prise en charge de ces crimes, ainsi définis, par la justice. •

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

Nom Prénom

Adresse

Code postal | | | | | Ville

Pays Téléphone

E-mail

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

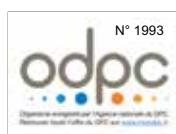
s'abonne aux **Dossiers de l'Obstétrique**
Éditions ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35 - Email: adv@eska.fr

XXII^{es} JOURNÉES DE Sénologie Interactive 2019

JOURNÉES DU SÉNOPÔLE DE L'HÔPITAL SAINT-Louis - TERRITOIRE NORD

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

UNION-FMC



N° 1993

PRÉSIDENT D'HONNEUR : Daniel SERIN

PRÉSIDENT ORGANISATEUR DU CONGRÈS : Marc ESPIÉ

Sous le haut patronage de Madame Agnès BUZYN

Ministre des Solidarités et de la Santé



JEUDI 26 SEPTEMBRE 2019

Actualités interactives en Sénologie

08h30 - 09h00 ACCUEIL INSCRIPTIONS — CAFÉ

09h00 - 09h10 Introduction - Suivez le sein

M. ESPIÉ

09h10 - 09h30 Allocution du président d'honneur des journées

D. SERIN

09h30 - 10h30 Cas cliniques interactifs

G. DOUCHET, O. NGUYEN, M. ESPIÉ

FMC1

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

FMC1

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. GUILLEM

FMC1

15h00 - 15h30 Mastectomie prophylactique : pourquoi, pour qui, comment ?

M. CHAOUAT

15h30 - 16h00 Fonctions cognitives et cancer du sein

F. JOLY

16h00 - 16h45 Symposium : MSD

Les nouvelles thérapeutiques dans le cancer du sein

- Les actualités dans l'immunothérapie

- L'association dans l'immunothérapie avec les Parp inhibiteurs

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*

FMC1

ATELIER 2 Sein et psychisme

N. ESPIÉ, M. FAFOUTI, K. MEBRAK*, F. LEDOUX*

FMC1

ATELIER 3 L'immunothérapie pour les (presque) nuls

P. CHARVERIAT*, S. GIACCHETTI*, H. HOCINI*, L. TEIXEIRA

FMC1

ATELIER 4 Gérer les effets indésirables de l'hormonothérapie (tamoxifène,

inhibiteurs de l'aromatase, analogues LH-RH...)

G. DOUCHET, I. KLOOS, O. NGUYEN

FMC1

SECRÉTARIAT SCIENTIFIQUE : DR MARC ESPIÉ (CENTRE DES MALADIES DU SEIN) - HÔPITAL SAINT-Louis - 1, AVENUE CLAUDE VELLEFAUX 75010 PARIS - TÉL. : 01 42 49 92 93

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

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA CONGRÈS - Serge KEBABTCHIEFF

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

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

VENDREDI 27 SEPTEMBRE 2019

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*

FMC2

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 : suivi radiologique après traitement conservateur, séquelles post-thérapeutiques ou récidive ?

C. DE BAZELAIRE*

12h15 - 12h45 Les tumeurs phyllodes modalités diagnostiques et prise en charge

O. NGUYEN, C. MIQUEL, H. LORPHELIN

FMC2

12h45 - 13h30 Symposium : MYRIAD

Expériences tirées de l'utilisation d'endopredict à l'Hôpital Saint-Louis

13h30 - 14h00 DÉJEUNER

14h00 - 14h45 Symposium PREDILIFE

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

FMC2

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 - 18h30 Ne faudrait-il pas rechercher les mutations génétiques chez toutes les patientes ?

O. COHEN-HAGUENAUER

18h30 - 18h45 Discussion des posters et prix de posters

Conclusion et remise du prix du jeu « SUIVEZ LE SEIN »

M. ESPIÉ

FMC2

18h45 : FIN DU CONGRÈS

* Orateur présent

L'intérêt de la formation après le diplôme

PAR LAETITIA BERTOLUCCI, SAGE-FEMME¹

« Quand on désire savoir, on interroge. Quand on veut être capable, on étudie. Revoyez sans arrêt ce que vous savez déjà. Étudiez sans cesse du nouveau. Alors vous deviendrez un Maître. »

Confucius

Cette citation résume à elle seule l'intérêt de se former mais l'article serait trop court. La formation est un élément indispensable pour une bonne pratique. Les études de sage-femme permettent de survoler la pratique de la rééducation périnéale, cependant les quelques heures consacrées ne permettent pas la maîtrise totale de cette discipline.

La formation post-diplôme est indispensable. Elle se nomme Développement Professionnel Continu (DPC). Nous devons le bon soin au bon patient, au bon moment en accord avec les dernières données de la science.

UNE OBLIGATION ?

L'obligation juridique est inscrite dans l'article L.4021-1 du code de la santé publique. Vous devez pouvoir justifier auprès des instances ordinaires d'une action de formation au moins tous les trois ans (obligation triennale).

COMMENT CHOISIR ?

Avant de vous inscrire dans un programme de formation, vous devez vous poser plusieurs questions :

- Sur quel sujet doit porter cette formation ? (*La rééducation en général ou une méthode en particulier*).
- Combien de temps puis-je consacrer à mon projet ? (*Quelques jours en une fois, quelques jours par mois sur une année*)
- Quel niveau de diplôme je veux obtenir ? (*Un diplôme reconnu par l'Etat et écrit au Répertoire national des certifications professionnelles ou une formation pratique qui permet une mise en application immédiate*).
- Quel budget suis-je prêt à investir ?

Quand vous aurez répondu à toutes ces questions, la recherche de la formation vous paraîtra beaucoup plus simple.

L'obligation juridique est inscrite dans l'article L.4021-1 du code de la santé publique. Vous devez pouvoir justifier auprès des instances ordinaires d'une action de formation au moins tous les trois ans.

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Parfois le coût de la formation peut être un frein. Des dispositifs existent et leur utilisation varie selon votre statut salarial et le type de formation envisagé. En fonction du type de formation, vous pouvez prétendre à un financement partiel ou total de la formation.

Les plus connus sont le DPC et le FIF-PL. Les formations éligibles sont inscrites sur leur site internet. En général, c'est l'organisme formateur qui vous inscrit. L'avantage de ces deux financeurs, pour les professionnels libéraux, vous avez une indemnisation de perte de ressources.

Le petit nouveau pour les professionnels de santé libéraux (1^{er} janvier 2018) et qui existe depuis quelques années pour les salariés : le CPF (Compte Personnel de Formation).

Après avoir ouvert un compte sur moncompteactivite.gouv.fr, il sera alimenté chaque fin d'année par une somme de 500 euros. Cette somme est utilisable pour financer un diplôme inscrit au RNCP.

LES OFFRES DE FORMATION

Elles sont multiples et dépendent de vos objectifs :

- Celles des Facultés qui dispensent des diplômes universitaires ou interuniversitaires qui se déroulent normalement sur une année universitaire.
- Celles des organismes de formation (ils sont nombreux) qui se déroulent sur quelques jours.
- Les MOOC (Massive Open Online Course), formation gratuite si vous voulez juste une attestation ou payante (moins de 100 euros, variable selon l'organisateur) si vous voulez un certificat.
- Les congrès, les URPS (Union régionale des professionnels de santé) pour les professionnels libéraux, les conseils de l'Ordre sont également des sources de formation. Très souvent vous aurez noté sur le programme « Formation DPC »
- Les associations de sages-femmes.

1. D.U. Hygiène hospitalière et écologie microbienne/D.U. Qualité et gestion des risques.

LES AVANTAGES À SE FORMER

Se former permet également :

- D'être plus en confiance dans sa pratique quotidienne ;
 - De gagner en efficacité ;
 - De s'épanouir professionnellement ;
 - De rencontrer d'autres professionnels de santé et pourquoi pas de se créer un réseau ;
 - De renforcer la confiance des patients dans vos soins.
- Il n'y a que des bénéfices à se former, il faut juste sauter le pas et se poser les bonnes questions. •

RÉFÉRENCES

- <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>
- <https://www.mondpc.fr/>
- <https://www.fifpl.fr/>
- <https://www.moncompteactivite.gouv.fr/cpa-public/>

*« On ne sait rien sans l'avoir appris,
ne rougis pas d'être apprenti avant d'être maître. »*
Citation de Henri-Frédéric Amiel;
Journal intime, le 15 novembre 1848.

6 et 7 Septembre 2019

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

9^{es} RENCONTRES A DEUX MAINS



sous la présidence du
Dr Christine LOUIS-VAHDAT
PARIS

www.lesbaleinesbleues.com

Plusieurs sessions validantes
dans le cadre des obligations DPC

INSCRIPTIONS
contact@ra2m.fr



Comité scientifique
Chantal FABRE CLERGUE

SORTIE DE MATERNITÉ

L'importance d'un travail en réseau

PAR SOPHIE DEBANNE, SAGE FEMME LIBÉRALE, NÎMES

Grossesse, accouchement et période post-partum provoquent des bouleversements intenses, affectant le corps féminin sur un plan physiologique, psychique, affectif et sexuel.

Le temps d'hospitalisation étant raccourci à 3 jours, le rôle des sages-femmes trouve là une place primordiale. La prise en charge doit être la plus précoce possible et la mise en place d'un réseau s'adressant spécifiquement au périnée devrait naître.

Très fréquentes, les douleurs pelviennes, quelles que soient leurs origines, peuvent être un réel handicap dans la vie quotidienne. Malheureusement, trop de femmes n'osent pas en parler... ou ne sont pas écoutées : « c'est normal », « il faut attendre », « vous venez d'accoucher » sont de fréquentes réponses apportées.

La zone génitale est la zone qui a le plus de mémoire corporelle ou sensitive, il est donc important d'agir avant que la douleur ne s'imprime et que le problème ne s'aggrave davantage.

UN BREF RAPPEL SUR LA DOULEUR

L'Association Internationale d'Étude de la Douleur (*International Association for the Study of Pain – IASP*) définit la douleur comme « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes ». La douleur est subjective : elle peut être ressentie de façon extrêmement différente selon les individus, mais aussi chez une même personne, selon son environnement. Ces variations s'expliquent par le lien étroit entre la douleur et le contexte psychosocial.

La recherche sur la douleur est très active. En France, le Réseau Inserm de recherches sur la douleur regroupe une trentaine d'équipes autour de thématiques de recherche tant fondamentales que cliniques. L'évaluation et la prise en charge de la douleur constituent un véritable enjeu de santé publique en tant que critère de qualité. La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. La lutte contre la douleur est également une priorité de santé publique inscrite dans la loi de santé publique de 2004.¹

1. Article L1110-5 du code de la santé publique. Article R6164-3 - alinéa 4 - du code de la santé publique. Article R6144-2 - alinéa 4 - du code de la santé publique. Instruction N°DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011.

L'enquête de périnatalité de 2010 incluant 15187 patients montre que les trois quarts des femmes ont accouché sous analgésie, soit péridurale soit rachianesthésie². Mais la prise en charge du syndrome algique périnéal demeure un vrai problème dans les suites de l'accouchement par voie basse.

La douleur périnéale a un impact négatif sur la capacité des mères à allaiter et à répondre aux besoins du nouveau-né. Elle peut avoir une incidence sur la mise en place du lien mère-enfant et sur la santé mentale³. Cette douleur peut conduire à une diminution de la mobilité, à une gêne lors de la miction. Des douleurs lors des relations sexuelles peuvent persister au-delà de 18 mois après l'accouchement.

Pour traiter la douleur périnéale, il existe différents traitements médicamenteux ou non médicamenteux mais à ce jour peu ou pas de protocoles standardisés. Le suivi journalier en maternité dans les services de suites de couches doit permettre de dépister le plus précocement possible l'apparition de douleurs. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, une évaluation de la douleur jour après jour.

Cette douleur peut être en rapport avec une lésion périnéale, visible ou non, un œdème, un hématome, un thrombus génital (hématome puerpéra), une infection locale ou due à une complication de la suture (point trop serré, point transfixiant, désunion)^{4, 5}.

L'aide instrumentale peut être également source de douleurs périnéales. De plus, peuvent se surajouter des douleurs nerveuses, ostéoarticulaires et anales⁶. Il est important égale-

La douleur périnéale a un impact négatif sur la capacité des mères à allaiter et à répondre aux besoins du nouveau-né. Elle peut avoir une incidence sur la mise en place du lien mère-enfant et sur la santé mentale.

2. Enquête nationale périnatale 2010. Disponible sur : http://drees.sante-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maternites2010.pdf
3. Rajan L. *The impact of obstetric procedures and analgesia/anaesthesia during labour and delivery on breast feeding*. Midwifery. 1994; 10 (2): 87-103.
4. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. *Épissiotomie et déchirures obstétricales récentes*. Elsevier Masson - Tech Chir Gynécologie. avr 2013; 8 (1).
5. Parant O, Reme J, Monrozies X. *Déchirures obstétricales récentes du périnée et épissiotomie*. Dans: *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Elsevier Masson ; 1999.
6. Atienza P. *Consequences sphinctériennes anales de l'accouchement - mises à jour en gynécologie obstétrique*. Collège National Gynécologues Obstétriciens Fr. 1999; (23): 97-114.

ment de noter parfois une méconnaissance du périnée chez les femmes et une difficulté à exprimer et savoir localiser exactement la douleur.

L'accouchement peut être responsable de douleur invisible, quelques mois voire quelques années après. Les douleurs périnéales sont un motif fréquent de consultation dans les centres antidouleur (4 à 5 % des consultations) après élimination de causes organiques. Parmi ces douleurs, sont de mieux en mieux identifiées les névralgies pudendales, ilio-inguinales, génito-fémorales, les douleurs à composantes ostéoarticulaires, le syndrome myo-faciale, les douleurs d'origine musculaire et veineuse.

PRISE EN CHARGE EN MATERNITÉ

Il apparaît qu'il existe une sous-estimation de la douleur périnéale par les soignants⁷. Alors que la prise en charge de la douleur du post-partum doit être une priorité, il apparaît qu'à l'heure actuelle elle est encore banalisée. La sage-femme reste la personne privilégiée pour prévenir, dépister et traiter ces douleurs. Le post-partum est une période particulière d'un point de vue psycho-émotionnel. La mère est fragile et une douleur qui perdure peut être à l'origine d'une dépression.

Beaucoup de maternités possèdent des protocoles concernant la prise en charge douloureuse des périnées complets/compliqués mais les choses sont différentes pour l'épissiotomie ou la déchirure périnéale simple. Ainsi, au sein des structures n'ayant pas de protocole, il existe une hétérogénéité de pratiques. Ces différences sont variables d'une sage-femme à l'autre (expérience, lieux de travail) et d'un établissement de soins à l'autre. Dans les lieux où il existe un protocole écrit, celui-ci est très fréquemment non suivi et le choix de la thérapeutique dépendra du soignant prenant en charge la patiente. La prise en charge de la douleur périnéale en suites de couches devrait faire l'objet de protocoles particuliers ainsi qu'un suivi particulier dès la sortie de la maternité.

PRISE EN CHARGE À LA SORTIE DE MATERNITÉ

À l'heure où les sorties précoces sont en expérimentation, il est important de souligner l'importance d'un suivi rapide et régulier dès le retour à la maison. La place de la sage-femme dans ces premiers jours est prépondérante.

Actuellement, le service PRADO n'est pas généralisé à toutes les femmes ce qui suppose que certaines jeunes mamans sortent des maternités sans accompagnement. Peut-être serait-il, là aussi, nécessaire d'instaurer un suivi quasi généralisé...

Une meilleure compréhension des phénomènes douloureux du post-partum et l'apparition de nouvelles thérapeutiques ne peuvent qu'améliorer cette prise en charge. Les douleurs et lésions pelvi-périnéales sont susceptibles d'avoir un impact sur la vie future des patientes. L'évolution vers une douleur chronique, les troubles trophiques, l'apparition d'une béance vaginale, une cicatrisation de « mauvaise

qualité »... constituent un ensemble d'éléments pouvant conduire à une modification de perception corporelle et à des troubles sexologiques.

Lors du retour à domicile, il nous arrive de faire face à plusieurs tableaux de prise en charge du périnée. Dans la majorité des cas, aucune ou peu de plaintes de la part des patientes. Mais dans d'autres cas, nous devons faire face à des plaintes importantes même sur des périnées paraissant « intacts » ou « bien cicatrisé ».....

ET SI UN RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE ÉTAIT CRÉÉ...

Il apparaît nécessaire et important de continuer une formation adéquate lors des études maïeutiques mais peut-être serait-il nécessaire d'aller plus loin dans cette formation et de s'orienter vers des diplômes universitaires plus spécifiques ou des formations continues spécialisées.

C'est en répertoriant ces formations qu'il serait possible d'élaborer un annuaire spécifique pour la prise en charge du périnée dès la sortie de la maternité comme il existe des répertoires sur les différentes préparations à la naissance, sur les formations acupuncture...

Afin qu'un tel réseau soit reconnu par les hautes instances ordinaires, dans un premier temps nous pourrions nous appuyer sur des associations déjà existantes comme P.E.R.Y.O. N.I.S (Périnée, Education, Rééducation, Yoni, Obstétrique, Naissance, Incontinences, Sexualité) qui regroupe plusieurs professionnels.

Par l'intermédiaire de cette association, un annuaire – régulièrement mis à jour – des thérapeutes spécialisés est élaboré afin de permettre une orientation ciblée des patientes dès la sortie de la maternité ou plus tard. Parmi ces thérapeutes, on peut retrouver des sages-femmes, des gynécologues-obstétriciens, des kinésithérapeutes, des ostéopathes, des médecins dermatologues et des médecins à orientation esthétique.

Il est également précisé les équipements médicaux spécifiques comme les appareils à radiofréquence, les champs électromagnétiques...

La prise en charge en postnatal est spécifique et se doit d'être des plus attentives. Non seulement parce que ce moment du post-partum est délicat pour chaque accouchée mais aussi parce que la douleur exprimée est bien réelle et ne doit pas être classée dans la catégorie « *c'est normal, Madame* » ou encore « *cela va passer* ». Chaque intervenant autour de cette période doit être formé afin de prendre en considération les dires de ces femmes. Plus vite la plainte est considérée comme réelle, plus rapidement des solutions vont émerger afin d'éviter l'installation du cycle de la douleur pouvant entraîner, à long terme, des difficultés à la reprise d'une sexualité harmonieuse.

L'écoute, l'intérêt porté à ces femmes constituent pour elles une reconnaissance, une prise de considération pouvant avoir un effet positif sur le ressenti de la douleur.

La mise en place d'un réseau multidisciplinaire trouve là tout son intérêt afin que chaque acteur puisse intervenir précocement auprès de ces femmes. •

7. Morin C, Leymarie M. *La douleur périnéale en post-partum: revue de la littérature*. Rev Sage-Femme. déc 2013; 12 (6): 263-8.

Les soins en PRADO

PAR CHANTAL FABRE-CLERGUE, SAGE FEMME SEXOLOGUE

Lors de la première visite à domicile, la sage-femme se sent bien souvent démunie pour la prise en charge de la douleur et de la cicatrisation. Quant à la jeune accouchée, durant le séjour à la maternité elle a bien souvent trouvé peu de solutions à ses plaintes qui sont le plus souvent minimisées. Elle s'entend dire que la douleur est normale et que celle-ci va passer avec le temps, le paracétamol est peu efficace et les AINS ne peuvent être utilisés de façon prolongée surtout lorsque la femme allaita.

Or, la douleur et les conséquences d'une mauvaise cicatrisation peuvent entraîner des troubles importants sur le psychisme de la femme et impacter le bon déroulement de l'allaitement, la relation qui naît avec ce bébé et bien évidemment la reprise de la sexualité et la réappropriation de sa féminité.

La douleur et les conséquences d'une mauvaise cicatrisation peuvent entraîner des troubles importants sur le psychisme de la femme et impacter le bon déroulement de l'allaitement, la relation qui naît avec ce bébé et bien évidemment la reprise de la sexualité et la réappropriation de sa féminité.

LA DOULEUR N'EST PAS UNE FATALITÉ !

Tel est le slogan du SOS Périnée créé par Chantal Fabre-Clergue et porté par l'association Péryonis qui favorise le travail en réseau et l'entraide entre professionnels de tous horizons.

MAIS COMMENT FAIRE ?

Voici quelques pistes qui sont la résultante de formations, de congrès et qui ont enrichi ma pratique au quotidien.

Il est important d'écouter, rassurer et encourager nos patientes.

1 L'INTERROGATOIRE EST PRIMORDIAL

Il permet de faire raconter l'accouchement et la façon dont il a été vécu. On pourra mesurer l'état de stress, faire une évaluation de la douleur (EVA ou St-Antoine), s'enquérir de la reprise du transit et l'aider le cas échéant, ou au contraire repérer les éventuelles IA, faire le point sur les habitudes de vie (alimentation, tabac etc.).

2 FAIRE UN EXAMEN méticuleux et doux du périnée sans oublier l'anus (hémorroïdes, fissures).

3 FAIRE VOIR ET TOUCHER SON PÉRINÉE À LA PATIENTE et lui expliquer ce qu'elle voit et sent. On pourra lui proposer

très tôt de mobiliser, par des contractions douces du périnée et de l'anus, alternativement, cette zone afin d'améliorer la vascularisation locale et, de ce fait, favoriser le processus de cicatrisation, la préparer à pratiquer un travail tissulaire dans un second temps.

On pourra également travailler avec le souffle en ayant pris soin de débloquer le diaphragme au préalable ou utiliser la cohérence cardiaque.

4 NUTRITHÉRAPIE. La cicatrisation est un processus complexe mettant en action de nombreux facteurs biochimiques. Oligoéléments, vitamines B6, B9, B12, E et Mg participent à ces processus. Le zinc, le sélénium, le cuivre (à ne pas associer per os au fer), le silicium stimuleront la prolifération cellulaire et ont une action sur le tissu conjonctif.

D'où la nécessité de s'informer et se former afin de bien les utiliser.

L'alimentation et l'hydratation joueront un rôle important de ce fait également.

5 L'HOMÉOPATHIE: *arnica, apis.*

4 SOINS LOCAUX

- **Lavage.** Attention aux savons industriels trop décapants qui détruisent le film lipidique de la peau et modifient le PH.

- **L'eau de Quinton,** en application locale, est très reminéralisante.

- **L'argile verte en cataplasme.** Elle est, entre autres, antiseptique, cicatrisante, reminéralisante, absorbante et est un bon antalgique.

Quelques précautions pour son utilisation sont nécessaires : ne jamais utiliser d'objet en fer pour la préparation, préférer la porcelaine, le verre. On utilisera 1 dose d'argile pour 3 doses d'eau de source de préférence. Amalgamez avec une cuillère en bois et appliquer la pâte ainsi formée sur une serviette périodique, recouvrir avec une compresse.

Il est impératif de retirer le cataplasme avant séchage de la préparation. On le jettera et l'opération peut être renouvelée autant que nécessaire.

Nul besoin de rincer, en revanche on pourra appliquer une huile végétale hydratante comme l'onagre, l'hamamélis.

Attention cependant ! L'argile verte peut accélérer le délitement des sutures.

- **L'argent colloïdal.** Il entre dans la composition de nombreux pansements, utilisé pour son action anti-infectieuse, anti-inflammatoire, cicatrisante et antalgique.

On peut demander une préparation en officine et l'utiliser en application locale ; son action est rapide.

Il est très efficace également sur les fissures anales.

- **Le miel** a des propriétés antibactériennes, anti-inflammatoires et cicatrisantes.

Le CHU de Limoges l'utilise depuis plus de 25 ans et il est désormais disponible stérile, conditionné afin de répondre aux exigences de la législation sur les dispositifs médicaux et peut être associé dans la préparation à de l'acide hyaluronique.

L'utilisation se fera avec un pansement occlusif 2 fois par jour.

Une étude du CHU montre une cicatrisation satisfaisante dans 98 % des cas.

- **Les topiques à base de vitamine E et de zinc** seront également intéressants autant sur les cicatrices d'épisiotomie que sur les éraillures ainsi que sur les fissures anales.

On n'hésitera pas à demander conseil auprès de son pharmacien, à se former et s'informer.

- **L'huile d'onagre** avec laquelle le périnée aura été préparé apportera beaucoup de confort intime à nos patientes de par son action hydratante et pourra être utilisée dans un second temps pour le travail tissulaire.

- **Les nouvelles technologies au service des femmes :** la radiofréquence, les CEMP, la miltathérapie permettent d'aider beaucoup de femmes et mettent en jeu le travail en réseau.

- **Et que dire de la relation microbiote et cicatrisation ?**

Les pistes sont nombreuses et la liste non exhaustive. À nous, sages-femmes, qui sommes en première ligne auprès des jeunes mères, de nous emparer des possibilités de formations, du travail en réseau et des échanges qu'il permet afin que : « *la douleur ne soit plus une fatalité* ». SOS Périnée ! •

Constipation et LOSA

PAR MAUD MEUNIER, SAGE-FEMME¹

INTRODUCTION

Jour après jour, la femme ressent les fluctuations hormonales de son cycle de vie. En effet, de la naissance à la mort, les étapes sont nombreuses, ayant toutes des répercussions physiopathologiques plus ou moins intenses sur la gent féminine.

Une étape particulièrement remarquable est celle de la gestation qui se poursuit, après le cataclysme émotionnel et physique du don de la vie, par la période du post-partum.

Nous allons nous intéresser tout d'abord aux Lésions Obstétricales des Sphincters de l'Anus (LOSA), puis à la constipation du post-partum, pour ensuite voir combien l'association des deux peut être délétère, et enfin comment la prévenir.

LES LÉSIONS OBSTÉTRICALES DU SPHINCTER ANAL (LOSA)

Les LOSA concernent les déchirures du 3^e et 4^e degrés selon la classification anglo-saxonne, ou les périnées complets non compliqués et compliqués selon la classification française (*figures 1 et 2, page suivante*).

La prévalence des LOSA se situe, selon les études, entre 0,25 et 6 %^(1, 2, 3). Mais ces chiffres sont à discuter. En effet, une étude irlandaise de 1998 a montré que la recherche systématique par échographie anale des LOSA révélait une déchirure occulte du sphincter anal chez 35 % des primipares⁽⁴⁾.

Le CNGOF, en 1999, indique 35 % de lésions du sphincter anal chez la primipare, et 40 % chez la multipare⁽⁵⁾.

De plus, l'identification de LOSA est examinateur dépendant. Il a été révélé par une étude londonienne en 2009 que 41 % des internes et 16 % des sages-femmes décrivent un périnée simple alors qu'il existe une atteinte sphinctérienne⁽⁶⁾. De la même façon, une étude londonienne de 2002 a montré que l'examen par un opérateur expérimenté augmentait de 15 % la mise en évidence du taux de déchirures graves⁽⁷⁾. Ceci explique sûrement que le CNGOF recommande, en cas de doute sur le diagnostic d'une LOSA, de demander un second avis (grade C)⁽⁸⁾.

Enfin, le côté asymptomatique des lésions des sphincters de l'anus dans les trois-quarts des cas n'est pas négligeable⁽⁹⁾, car l'absence de plainte entraîne l'absence d'exploration et donc l'absence de diagnostic.

1. DESU Suivi gynécologique de prévention et consultation de contraception.
DESU Prise en charge des pathologies pelvi-périnéales de la femme.
Maison de Santé, Place des vents provençaux, 13 140 MIRAMAS

Au vu de ces éléments, il semble évident que la prévalence des LOSA est bien supérieure à celle initialement citée.

Nous retiendrons les facteurs de risques principaux des LOSA suivants : une courte distance ano-vulvaire, une phase d'expulsion prolongée, une macrosomie foetale > 4 kg, une présentation occipito-postérieure, de la face ou du siège, un accouchement très rapide « en boulet de canon », ou encore une extraction instrumentale^(1, 3, 4, 10).

À noter la morbidité importante liée aux LOSA, celles-ci engendrant un panel de conséquences non négligeables : douleurs périnéales, dyspareunie, incontinence anale, fistules recto ou ano-vaginales, sans oublier les non moindres troubles psychologiques inhérents à la honte sociale de ces symptômes⁽¹⁾.

Car, malgré toutes les libertés, les ouvertures et les tolérances que notre société tente d'acquérir, les troubles de la sphère périnéale et qui plus est de la sphère anale font partie de ces sujets pour lesquels le tabou reste de mise, en dehors de certains cabinets médicaux.

LA CONSTIPATION DANS LE POST-PARTUM

Nous retiendrons comme définition de la constipation, des selles rares (< 3/semaine) associées à une dyschésie avec nécessité d'efforts de poussée, et une sensation d'exonération incomplète.

Le statut hormonal de la gestante explique en grande partie l'incidence augmentée de la constipation pendant la grossesse. En effet, la motricité intestinale est diminuée sous l'effet de l'imprégnation hormonale œstroprogestative, de l'augmentation des taux sériques de relaxine et de la diminution de sécrétion de motilin⁽¹¹⁾. L'ensemble des phénomènes de cercles vicieux de la constipation expliquent que celle-ci ne régresse pas immédiatement dans le post-partum.

La Cochrane également nous indique que le risque de constipation dans le post-partum est majoré par la présence d'hémorroïdes, la douleur au site d'épisiotomie, les effets hormonaux de la grossesse et la supplémentation en fer⁽¹²⁾.

De plus, anatomiquement, après un accouchement par voie basse, la paroi vaginale postérieure (Ap et Bp en classi-

Nous retiendrons les facteurs de risques principaux des LOSA suivants : une courte distance ano-vulvaire, une phase d'expulsion prolongée, une macrosomie foetale > 4 kg, une présentation occipito-postérieure, de la face ou du siège, un accouchement très rapide « en boulet de canon », ou encore une extraction instrumentale.

fication Pop-Q) est affaissée de 0,6 cm en post-partum, Les rectocèles également voient leur prévalence multipliée par trois⁽¹³⁾. Or ces deux éléments sont des facteurs de risque connus de constipation.

Nous voyons donc que constipation et post-partum sont très fréquemment associés.

ASSOCIATION LOSA ET CONSTIPATION

Il a été démontré que, pendant le post-partum, la constipation était le facteur de risque le plus important dans l'apparition des fissures anales (indice de confiance de 95 %)⁽¹⁴⁾.

Par ailleurs, au cours des différentes phases de cicatrisation, on notera que la phase de bourgeonnement qui a lieu du 4^e jour à la 3^e semaine permet l'obtention d'un tissu qui ne possède que 20 % de sa résistance ultérieure (sachant qu'à terme le tissu cicatriciel aura une résistance de 70 % par rapport au tissu originel)⁽¹⁵⁾.

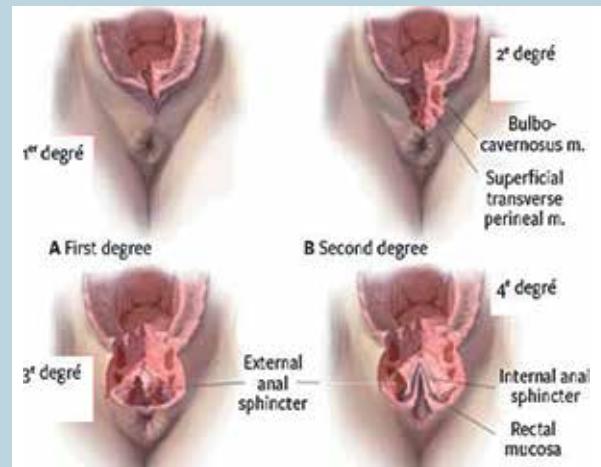
Nous pouvons ainsi aisément imaginer combien la constipation peut mettre en péril l'intégrité d'une suture dans les premiers jours qui suivent sa réalisation.

À noter par ailleurs que cette réflexion peut tout à fait s'étendre à l'ensemble des sutures périnéales du post-partum. En effet, l'IRM dynamique a mis en évidence la descente de toutes les structures périnéales lors des efforts de poussée en post-partum⁽¹³⁾. Cet étirement tissulaire à l'exonération, qui sera majoré par des selles dures et des

FIGURES 1 ET 2 > CLASSIFICATION DES DÉCHIRURES PÉRINÉALES À L'ACCOUCHEMENT

Classification

Classification française	Classification anglo-saxonne	Atteinte
Périnée simple	Premier degré	Peau et muqueuse vaginale
	Deuxième degré	Peau, muqueuse vaginale et muscles périnéaux
Périnée complet non compliqué	Troisième degré	Peau, muqueuse vaginale, muscles périnéaux et sphincter de l'anus
Périnée complet compliqué	Quatrième degré	Peau, muqueuse vaginale, muscles périnéaux, sphincter de l'anus et muqueuse rectale



efforts de poussée importants, peut tout à fait engendrer la désunion d'une suture périnéale, quel que soit le degré de la déchirure puerpérale initiale.

Il semble donc indispensable, afin d'éviter la désunion des cicatrices obstétricales, de tout mettre en œuvre pour éviter une constipation dans le post-partum immédiat.

PRÉVENIR LA CONSTIPATION DU POST-PARTUM

À ce titre, la SNF de Colo-proctologie a émis en 2016 des RPC dont nous retiendrons les éléments suivants⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

- **Concernant les règles hygiéno-diététiques :** arrêter les traitements médicamenteux pouvant occasionner une constipation secondaire (tels les supplémentations martiales), améliorer la position défécatoire, augmenter l'apport quotidien en fibres, consommer des eaux riches en magnésium.

- **Concernant l'utilisation des laxatifs :** les laxatifs osmotiques sont en première ligne (lactulose, sorbitol et galactose), en combinaison avec les suppositoires d'Eductyl®. Une association par laxatif de lest (Spagulax®, ispaghul) est également possible.

À noter l'absence de passage systémique de ces traitements, et donc leur innocuité chez la femme allaitante, comme le confirme le CRAT⁽¹⁸⁾.

À préciser également qu'il est préférable d'éviter l'utilisation de laxatifs lubrifiants comme l'huile de paraffine, ce traitement pouvant occasionner une diminution de l'absorption des vitamines liposolubles (A, D, E, K). Quant aux laxatifs stimulants, leur utilisation au long cours est fortement déconseillée.

En pratique, sachant la prévalence non négligeable à la fois des LOSA et de la constipation dans le post-partum, ainsi que le risque potentiel lorsque ces deux derniers éléments sont associés à une désunion de la ou des sutures périnéales obstétricales, sachant également l'innocuité du traitement par certains laxatifs, pourquoi ne pas prévenir la constipation de manière systématique en post-partum ?

De ce point de vue, alors que la HAS dans ses recommandations de bonne pratique de mars 2014 recommande d'interroger les femmes sur la reprise du transit dans les trois jours suivant la naissance et de n'instaurer un traitement médicamenteux qu'en cas d'échec des mesures hygiéno-diététiques⁽¹⁹⁾. Nous pourrions proposer un traitement préventif systématique de la constipation en post-partum par un laxatif osmotique associé aux suppositoires d'Eductyl® et/ou au laxatif de lest, en complément bien sûr des mesures hygiéno-diététiques idoines. Ce traitement serait allégé voire stoppé en fonction de la reprise réelle d'un transit physiologique.

CONCLUSION

La période du post-partum est une période de clivage psychologique pour la femme : elle devient à la fois une mère, une femme et une compagne, le tout au sein d'un couple parental. Cette période de déséquilibre demande de l'énergie pour préserver une harmonie personnelle et familiale. Dans cette période de troubles, essayons de garantir

Il a été démontré que, pendant le post-partum, la constipation était le facteur de risque le plus important dans l'apparition des fissures anales.

l'unicité de la femme dans son corps et dans son périnée, en évitant une désunion de cicatrice causée par la constipation et les importants efforts d'exonération qui y sont rattachés.

Ainsi, et pour la santé globale des femmes et de leur périnée, un traitement systématique de la constipation, qu'il soit curatif ou préventif semble être une nécessité pour toutes les femmes en maternité ayant eu un accouchement par voie basse. •

RÉFÉRENCES

1. Courjon M. et al, 2012, *Prise en charge des déchirures périnéales obstétricales sévères*, CHU de Besançon, consulté sur : <https://www.chu-besancon.fr/smfc/pdf201206/12-06-07.pdf>
2. Poncioni Julie, 2017, *Les déchirures complètes et/ou compliquées*, Mémoire de Sage-femme, consulté sur http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2017_PONCIONI_JULIE.pdf
3. Thubert T., 2018, *Definition, epidemiology and risk factors of obstetric anal sphincter injuries : CNGOF Perineal Prevention and Protection in Obstetrics Guideline*, CNGOF.
4. Donnelly V, 1998, *Obstetrics events leading to anal sphincter damage*, consulté sur PubMed.
5. P Atienza et al., 1999, *Conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement*, CNGOF.
6. Sultan AH, 1995, *Obstetric perineal trauma : an audit of training*, Journal of Obstetrics and Gynecology, vol 15, num 1.
7. Ruwan J Fernando, 2002, *Management of obstetric anal sphincter injury : a systematic review & national practice survey*, BMC Health Services Research.
8. G Ducarme et al., 2018, *Prévention et protection périnéale en obstétrique. Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF*.
9. Godeberge P, 2013, *Périnée et grossesse*, Hépato-Gastro et Oncologie digestive, vol. 20 n° 8.
10. Université Médicale Virtuelle Francophone, 2014, *Complications traumatiques de l'accouchement*, consulté sur http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/comPLICATIONS_tramatiqes/site/html/cours.pdf
11. FMC en HGE, 2011, *Proctologie de la femme enceinte (post-partum exclu)*, consulté sur <https://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2011-paris/textes-postu-2011-paris/proctologie-de-la-femme-enceinte-post-partum-exclu/>
12. Turawa EB et al., 2014. *Interventions pour le traitement de la constipation post-partum*, Cochrane.
13. Marès P, 2012, *Périnée - Obstétrique - Sexualité, une liaison dangereuse*, Power point, Marseille.
14. Abramowitz L et al, 2003, *Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and post-partum*, Gynécologie, Obstétrique & Fertilité
15. Verola O, 2006, *Aspect anatomo-pathologique de la cicatrisation*, consulté sur <http://www.cicatrisation.info/notions-de-base/histologie-de-la-cicatrisation.html>
16. Prvitton et al., 2016, *RCP Prise en charge de la constipation*, SNF de colo-proctologie.
17. Actualités pharmaceutiques, 2009, *La constipation au cours de la grossesse*, n° 486.
18. Laxatifs, grossesse et allaitement, 2018, consulté sur www.lecrat.org
19. HAS, 2014, *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Recommandations de bonne pratique*.

Utilisation de la Miltathérapie dans la prise en charge des douleurs du post-partum

PAR GRAZIA SABATINO, SAGE-FEMME

Les professionnels de la naissance (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens...) sont confrontés quotidiennement à la douleur des femmes.

Une douleur non traitée est source de complications physiques et psychologiques qui ne sont pas négligeables⁽¹⁾. Celle-ci peut impacter la relation mère-enfant, la mère pouvant, par exemple, avoir des difficultés à allaiter son bébé du fait d'une déchirure ou cicatrice de césarienne douloureuse.

A l'heure d'aujourd'hui, nous disposons d'un panel d'outils thérapeutiques médicamenteux ou non pour permettre sa bonne prise en charge.

En 2018, le Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a rédigé des recommandations pour la pratique clinique dans le post-partum immédiat⁽²⁾.

« En cas de douleurs périénées, les AINS par voie orale doivent être proposés en première intention (accord professionnel). Il est possible de les administrer à la femme allaitante sur une courte durée (grade C). Et l'application de sacs de glace ou de coussinets froids peut constituer une alternative ou un complément aux traitements antalgiques médicamenteux (grade C)⁽²⁾. »

À côté de ces mesures, d'autres moyens non médicamenteux sont retrouvés et utilisés dans les services de maternité ou dans les cabinets libéraux comme l'application d'argile verte⁽³⁾ ou le recours à des nouvelles technologies dont la MILTA-thérapie, développée par la société française Physioquanta.

LA MILTA-THÉRAPIE REPOSE SUR LA PHOTOBIMODULATION

Celle-ci correspond à l'ensemble des effets biologiques non thermiques et non cytotoxiques provoqués par l'exposition des tissus à des sources de lumière dont les longueurs d'onde se situent dans le champ du visible et du proche infrarouge⁽⁴⁾.

Une fois absorbée par les chromophores endogènes, la lumière déclenche des réactions biochimiques à l'origine de modifications physiologiques. À court terme (de quelques minutes à quelques heures), il est observé une augmentation du flux sanguin à l'origine d'une meilleure oxygénation tissulaire et d'un effet analgésique. Et à long terme (de quelques

La photobiomodulation correspond à l'ensemble des effets biologiques non thermiques et non cytotoxiques provoqués par l'exposition des tissus à des sources de lumière dont les longueurs d'onde se situent dans le champ du visible et du proche infrarouge.

jours à quelques semaines), l'application de la lumière stimule la réparation tissulaire et la diminution de l'inflammation⁽⁴⁾.

En 2006, le Professeur Bjordal publie une revue de la littérature reconnaissant l'efficacité de la photobiomodulation dans la prise en charge de la douleur aiguë et dans la lutte contre l'inflammation. Son efficacité serait équivalente aux AINS en matière d'inflammation⁽⁵⁾.

Les conséquences de la stimulation par photobiomodulation sur la peau et les muqueuses sont nombreuses :

- Une action anti-inflammatoire liée, entre autres, à la diminution de la production de cytokines pro-inflammatoires ;
- Une action cicatrisante par augmentation de la production de collagène, de la microcirculation et de la trophicité tissulaire ;
- Une action antalgique grâce à la diminution de production de facteurs allogènes et une augmentation de TRPV1 ;
- Et la possibilité de l'utiliser en complément pour l'optimisation des résultats des traitements par lasers thermiques, técarthérapie et injection d'acide hyaluronique ou PRP⁽⁴⁾.

En 2003, Kimplova et son équipe confirment l'efficacité de la photobiomodulation dans la cicatrisation d'épistomies avec une accélération de la régénération tissulaire et une diminution des désunions dans le groupe de patientes traitées⁽⁶⁾.

La MILTA-thérapie repose sur l'utilisation d'un générateur MILTA et de ses accessoires dont un Miltapod et un panneau articulé. Cet appareil est le MILTALED (norme CE).

Il est équipé de la dernière génération de lasers froids nano-pulsés, de diodes trichromiques et infrarouges et d'un

aimant permanent. Ces technologies permettent d'avoir une action stimulante rapide, efficace et non thermique sur les tissus. L'émetteur Miltapod pourra être mis au contact de la peau, recouvert au préalable d'un protège-sonde adapté. Quel que soit le soin proposé à la patiente, il est primordial que la plaie soit propre. L'hygiène reste un critère indispensable pour la bonne cicatrisation.

L'opérateur sélectionne le programme préétabli (anti-inflammatoire, antalgique, cicatrisant...). Les programmes sont les mêmes sur le Miltapod et sur le panneau, seuls la surface traitée et le temps de traitement diffèrent (en moyenne 5 minutes pour le Miltapod et 10 minutes pour le panneau). En fonction du programme choisi, la couleur et la fréquence de pulsation de la lumière seront différentes. Par exemple, pour une action anti-inflammatoire, on aura du rouge et de l'infrarouge clignotant en simultané (pulsations rapides, non perceptibles à l'œil nu) ⁽⁴⁾.

Le nombre de séances proposé est variable en fonction de la réponse clinique de la patiente et de la pathologie à traiter.

CONCLUSION

Pour conclure, la prise en charge d'une douleur est primordiale. Les professionnels ne sont pas forcément équipés mais ils peuvent adhérer à une association comme Péryonis pour se constituer un réseau ⁽⁷⁾. Crée en 2013 par des sages-femmes, elle réunit des thérapeutes d'horizons divers soucieux d'offrir aux femmes les meilleurs soins possibles. Ainsi, sur son site internet, est accessible gratuitement un annuaire national de professionnels avec leurs spécialités et les équipements dont ils disposent.

La douleur n'est pas une fatalité et une solution existe même des années plus tard. •

RÉFÉRENCES

1. SABATINO G. *Les dyspareunies post-césariennes* [mémoire]. Nîmes : Faculté de Médecine Montpellier ; 2018.
2. CNGOF. *Post-partum : recommandations CNGOF pour la pratique clinique*. 1^{re} éd. Issy-les-Moulineaux : Éditions Elsevier Masson ; 2018
3. FABRE-CLERGUE C. *Prendre en charge la douleur et la cicatrisation*. Paroles de sages-femmes 2018 ; 24 : 31-30
4. BEN ABBES TAARJI H. *Miltathérapie en gynécologie* [mémoire]. Nîmes : Faculté de Médecine Montpellier ; 2018
5. BJORDAL JM, JOHNSON MI, IVERSEN V, AIMBIRE F, LOPES-MARTINS R. *Low-Level Laser Therapy in Acute Pain : A Systematic Review of Possible Mechanisms of Action and Clinical Effects in Randomized Placebo-Controlled Trials*. Photomedicine and Laser Surgery, (24), 2, 2006, p. 158 – 168
6. KYMPLOVÁ J, NAVRÁTILL, KNÍZEK J. *Contribution of phototherapy to the treatment of episiotomies*. J Clin Laser Med Surg. 2003 Feb ; 21(1): 35-9.
7. DEBANNE NAVAS S, GENGBEMBRE V. *Projet de mise en place d'un réseau de prise en charge du périnée* [mémoire]. Nîmes : Faculté de Médecine Montpellier ; 2017.

« CHÉRI, JE T'AIME
MAIS JE NE PEUX PAS »

Quand faire l'amour est devenu impossible

PAR VICKY GENGBEMBRE, SAGE-FEMME LIBÉRALE, UZÈS

La période du post-partum est une période très délicate aussi bien pour la femme que pour le couple. C'est une période de chamboulement corporel, hormonal, social et psychologique. Il n'est pas toujours facile de la traverser. Toutes les histoires ne sont pas les mêmes que celles de l'héroïne du merveilleux livre d'Eliette Abécassis, « Un heureux événement », qui crie et pointe du doigt tout ce que les magazines gravitant autour de la maternité tentent d'édulcorer.

Le couple amoureux devient un couple parental qui doit trouver ses marques aussi bien avec ce nouveau petit être qu'avec la nouvelle personne féminine ou masculine qui est en face d'eux à présent. Comment rester amants lorsqu'on devient parents ? Il est vrai que dans un premier temps le désir sexuel n'est pas la priorité de la mère. Mais une fois qu'elle aura pris ses repères, ce désir sexuel envers son partenaire ou tout simplement le désir de faire plaisir à l'autre, qui est aussi une preuve d'amour, va se manifester. Quand ? Comment ? Seule l'histoire du couple en a la clé.

L'insensibilité de la zone est un problème que l'on peut rencontrer en post-partum. Il est toutefois difficile d'évaluer sa proportion car bien souvent les femmes n'ont pas conscience, avant un accouchement, de leur périnée, ou n'ont pas essayé de le ressentir. Ce phénomène est transitoire, lié parfois à une sidération des nerfs. Il y a parfois une diminution des sensations, due au relâchement périnéal, qui est rarement ou clairement identifié par une plainte « je ne sens rien » ou « mon conjoint ne sent rien ». Mais dans ces deux cas, la rééducation périnéale va permettre aux patientes de vite retrouver leur ressenti.

Or, lorsque ce désir est présent mais que la première fois revêt un caractère douloureux, que faire ? Réessayer sans en parler en se disant que cela va passer ? Taire la douleur et la subir ? Ou crier haut et fort que c'est impossible ? Chaque couple va avoir sa réponse car chaque couple a construit des bases différentes.

Il est vrai que la règle des 3CS serait l'idéale : Communication, Confiance, Complicité et Sexualité. Lorsque les 3 C sont réunis, il est plus facile de parler du S.

Il est vrai que la règle des 3CS serait l'idéale : **Communication, Confiance, Complicité et Sexualité.**

Lorsque les 3 C sont réunis, il est plus facile de parler du S.

La plupart du temps les conjoints sont compréhensifs mais combien de temps ? Combien de temps vont-ils accepter des rapports sans pénétration car c'est souvent là, au départ que la douleur va s'installer. Et vers qui va se tourner la femme ? À qui va-t-elle, à nouveau exhiber sa vulve ? Cette vulve qui durant des siècles a été un objet de refoulement dans la société occidentale. Cette vulve qui est meurtrie, douloureuse, qui n'est plus celle que son partenaire a connue, qui est sèche, bâante, rouge, insensible et parfois même au simple regard, est la même que celle d'avant mais impénétrable. Cette vulve qui durant les quatre jours en maternité a été douloureuse mais dont la douleur n'a pas été reconnue ou minimisée car « il est normal d'avoir mal ». Cette phrase qui résonne encore et qui la fait culpabiliser auprès de son partenaire car elle « n'est pas capable » de supporter la douleur d'une simple pénétration, acte d'amour dans un couple.

Les formes sous lesquelles vont apparaître les douleurs de la zone du plaisir, la zone intime, sont diverses et variées. Elles peuvent revêtir différents aspects que seule la femme est capable de décrire. Le symptôme est au centre de la première consultation. La douleur occupe toute la scène. L'utilisation des échelles de douleur nous permet à nous, praticiens, d'évaluer cette douleur. Mais trop souvent, elle ressort comme étant une douleur normale, minimisée. Il faut alors insister pour dire que non, la douleur, lors d'un rapport sexuel consenti avec un être désiré, n'est pas normale.

Ce n'est pas dans l'imaginaire. La douleur est bien présente car les cicatrices restantes sont, soit psychiques, soit somatiques, soit une sécheresse vaginale qui est tout à fait physiologique en post-partum immédiat, soit sous forme de petites taches rouges telle une groseille à l'entrée de leur vulve, soit une petite bride invisible à l'œil ou au toucher si on ne la cherche pas et que tout frottement est insupportable, encore plus avec un préservatif qui multiplie par trois ces frottements alors que la peau du pénis, elle, coulissoit doucement.

Toutes ces douleurs sont vite rattachées à la cicatrice, que ce soit une épisiotomie ou une déchirure. On entend souvent la femme nous dire « *c'est à cause...* ». Mais pas toujours, car quand la douleur est plus profonde, elles ne comprennent pas. Elles ont vite oublié que l'ensemble de leur périnée a été distendu. Ce diaphragme pelvien étendu de part et d'autre du bassin osseux a subi pendant l'accouchement une ampliation importante mais il n'a pas été épargné non plus pendant la grossesse avec une prise de poids, des décharges hormonales, une posture inadaptée. Il est donc essentiel que ce diaphragme soit rééquilibré en rendant de la mobilité au bassin osseux. Car la moindre

tension, la moindre asymétrie aura une répercussion, d'une part sur la qualité de la rééducation périnéale, mais aussi lors des rapports amoureux qui seront douloureux lors des va-et-vient, lorsque le pénis viendra buter contre une toile de tente très tendue alors que d'habitude il est accueilli par un coussin moelleux.

D'autres douleurs peuvent apparaître au niveau du clitoris, au moment de la jouissance, une décharge douloureuse vient lui retirer ce droit au plaisir.

Il existe des professionnels de santé qui se sont spécialisés dans l'approche de cette douleur intime. La sage-femme, au cœur de l'intimité des femmes et des couples, a donc sa place dans cette prise en charge. Un annuaire de spécialistes a été créé via l'association Peryonis qui regroupe des personnes compétentes dans ce domaine et qui pourront répondre au plus proche des demandes aussi bien des femmes que des autres professionnels de santé.

De nouvelles technologies sont apparues, donnant des résultats prometteurs pour la prise en charge des douleurs. Des séances de 30 minutes qui, dès la première consultation, permettent aux femmes de repartir avec une EVA (échelle analogique reproductive) diminuée, qui peuvent s'asseoir, qui ressentent un bien-être et qui entrevoyent une lumière au bout du tunnel dans lequel elles sont depuis quelques mois, voire quelques années malheureusement pour certaines.

Les femmes « exhibent » une vulve douloureuse, blessée, repoussante, méconnue, qu'elles n'aiment plus et nous, nous devons les aider à les regarder différemment, les accepter avec ce nouveau visage, voir aussi, accepter les nouvelles sensations qui ne sont pas forcément moindres mais inhabituelles, qu'elles doivent apprivoiser.

Alors il est vrai que plusieurs de ces douleurs sont invisibles si on ne les cherche pas. Mais ce n'est pas pour autant qu'il faut dire qu'elles n'existent pas. Il y a une rupture entre les patientes et leur vulve qui devient une vulve maudite. Celle qui empêche le plaisir bien que le désir soit présent. Nous voulons que nos patientes retrouvent la joie de vivre une sexualité épanouie, la joie d'être des femmes. Les femmes « exhibent » une vulve douloureuse, blessée, repoussante, méconnue, qu'elles n'aiment plus et nous, nous devons les aider à les regarder différemment, les accepter avec ce nouveau visage, voir aussi, accepter les nouvelles sensations qui ne sont pas forcément moindres mais inhabituelles, qu'elles doivent apprivoiser. •

14
novembre

LES DIALOGUES DE L'OBSTÉRIQUE

ANCIENNEMENT "JE SUIS LA SAGE FEMME"

2019

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

Jeudi 14 novembre 2019

UIC-P, 16 rue Jean Rey, 75015 Paris

SESSION I : PRESCRIPTIONS ET DIRECTIVES QUALITÉ

- Traitement des données médicales et les obligations juridiques RGPD (en établissement de santé et en cabinet libéral)
- La mise au point du calendrier vaccinal
- L'« hésitation vaccinale » : freins et acceptations des patients
- L'« hésitation vaccinale » : freins et acceptations des professionnels
- L'extension des compétences en matière de vaccination (Une confrontation Orateur Pour Discutant Contre)
- Le point sur l'extension du droit de prescription pour les SF : état des avancées
- Débat autour des médecines alternatives avec le mouvement « FakeMed »
- Perturbateurs endocriniens : incidences sur la femme, l'homme, le fœtus/nouveau-né
- Lecture du rythme cardiaque fœtal par une approche de la physiologie fœtale

SESSION II : PERTINENCE DES SOINS / BIENTRAITANCE

- Violences faites aux femmes, violences obstétricales : définitions, champ d'application
- Faisabilité de « la peau à peau » en cours de césarienne
- Soins de développement néonatals : ce qui se fait en néonatalogie/réanimation est-il transposable en maternité
- Allaitement maternel : une approche anthropologique et sociologique (influence des cultures, freins, allaiter en public, lactation induite dans les couples homosexuels)
- Accompagnement des parents dans le cadre du deuil périnatal

ATELIERS

Atelier 1 : Pose de DIU

Atelier 2 : Pose d'un implant de contraception

Atelier 3 : Manoeuvres obstétricales : simulation avec un mannequin

Atelier 4 : Mise en pratique de la lecture du RCF avec approche physiologique

Atelier 5 : La mise en place d'un Dossier Médical Partagé - un exemple en pratique

Atelier 6 : L'installation en pratique libérale

Atelier 7 : La gestion Comptable et administrative du Cabinet Libéral

Atelier 8 : La responsabilité juridique de la Sage-femme

Atelier 9 : La santé des soignants

Atelier 10 : L'allaitement

Atelier 11 : Les prescriptions difficiles pour la SF

14
novembre

INFECTIONNÉE
ET HYGIÈNE
MÈRE-ENFANT

2019

15 - 16
novembre

47^{ES} JOURNÉES
JEAN COHEN
Gynécologie Obstétrique et Reproduction

2019

L'INSCRIPTION AU CONGRÈS DONNE ACCÈS AUX
47^{ES} JOURNÉES JEAN COHEN
QUI SE DÉROULERONT AU MÊME ENDROIT LES 15 ET 16 NOVEMBRE

Des journées du centre de Formation des Editions ESKA de la revue DO.
Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRÈS

Contacts : Serge KEBABOTCHIEFF, Alicia GORILLIOT, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél. : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35 - E-mail : congrès@eska.fr - Site : www.eska.fr



MANŒUVRES DE RÉDUCTION DE DYSTOCIE DES ÉPAULES

PAR ALEXANDRA MUSSO, SAGE-FEMME ENSEIGNANTE, NICE

1 MANŒUVRE DE JACQUEMIER^{1, 2, 3}

L'ESSENTIEL

RAPPEL

- 2 doigts placés dans le sinus sacro-iliaque ne retrouvent pas l'épaule dans l'excavation = les épaules sont retenues au-dessus du détroit supérieur.
- Toute tentative de rotation de la tête pratiquée à ce stade risque de mettre dangereusement en tension le plexus brachial.

PRINCIPES

- Intervenir au-dessus du DS en passant par un orifice vulvaire obstrué par la tête fœtale.
- Installation de l'accoucheur dans une position lui permettant d'effectuer correctement les manœuvres ; l'accoucheur est celui qui, de l'équipe, a les mains les plus gracieuses (les SF doivent donc parfaitement connaître la théorie).
- Patiente installée en abduction-flexion (Mac Roberts), vessie vide, épisiotomie préalablement réalisée.
- Saisir la main de l'enfant qui correspond à l'épaule postérieure et tirer tout le bras à l'extérieur transformant le biacromial en acromio-thoracique de 3 cm inférieur.
- Rotation des épaules de 180° = l'épaule postérieure devient antérieure.
- Selon Malinas ➤ diminution rapide des sensations tactiles, donc :
 - 20 secondes pour atteindre la main fœtale, 10 secondes pour retirer son propre bras.

EFFICACITÉ

Intérêt de la position de l'accoucheur

➤ À genou

L'avant-bras en extension va devoir progresser suivant l'axe ombilico-coccygien.

➤ Choix de la main fœtale

Celle de la main sur le thorax fœtal de même nom que le côté du dos par rapport à la mère = du fait de la prépondérance des présentations dos à gauche, c'est souvent la main gauche de l'opérateur qui est concernée.

➤ Avant-bras de l'accoucheur et mains nues

- Éliminer toute gêne.
- Éviter les problèmes de préhension.

L'accoucheur doit être celui de l'équipe obstétricale qui a les mains les plus gracieuses.

Introduction du bras de l'accoucheur et Recherche de la main fœtale

Le chemin à suivre est clair mais difficile + diminution rapide des sensations tactiles.

➤ Cheminement de la main de l'opérateur = « fils d'Ariane » pour le repérage de la main postérieure

- Franchissement de la vulve,
- Sinus sacro-iliaque,
- Atteinte du moignon de l'épaule postérieure,
- Suivre le bras jusqu'à la main. **Attention!** Elle est souvent près de l'épaule antérieure.

➤ Deux éléments de repères

- La tête humérale
- La clavicule

Leur orientation l'un par rapport à l'autre permet de distinguer entre épaule droite et épaule gauche : le suivi du bras, puis de l'avant-bras est le seul moyen d'être certain d'avoir saisi la bonne main.

Mécanisme de rotation du tronc fœtal

➤ L'abaissement du bras postérieur entraîne la rotation du tronc fœtal :

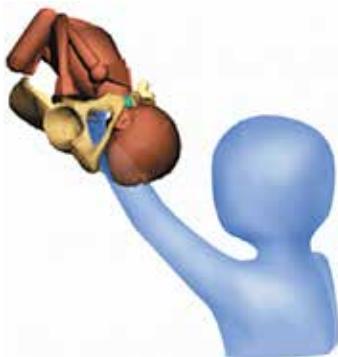
- Le creux axillaire du bras que l'on tient (anciennement postérieur) se retrouve sous le pubis (main et bras sortis = n'est plus concerné que le diamètre acromio-thoracique);
- Tandis que l'ex-épaule antérieure qui était bloquée au-dessus de la SP tourne en arrière (devient postérieure) et s'engage dans l'excavation pelvienne.

➤ L'accouchement suit dans l'instant.

Si exceptionnellement, ce n'est pas le cas, la manœuvre de Jacquemier peut être renouvelée sur l'épaule antérieure devenue postérieure, mais avec l'autre main, puisque le dos du fœtus a tourné du côté opposé.

DESCRIPTION

► Position de l'accoucheur



► **Patiente en hyperflexion** (Mac Roberts), siège dépassant la table d'accouchement.

- Épissiotomie souhaitée.

► **Opérateur à genou** devant la patiente, en position d'adoucissement.

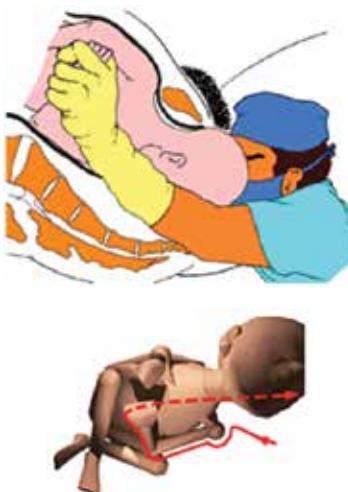
Son épaule au-dessous du plan de la table (rehaussée au maximum).

► **Pas de gant, à main nue.**

Poignet et avant bras lubrifiés (pas la main).

► **Introduction du bras de l'accoucheur et**

► **Recherche de la main fœtale**



► **Introduire la main** qui fait face au ventre du fœtus (gauche = dos à gauche/droite = dos à droite).

La main de l'opérateur se dirige vers le sinus sacro-iliaque opposé au dos fœtal.

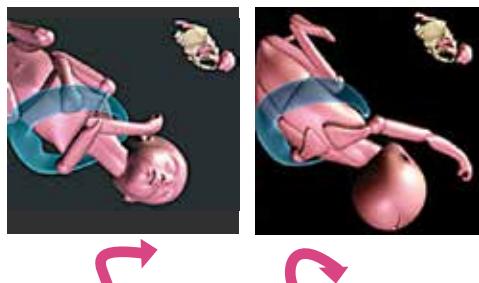
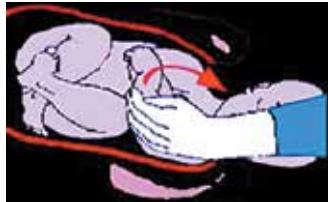
La vulve est franchie en déjetant légèrement la tête du côté opposé.

Les voies génitales ne sont occupées que par l'allongement tronconique du cou fœtal et la progression est facile.

► **Repérer l'épaule postérieure vers le promontoire** = la marge du bassin est franchie par le sinus sacro-iliaque et la face palmaire des doigts rencontre le moignon de l'épaule postérieure qui butte sur le promontoire.

La main repérée est fermement saisie par le poignet.

► **Traction de la main fœtale**



► Retirer doucement le bras en entraînant la main du fœtus dans l'axe ombilico-coccygien.

C'est un mouvement en écharpe vers la face antérieure du thorax fœtal.

► **Rotation du tronc de 180° des épaules:** l'ex-épaule antérieure devient postérieure, l'ex-épaule postérieure devient antérieure et se dégage en premier:

- Aisselle sous la SP
- Transformation du biacromial en acromio-thoracique < de 3 cm.

RÉFÉRENCES

1. CD Laboratoire GUIGOZ, Mécanique obstétricale de l'accouchement, tome 1, Accouchement en présentation céphalique, J.F. OURY, O. SIBONY, D. LUTON, Ph. BLOT, J.-P. RENNER
2. Mécanique et techniques obstétricales, 2^e édition, J.-P. SCHAAAL, D. REITMULLER, R. MAILLET. Ed Sauramps Médical. 604 : 350.
3. Dystocie des épaules, conduite à tenir, www.oggg.org/resources/pdf/JK_2005/HB1_2_Maillet.pdf

MANŒUVRES DE RÉDUCTION DE DYSTOCIE DES ÉPAULES

PAR ALEXANDRA MUSSO, SAGE-FEMME ENSEIGNANTE, NICE

2 MANŒUVRE DE WOOD INVERSÉE

L'ESSENTIEL

INDICATION

- La tête est extraite à la vulve, l'épaule antérieure est bloquée sur la symphyse pubienne.
- La manœuvre de Mac Roberts a échoué.
- L'épaule postérieure est engagée, même enclavée.

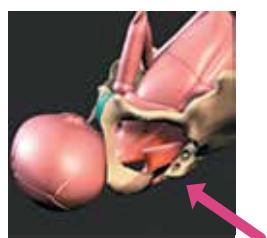
PRINCIPES

- Rotation axiale du fœtus permettant de transformer l'épaule postérieure en épaule antérieure pour en permettre le dégagement.
- Il faut tourner les épaules de 180° et non la tête, sinon il y a risque important de fracture ou d'élongation du plexus brachial.
- Maintien de la position de Mac Roberts.
- Introduction des doigts dans l'excavation (dos à gauche = main droite/dos à droite = main gauche).
- Pression sur la face postérieure de l'épaule.
- Rotation du biacromial de 180°.
- ± Pression sus-pubienne.

DESCRIPTION

Introduction des doigts dans l'excavation

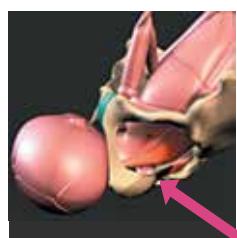
La main de nom opposé à celui du dos du fœtus (droite lorsque le dos est à gauche) est introduite en longeant la face postérieure de la tête fœtale **et les doigts, glissés le long du cou, doivent atteindre facilement le moignon de l'épaule postérieure engagée et se placer sur sa face dorsale.**



Pression sur la face postérieure de l'épaule

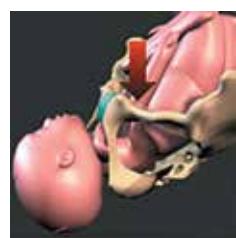
La main introduite va exercer une pression sur la face postérieure de l'épaule fœtale postérieure, ayant pour effet de réduire le diamètre biacromial.

Le premier temps de la manœuvre conduit à une antépulsion de l'épaule; le thorax peut se plaquer contre le sacrum, dégageant un espace rétropubien pour l'épaule antérieure.



Rotation des épaules

- Continuant son mouvement de pression, la main, aidée d'une pression sus-pubienne, va provoquer une rotation de l'épaule.
- La pression sus-pubienne favorise l'abduction de l'épaule antérieure et réduit encore le diamètre biacromial.
- La rotation est poursuivie jusqu'à amener l'épaule primitivement postérieure, devenue antérieure, sous la SP pour se dégager.
- Finir l'accouchement.



EFFICACITÉ

Pourquoi choisir une pression sur l'épaule postérieure ?

- L'appui antérieur sur l'épaule a le défaut majeur d'augmenter le diamètre biacromial du fait de la situation de l'articulation costo-claviculaire.
- Dans le cadre d'une dystocie des épaules supposant un biacromial élevé, la conduite logique est d'essayer de réduire ce diamètre et donc de provoquer la rotation du tronc par appui sur la face postérieure de l'épaule.



Quel est le mécanisme du dégagement et de la rotation des épaules ?

- La situation de départ comporte une épaule postérieure engagée et une épaule antérieure non engagée.
- En amenant par rotation l'épaule postérieure (engagée) au-dessous de la symphyse pubienne, on réalise son dégagement.
- En poussant en arrière l'épaule antérieure (non engagée), on l'amène à s'engager au niveau du sinus sacro-iliaque, zone la plus praticable du DS.
- On se retrouve donc à l'issue de la rotation avec une épaule antérieure en position de dégagement et une épaule postérieure engagée.



RÉFÉRENCES

- CD Laboratoire GUIGOZ, Mécanique obstétricale de l'accouchement, tome 1, «Accouchement en présentation céphalique», J.-F. OURY, O. SIBONY, D. LUTON, Ph. BLOT, J.-P. RENNER.



chrome™



OPTEZ POUR LE TRIO GAGNANT

avec la citadine tout-terrain



chrome™



poussette

coque gemm™
aussi compatible
avec les coques
i-Gemm™ et i-Level™



nacelle chrome™

Avec son assise réversible vous aurez le choix de faire voyager votre enfant face à vous ou face au monde. Hyper pratique, elle se plie avec son assise quel que soit le sens.

Fournie avec les adaptateurs, et son habillage de pluie.

Confort et sécurité garantis avec ce pack 3 en 1.

bring the kids™
plus d'informations sur
fr.joiebaby.com

suivez-nous @Joie Baby


astucieux, tout simplement.

Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités

ÉTUDES ET RÉSULTATS, DREES (DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES)

L'accessibilité géographique aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes s'améliore entre 2016 et 2017 (respectivement +2,3 %, +2,8 % et +5,4 %), soutenue par une croissance des effectifs de ces professionnels, notamment de ceux exerçant à titre libéral. Pour ces trois professions, les inégalités de répartition géographique diminuent, entre les communes les moins dotées et les mieux dotées, en particulier pour les sages-femmes.

Toutefois, des inégalités territoriales subsistent. Les infirmiers sont plus inégalement répartis selon les régions et les masseurs-kinésithérapeutes selon le type de commune.

La répartition des sages-femmes ne répond à aucune de ces deux logiques. Pour les trois professions, l'accessibilité est globalement meilleure dans les grands pôles urbains et le long du littoral.

Si 7 habitants sur 10 bénéficient d'un bon accès à un professionnel de premier recours (que ce soit un médecin généraliste, un infirmier ou un masseur-kinésithérapeute), 4,5 % de la population française rencontre simultanément des difficultés d'accès à ces trois professions. Le cumul des difficultés d'accès aux sages-femmes et aux maternités est moins répandu, puisque cela ne concerne que 1,5 % de la population.

Mesurée par l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) [encadré 1], l'accessibilité moyenne aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes s'améliore entre 2016 et 2017. Elle a augmenté respectivement de 2,3 % pour les premiers, de 2,8 % pour les suivants et de 5,4 % pour ces dernières. En 2017, l'accessibilité aux infirmiers libéraux s'élève ainsi en moyenne à 145 ETP (équivalents temps plein) pour 100 000 habitants en France, hors Mayotte (*tableau 1*). Pour les masseurs-kinésithérapeutes, elle correspond à 103 ETP pour 100 000 habitants ; pour les sages-femmes, à 16 ETP pour 100 000 femmes.

L'évolution des modes de prise en charge et d'organisation des soins (programme d'accompagnement au retour à domicile, exercice pluriprofessionnel, délégation des tâches, pratiques avancées) ainsi que le vieillissement de la population renforcent les besoins de prise en charge en ville par des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes ou des sages-femmes. La répartition géographique de ces professionnels de santé exerçant hors des structures hospitalières constitue donc un enjeu crucial pour la garantie d'un égal accès aux soins dans les territoires.

TABLEAU 1 > ÉVOLUTION DE L'ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE MOYENNE AUX INFIRMIERS, MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES ET SAGES-FEMMES ENTRE 2016 ET 2017

Profession ²	En ETP pour 100 000 habitants ¹	
	2017	Évolution (en %)
Infirmiers	144,7	2,3
Masseurs-kinésithérapeutes	103,2	2,8
Sages-femmes	15,9	5,4

1. Pour les sages-femmes, l'accessibilité potentielle localisée (APL) est exprimée en équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 femmes.

2. Ne sont comptabilisés que les professionnels exerçant hors hôpital, à titre libéral ou dans un centre de santé pour les infirmiers.

Lecture • En 2017, l'accessibilité moyenne aux infirmiers est de 144,7 ETP pour 100 000 habitants. Elle a progressé de 2,3 % entre 2016 et 2017.

Champ • Professionnels de santé libéraux et salariés en centres de santé pour les infirmiers, France entière, hors Mayotte.

Sources • SNIIRAM 2016 et 2017, CNAM ; populations municipales 2014 et 2015, Insee ; calculs DREES.

Étude publiée le 24 janvier 2019, version révisée le 27 mars 2019.
Blandine Legendre, Clémence Aberki, Hélène Chaput, avec la collaboration de Gaëlle Gateaud (DREES).

RETRouvez toutes les données sur :
www.data.drees.sante.gouv.fr

ENCADRÉ 1 ➤

L'INDICATEUR D'ACCESSIBILITÉ POTENTIELLE LOCALISÉE ET SON PARAMÉTRAGE

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) en 2012 (Barlet et al. 2012) à des fins d'étude, puis adapté dans le cadre des négociations conventionnelles récentes entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les syndicats représentatifs des professionnels libéraux pour une application opérationnelle. C'est un indicateur local de densité flottante disponible au niveau de chaque commune, qui tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes. Il permet de mieux observer les différences d'accessibilité au niveau local, en mettant en évidence des disparités qu'un indicateur usuel de densité, calculé de manière uniforme sur un zonage plus large, aura tendance à masquer, tout en minimisant les effets de frontière liés au choix de la maille. L'APL tient également compte du niveau d'activité et de l'âge des professionnels en exercice, qui influencent la disponibilité et la soutenabilité de l'offre, ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune, afin d'appréhender le mieux possible les besoins de soins.

Le calcul de l'APL aux différentes professions repose sur l'estimation de plusieurs paramètres :

- On considère que l'accessibilité aux professionnels de santé diminue avec la distance ;
- L'activité de chaque professionnel est calculée :
 - en nombre de consultations et visites pour les médecins généralistes (Chaput, Vergier, 2017) ;
 - en équivalents temps plein (ETP) pour les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes, à partir :
 - des honoraires remboursables facturés dans l'année pour les infirmiers et les sages-femmes ;
 - de la quantité d'actes réalisés dans l'année pour les masseurs-kinésithérapeutes.

La conversion en ETP est effectuée de la manière suivante : par convention, on fixe la valeur d'un ETP au niveau de la médiane de la variable retenue pour mesurer l'activité et l'ETP de chaque professionnel est calculé en rapportant

son activité à la valeur de la médiane ; si l'activité du professionnel est inférieure à une borne minimale, alors aucune activité n'est comptabilisée pour ce professionnel ; si l'activité du professionnel est supérieure à un maximum, alors elle est comptabilisée à hauteur de ce maximum.

Quelques cas particuliers échappent à ces règles :

- on impute 1 ETP aux professionnels de santé installés pour la première fois en libéral dans l'année, dès lors que les honoraires comptabilisés dans l'année ne sont pas nuls ;
- lorsqu'un professionnel de santé, ayant plusieurs cabinets, ferme l'un d'entre eux dans l'année, l'activité du cabinet fermé est reportée sur les autres ;
- Pour les médecins généralistes et les infirmiers, l'activité réalisée en centre de santé (donc salariée) est également comptabilisée ;
- L'activité des professionnels âgés de plus de 65 ans n'est pas prise en compte ;
- La demande de soins est différenciée par classe d'âge, d'après les consommations de soins par tranche d'âge observées dans les bases de l'Assurance maladie. Pour les sages-femmes, la population est pondérée selon la consommation de soins en sages-femmes et en gynécologues, hors actes obstétriques. Ainsi, l'indicateur d'APL au niveau communal se lit comme une densité par habitant « standardisé ». Au niveau national, la moyenne des indicateurs d'APL communaux, pondérée par les populations standardisées, correspond à la densité par habitant.

Contrairement aux publications antérieures de la DREES, les paramètres retenus ici (tableau ci-dessous) ne résultent pas de travaux d'observation statistique, mais sont issus des choix opérés par un groupe de travail piloté par la Direction générale de l'offre de soins et réunissant de nombreux acteurs (Caisse nationale de l'Assurance maladie, Irdes, agences régionales de santé, DREES...) pour les médecins généralistes ou lors des discussions conventionnelles entre l'Uncam et les représentants des professionnels de santé concernés.

Paramètres retenus pour le calcul de l'APL, tableau page suivante.

UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ LIÉE À DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE PLUS EN PLUS NOMBREUX

La hausse de l'accessibilité s'explique notamment par la dynamique de la démographie de chacune des trois professions de santé considérées ici. En effet, entre 1999 et 2017, le nombre d'étudiants autorisés à entrer en première année de formation de masseur-kinésithérapeute a quasiement doublé, passant de 1 412 à 2 756. Le quota pour les entrées en formation de soins infirmiers a, lui, progressé de

près de 70 % au cours de la même période et le numerus clausus en maïeutique, de plus de 43 %. Conséquence de ce flux important de nouveaux diplômés, les effectifs de professionnels, et en particulier ceux exerçant à titre libéral, ont crû rapidement. Ils ont même augmenté plus vite que l'ensemble de la population. Entre 1999 et 2017, les effectifs des infirmiers libéraux ont augmenté de 7 % par an, ceux des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, de 4 % et ceux des sages-femmes libérales, de 15 %. Pour les infirmiers et les sages-femmes, professions dans lesquelles l'exercice salarié est le plus répandu, la croissance des effectifs libéraux est

ENCADRÉ 1 ➤ PARAMÈTRES RETENUS POUR LE CALCUL DE L'APL

	Médecins généralistes	Infirmiers	Masseurs kinésithérapeutes	Sages-femmes
DISTANCE AU PROFESSIONNEL				
Moins de 10 minutes	1	1	1	1
Entre 10 et 15 minutes	2/3	2/3	2/3	2/3
Entre 15 et 20 minutes	1/3	1/3	1/3	2/3
Entre 20 et 30 minutes	0	0	0	1/3
Plus de 30 minutes	0	0	0	0
ACTIVITÉ¹				
Borne minimale	3 600 consultations ou visites	10 000 € d'honoraires remboursables	Nombre d'actes correspondant à 10 000 € d'honoraires remboursables (325 actes)	5 ^e percentile (8 315 €)
Médiane	—	54 444 €	3 828 actes	46 688 €
Borne maximale	6 000 consultations ou visites	90 ^e percentile (96 621 €)	90 ^e percentile (6 961 actes)	85 ^e percentile (70 434 €)

1. Pour les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes, les bornes d'activité utilisées pour l'estimation de l'offre ont été calculées sur le millésime de 2017, y compris pour les chiffres de 2016. Ainsi, 1 ETP vaut le même nombre d'actes/d'euros constants d'une année sur l'autre.

Lecture • L'offre disponible par habitant décroît avec la distance. Pour les médecins généralistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, l'offre est parfaitement accessible à moins de 10 minutes du professionnel de santé, puis elle est réduite d'un tiers entre 10 et 15 minutes, de deux tiers entre 15 et 20 minutes. Elle est considérée comme nulle au-delà.

Source • Insee, indice des prix à la consommation (Insee, 2018). (Ce tableau a fait l'objet d'une révision le 27 mars 2019 par rapport à la publication du 24/01/2019).

plus marquée que celle des effectifs tous modes d'exercice confondus (5 % par an pour les infirmiers et 3 % pour les sages-femmes) ¹.

LES INÉGALITÉS DE RÉPARTITION ENTRE LES COMMUNES DIMINUENT

L'APL, calculé à l'échelle communale, permet d'affiner l'étude de la répartition territoriale de ces professionnels de santé exerçant en ville, qui masquent habituellement les moyennes de densités. Les inégalités de répartition géographique des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes diminuent entre 2013 et 2017, particulièrement pour ces dernières. Entre les 10 % des habitants les mieux dotés et les 10 % des habitants les moins bien lotis, l'écart se réduit de 17 % pour les infirmiers, de 27 % pour les sages-femmes et de 29 % pour les masseurs-kinésithérapeutes, grâce notamment à une amélioration de l'accessibilité des habitants résidant dans les zones les moins bien dotées en 2013. Ces inégalités restent toutefois plus marquées que pour les médecins généralistes, mais plus faibles que pour les médecins spécialistes en accès direct (Vergier, 2016). Ainsi, en 2013, les 10 % d'habitants les mieux dotés pour ces trois professions avaient une accessibilité environ 5 fois supérieure à celles des 10 % des habitants les moins bien

lotis (*tableau 2*), alors que ce rapport s'établissait à 3 pour les médecins généralistes et variait entre 6 et plus de 19 pour les médecins spécialistes en accès direct.

UNE MEILLEURE ACCESSIBILITÉ DANS LES GRANDS PÔLES URBAINS ET LE LONG DU LITTORAL

Les inégalités de répartition des trois professions de santé étudiées répondent à des logiques géographiques différentes. Ainsi, la variabilité d'accessibilité aux infirmiers s'explique pour 57 % par la région de résidence, tandis que le type de commune est plus déterminant pour les masseurs-kinésithérapeutes (*tableau 3*). En revanche, pas plus la région que le type de commune n'a d'effet dominant sur la répartition des sages-femmes. En cela, la répartition des masseurs-kinésithérapeutes se rapproche de celle des médecins généralistes² et celle des sages-femmes, de celle des spécialistes. La répartition des infirmiers se distingue, elle, de toutes les autres professions.

Globalement, les infirmiers sont concentrés au sud d'un axe qui s'étend de la Meuse à la Dordogne (*cartes 1*). Ils sont particulièrement nombreux, rapporté au nombre d'habitants, le long du pourtour méditerranéen, en Gironde, en Corse et dans les DROM. C'est notamment le cas à La Réunion, qui enregistre la moyenne départementale la plus élevée, avec 470 ETP pour 100 000 habitants. L'accessibilité à ces professionnels est également bonne le long de la Bretagne littorale, dans le Nord et dans le Bas-Rhin. En revanche, les Pays de la Loire et le Centre-Val-de-Loire sont moins dotés en infirmiers (où l'accessibilité est respectivement de 77 et 76 ETP pour 100 000 habitants), ainsi que les franges de la Nouvelle

1. Source disponible : ADELI/RPPS, www.data.drees.sante.gouv.fr

2. La répartition des masseurs kinésithérapeutes, comme celle des infirmiers, est très corrélée à celle des médecins généralistes (respectivement 0,67 et 0,63), tandis que la répartition des sages-femmes l'est beaucoup moins (0,34).

TABLEAU 2 > ÉVOLUTION DE LA DISPERSION DE L'ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE AUX INFIRMIERS, MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES ET SAGES-FEMMES ENTRE 2013 ET 2017

Profession ²	Rapport interquartile			Rapport interdécile			Indice de Gini ¹		
	2013	2017	Évolution (en %)	2013	2017	Évolution (en %)	2013	2017	Évolution (en %)
Infirmiers	2,3	2,2	-3,0	4,9	4,0	-17,0	0,34	0,31	-7,1
Masseurs-kinésithérapeutes	2,2	2,0	-7,3	5,1	3,7	-28,9	0,30	0,27	-9,1
Sages-femmes	2,2	1,8	-16,0	4,8	3,5	-26,8	0,31	0,26	-16,4

1. L'indice de Gini est un indicateur synthétique d'inégalités qui varie entre 0 et 1. Il est égal à 0 dans une situation d'égalité parfaite où toutes les accessibilités communales seraient égales. À l'autre extrême, il est égal à 1 dans une situation la plus inégalitaire possible, celle où toutes les accessibilités sauf une seraient nulles. Entre 0 et 1, l'inégalité est d'autant plus forte que l'indice de Gini est élevé. Une baisse de l'indice de Gini observée entre deux dates indique une diminution globale des inégalités. À l'inverse, une élévation de l'indice reflète une augmentation globale des inégalités.

2. Ne sont comptabilisés que les professionnels exerçant hors hôpital, à titre libéral ou dans un centre de santé pour les infirmiers.

Lecture • En 2017, le rapport entre l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux infirmiers des 10 % d'habitants les mieux lotis et l'APL aux infirmiers des 10 % d'habitants les moins bien dotés (rapport interdécile) s'élève à 4. Il a diminué de 17 % depuis 2013.

Champ • Professionnels de santé libéraux et salariés en centres de santé pour les infirmiers, France entière, hors Mayotte.

Sources • SNIIRAM 2013 et 2017, CNAM ; populations municipales 2011 et 2015, Insee ; calculs DREES.

Aquitaine (Vienne, Deux-Sèvres), de la Normandie (Eure) et de la Bourgogne-Franche-Comté (Nièvre, Jura) (*tableau complémentaire A1*³). Enfin, les infirmiers sont très peu nombreux en Île-de-France. Dans les Yvelines et les Hauts-de-Seine, l'accessibilité se situe en effet autour de 60 ETP pour 100 000 habitants, contre 145 en moyenne au niveau national.

Pour les trois professions, l'accessibilité la plus forte concerne les grands pôles, hors unité urbaine de Paris (*tableaux complémentaires B et C*). Celle des couronnes urbaines des grands pôles et des petits et moyens pôles se situe aux alentours de la moyenne nationale (*tableau 1*). L'accessibilité diminue ensuite dans les couronnes rurales

des grands pôles et les couronnes des moyens et petits pôles. Les communes isolées, hors de l'influence des pôles, présentent l'accessibilité la plus faible. Cette répartition de type centre-périmétrie est particulièrement marquée pour les masseurs-kinésithérapeutes, dont l'accessibilité au sein des communes isolées se situe près de la moitié de la moyenne nationale (respectivement 58,9 ETP pour 100 000 habitants, contre 103,2 ETP pour 100 000 habitants). Le même constat peut être dressé pour les sages-femmes (8,9 ETP pour 100 000 femmes contre 15,9 ETP pour 100 000 femmes au niveau national).

7 HABITANTS SUR 10 BÉNÉFICIENT D'UN BON ACCÈS AUX PROFESSIONNELS DE PREMIER RECOURS

Au-delà des inégalités de répartition de chaque profession, se pose la question du cumul des difficultés d'accessibilité géographique dans certaines parties du territoire. L'étude porte ici sur l'accès aux professionnels de premier recours, qui englobent les médecins généralistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers, professionnels souvent consultés de façon concomitante, puis sur l'accès aux sages-femmes et aux maternités. Le cumul d'une faible accessibilité aux unes et d'un éloignement aux autres peut en effet entraîner des difficultés de suivi de grossesse.

Au total, plus de 7 habitants sur 10 n'ont aucune difficulté d'accès à des professionnels de premier recours (médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers) et 4,5 % de la population réside dans une commune sous-dense pour ces trois professions à la fois (*graphique 1* et *encadré 2*). Ces communes ont la particularité d'être de petite taille en moyenne (504 habitants⁴) et

TABLEAU 3 > PART DE LA VARIABILITÉ DE L'ACCESSIBILITÉ SELON LA DIMENSION GÉOGRAPHIQUE

	Part de la variabilité expliquée par		En %
	la région	le type de commune	
Infirmiers	56,9	19,7	
Masseurs-kinésithérapeutes	25,4	33,0	
Sages-femmes	27,1	22,7	

Note • La part de la variabilité de l'accessibilité potentielle localisée (APL) expliquée par les écarts entre régions (respectivement entre types de communes) est calculée en rapportant la variance des moyennes régionales (variance inter-groupes) à la variance totale de l'APL. Les calculs sont effectués en pondérant chaque commune par sa population, ce qui permet de raisonner en termes de population plutôt qu'en nombre de communes.

Lecture • Le type de commune détermine pour 33 % des cas les différences d'accessibilité aux masseurs-kinésithérapeutes.

Champ • Professionnels de santé libéraux et salariés en centres de santé pour les infirmiers, France entière, hors Mayotte.

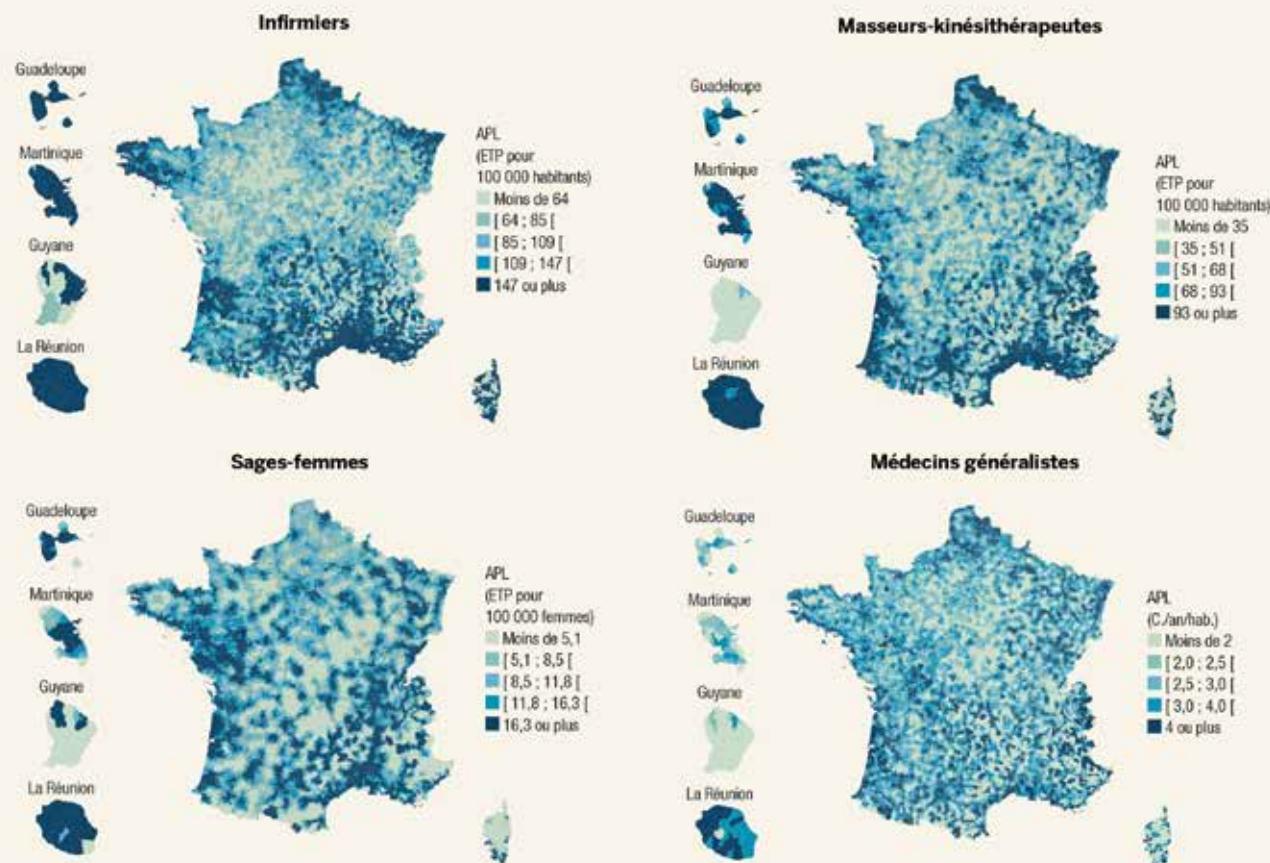
Sources • SNIIRAM 2017, CNAM ; populations municipales 2015, Insee ; calculs DREES.

3. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à l'étude sur le site internet de la DREES.

4. La taille moyenne des communes en France (hors Mayotte) en 2017 est de 1868 habitants.

CARTES 1

Accessibilité aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes et médecins généralistes en 2017



Note • Les bornes utilisées pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes correspondent aux quintiles des distributions d'APL respectives.
 Champ • Professionnels de santé libéraux et salariés en centres de santé pour les infirmiers, France entière, hors Mayotte.

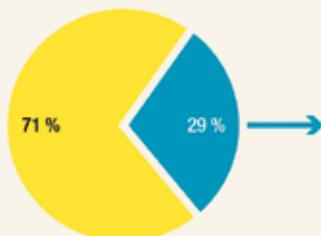
Sources • SNIIRAM 2017, CNAM ; populations municipales 2015, Insee ; calculs DREES.

GRAPHIQUE 1

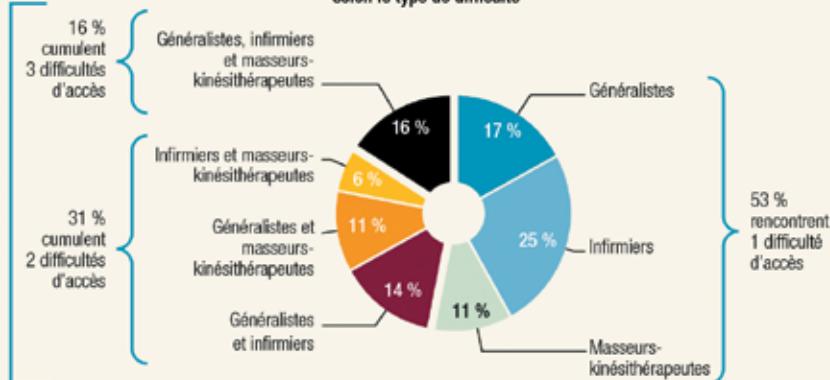
Répartition de la population selon le nombre et le type de difficultés d'accès de sa commune de résidence

Part de la population résidant dans une commune présentant ou pas des difficultés d'accès

- Communes avec au moins une difficulté
- Communes sans difficulté



Part de la population résidant dans une commune présentant des difficultés d'accès, selon le type de difficulté



Lecture • 29 % de la population résidant dans une commune présentant des difficultés d'accès. Parmi eux, 16 % cumulent trois difficultés.

Champ • Professionnels de santé libéraux et salariés en centres de santé pour les infirmiers, France entière, hors Mayotte.

Sources • SNIIRAM 2017, CNAM ; populations municipales 2015, Insee ; calculs DREES.

ENCADRÉ 2 ➤
**DE L'ACCESSIBILITÉ POTENTIELLE
 LOCALISÉE (APL)
 À LA SOUS-DENSITÉ**

Bien que la maille d'étude soit différente de la maille d'action retenue dans les différents zonages, le choix a été fait dans cette publication de retenir des seuils identiques pour déterminer si une commune est sous-dense ou pas pour un professionnel donné. Ainsi, on considère une commune comme étant sous-dense en médecins généralistes si son APL est inférieure ou égale à 2,5 consultations par an et par habitant standardisé ; pour les infirmiers, une commune est catégorisée comme sous-dense si sa population fait partie des 17,5 % de la population française ayant l'accessibilité la plus faible. La logique est la même pour les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes, le seuil étant de 12,5 %.

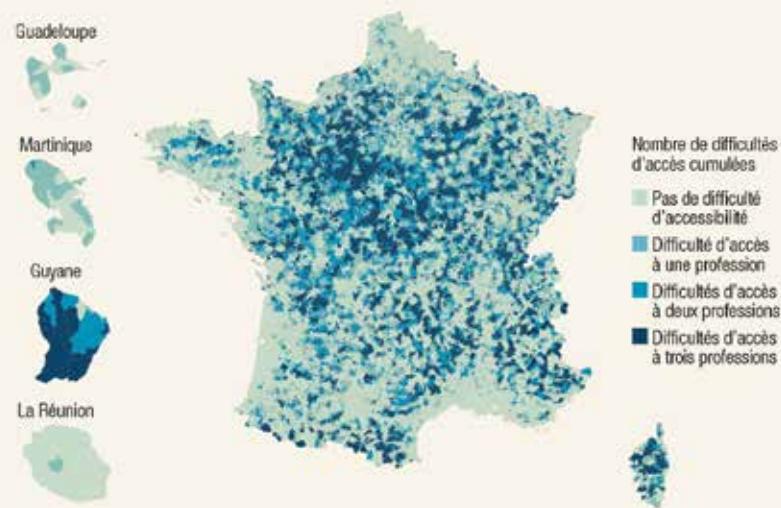
de présenter des niveaux d'accessibilité moyens aux trois professions particulièrement bas, même en les comparant avec les communes en difficulté pour l'une ou l'autre de ces professions seulement. Alors que plus de 42 % de la population habite dans un grand pôle, ce n'est le cas que de 3,3 % de la population ayant des difficultés d'accès aux médecins généralistes, aux infirmiers et aux masseurs-kinésithérapeutes. À l'inverse, les habitants des communes éloignées des centres urbains (couronne rurale des grands pôles, couronne des petits et moyens pôles et communes hors aire urbaine) sont surreprésentés parmi les communes sous-denses pour ces trois professions (*carte 2*).

L'accès limité aux infirmiers ne va pas nécessairement de pair avec des difficultés d'accès à une autre profession. Parmi les personnes résidant dans une commune sous-dense en infirmiers, 42 % rencontrent des difficultés d'accès pour cette seule profession ; ces habitants vivent dans des communes en moyenne assez grandes (plus de 3 000 habitants) et dont la taille maximale peut aller jusqu'à un peu plus de 300 000 habitants. En revanche, la faible accessibilité des soins de masso-kinésithérapie se concentre sur des communes plus petites. Comme pour les médecins généralistes, la sous-densité en masseurs-kinésithérapeutes se présente rarement seule : un quart des patients résidant dans une commune ayant une faible accessibilité aux masseurs kinésithérapeutes ne rencontrent que cette difficulté-là (30 % pour les médecins).

Près de 8,3 millions de personnes (dont 1,6 million de femmes âgées de 15 à 49 ans) résident dans une commune sous-dense en sages-femmes, soit dans l'une des 13 000 communes concernées environ.

En considérant comme éloignées d'une maternité les personnes habitant à 45 minutes ou plus de la maternité la plus proche, 1,5 % de la population rencontre ces deux difficultés, soit 968 000 personnes (dont 167 000 femmes en âge de procréer) ; cette proportion s'élève à 5,4 % en retenant le seuil à 30 minutes. Le cumul concerne majoritairement les communes hors aire urbaine, qui rassemblent, à elles seules, 55 % des personnes rencontrant une faible accessibilité aux sages-femmes et un éloignement des maternités. En considérant le seuil à 30 minutes, le champ des communes présentant cette double difficulté s'élargit aux communes rurales de la couronne des grands pôles, qui rassemblent 18,7 % de la population avec une faible accessibilité aux sages-femmes et aux maternités (35,7 % pour les communes hors aire urbaine). •

CARTE 2
**Difficultés d'accès cumulées aux infirmiers,
 masseurs-kinésithérapeutes et médecins généralistes**



POUR EN SAVOIR PLUS

- BARLET M., COLDEFY M., COLLIN C., LUCAS-GABRIELLI V. (2012, décembre). *L'accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux*. DREES, Document de travail, série Études et Recherches, 124.
- CHAPUT H., VERGIER N., en collaboration avec LEFEBVRE-HOANG I. (2017, mai). *Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ?* DREES, Les Dossiers de la DREES, 17.
- Insee (2018). Indice des prix à la consommation. Base 2015. Ensemble des ménages, France, Ensemble des biens et services.
- VERGIER, N. (2016, juillet). *Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires*. DREES, Études et Résultats, 970.
- TOUTLEMONDE, F. (dir.) (2017). *Les établissements de santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES, voir fiche n° 26 « La naissance : les maternités ».

PUBLICATIONS DE LA DREES

drees.solidarites-sante.gouv.fr

Le regard des Français sur l'homosexualité et la place des LGBT dans la société

SYNTHESE DE L'ETUDE IFOP POUR LA DILCRAH



En partenariat avec



L'Ifop publie une enquête¹ sur le regard des Français sur l'homosexualité, l'homoparentalité et leur degré d'adhésion aux différents préjugés et opinions LGBTPHOBES. Réalisée auprès d'un échantillon national représentatif de 3 000 personnes, cette étude met en lumière une acceptation croissante de l'homosexualité et de l'homoparentalité dans la société mais aussi la persistance de certains clichés hétérosexistes, en particulier dans les catégories de la population les plus influencées par la religion.

LES PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DE L'ENQUÊTE

1 Une plus grande acceptation sociale de l'homosexualité

Amorcée à partir des années 1970, cette profonde transformation des attitudes des Français à l'égard des homosexuels s'illustre à travers la proportion croissante de Français estimant que l'homosexualité est « une manière acceptable/comme une autre de vivre sa sexualité » : de 24 % en 1975, celle-ci est passée à 54 % en 1986 puis à 67 % en 1996 pour finir à 85 % en 2019.

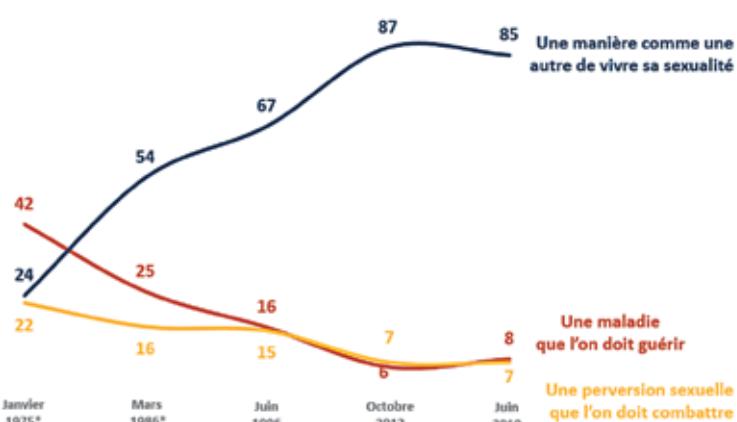
À l'inverse, la proportion de Français voyant dans l'homosexualité « une maladie que l'on doit guérir » ou « une perversion sexuelle que l'on doit combattre » est désormais très limitée – 15 % en 2019, contre 31 % en 1996 et 64 % en 1975 – en dehors des catégories de la population caractérisées par un faible niveau socio-culturel (22 % chez les personnes sans diplôme), un niveau social inférieur à la moyenne (23 % chez les personnes ayant un revenu inférieur à 800 €, 21 % chez les habitants des banlieues populaires) ou par un plus fort respect des préceptes religieux comme peuvent l'être par exemple les musulmans (63 %) ou les catholiques pratiquants (20 %).

Sur le long terme, ce phénomène de normalisation de l'homosexualité

QUESTION : Pour vous l'homosexualité, est-ce plutôt...?

Base : ensemble des Français

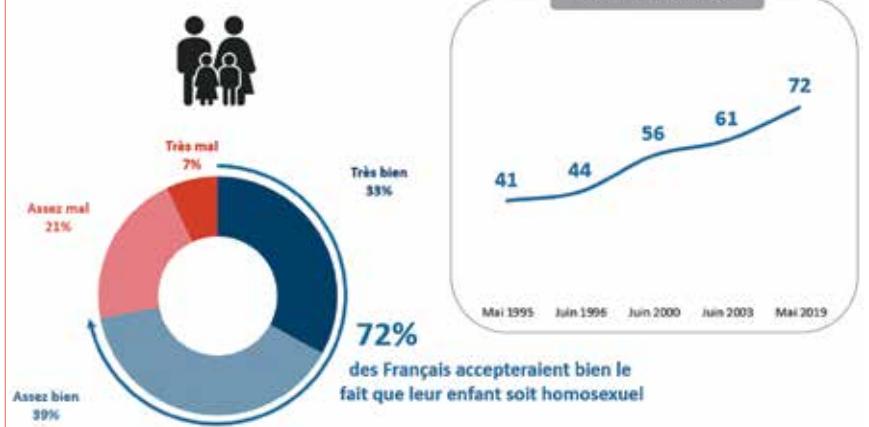
ÉVOLUTION DE LA PERCEPTION DE L'HOMOSEXUALITÉ DEPUIS 1975



QUESTION : Vous personnellement, si un de vos enfants était homosexuel, vous l'accepteriez très bien, assez bien, assez mal ou très mal ?

Base : ensemble des Français

ÉVOLUTION DEPUIS 1995



1. Étude Ifop pour la Fondation Jasmin Roy Sophie Desmarais et la DILCRAH réalisée par questionnaire auto-administré en ligne du 29 mai au 3 juin 2019 auprès de 3 013 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

apparaît également dans la proportion croissante de Français acceptant l'idée d'avoir un enfant homosexuel : 72 % l'accepteraient bien en mai 2019, contre 61 % en juin 2003 et 41 % en 1996, c'est-à-dire un peu avant le débat autour de la loi instaurant le PACS en France. Vingt ans après cette première reconnaissance de la conjugualité homosexuelle (1999), seules les personnes fortement imprégnées par une morale sexuelle d'inspiration religieuse rejettentraient majoritairement leur enfant si l'on en juge par le nombre de répondants qui n'accepteraient pas cette situation dans les rangs des personnes fréquentant les lieux de culte au moins une fois par semaine (57 %).

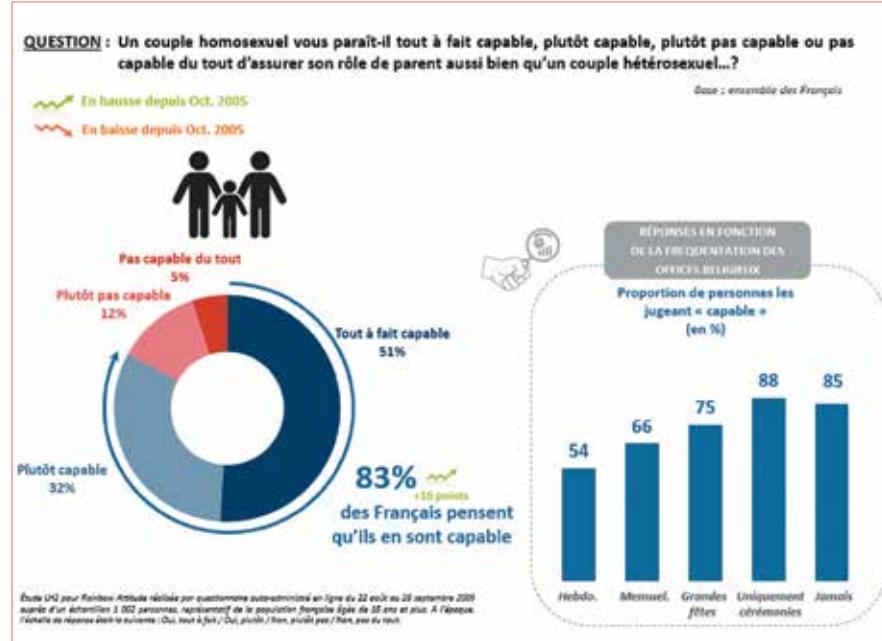
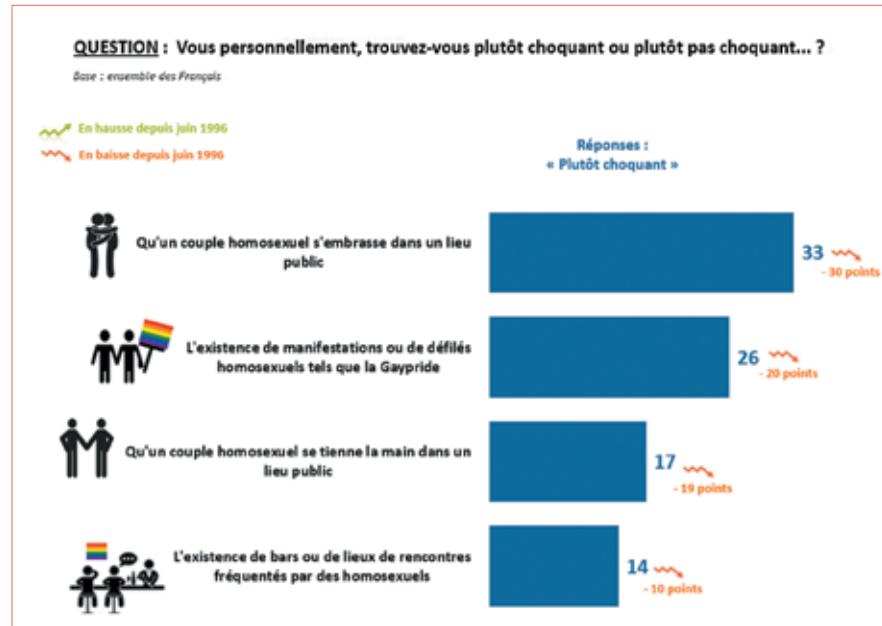
Inhérente aux sociétés industrielles avancées affectées par la progression des valeurs « postmatérialistes » à la faveur du renouvellement générationnel, de l'amélioration du niveau de vie et de la hausse du degré d'instruction, cette plus forte acceptation sociale de l'homosexualité n'a d'ailleurs rien de spécifique à l'Hexagone : on la retrouve dans toute l'Europe de l'Ouest au regard des résultats des différents vagues de l'Eurobaromètre ou de l'European Values Survey.

② Une tolérance plus forte à l'égard de la visibilité de l'homosexualité dans l'espace public

L'homophobie constituant avant tout pour les LGBT une forme d'injonction sociale à l'invisibilité, il est aussi intéressant de relever une diminution significative de l'intolérance à l'égard des manifestations de l'homosexualité dans l'espace public au cours des vingt dernières années.

Ainsi, la proportion de Français trouvant « choquant » qu'un couple gay s'embrasse (33 %) ou « se tienne la main » (17 %) dans un lieu public a diminué de moitié depuis juin 1996 (Ifop/Le Monde) : seules les personnes âgées de plus de 65 ans (52 %) ou de confession musulmane (71 %) sont aujourd'hui majoritairement choquées à l'idée qu'un couple gay s'embrasse dans la rue.

Et on observe la même tendance pour d'autres formes de visibilité des LGBT que peuvent être des manifestations à dimension festive/politique comme la Gay Pride – seuls 26 % des Français en sont désormais choqués, contre 46 % en 1996 – ou encore l'existence de lieux de



sociabilité (ex : bars...) fréquentés par les minorités sexuelles (14 % en 2019, contre 24 % en 1996).

③ Une acceptation croissante du principe d'homoparentalité

Dans le contexte actuel de débat autour de la PMA, on note que ces deux dernières décennies ont été aussi le théâtre d'une reconnaissance accrue des modèles parentaux sortant de la norme hétérosexuelle.

Ainsi, aujourd'hui plus de huit Français sur dix (83 %) estiment qu'un couple homosexuel est capable d'assurer son

rôle de parent aussi bien qu'un couple hétérosexuel, soit une proportion aussi significative (plus 16 points) depuis 2005.

Sur ce point, il est intéressant de noter qu'il y a assez peu de différence dans l'acceptation d'une famille de lesbiennes et d'une famille de gays, signe que paternité et homosexualité sont jugées de moins en moins incompatibles... En effet, la proportion de Français estimant qu'un enfant peut s'épanouir de la même manière dans une famille avec deux mères (72 %) que dans une famille avec un père et une mère est à peu près similaire à la part de la population ayant la même opinion dans le cas où l'enfant sera élevé par deux pères (68 %).

Et au regard de la nette évolution de l'opinion sur ce sujet (+ 16 points depuis 2013) par rapport au moment du débat autour de la loi Taubira, il semble bien que **l'officialisation des couples homosexuels par la loi de 2013 a fait évoluer les représentations à l'égard des couples homosexuels : la plus grande représentation des familles homoparentales dans les médias ayant sans doute contribué à « normaliser » l'image du couple homosexuel.**

Si l'opinion publique s'est rapidement décrispée sur le sujet par rapport à ce que l'on pouvait observer durant ce moment d'intenses débats que fut l'année 2013, **il reste encore des poches de l'opinion très rétives à l'homoparentalité si l'on en juge par la proportion de Français qui estiment que « les homosexuels ne devraient pas pouvoir élever des enfants (29 % en moyenne) » dans les rangs des électeurs Fillonistes de 2017 (45 %) ou les personnes fréquentant régulièrement les lieux de culte (70 %) tels que les catholiques pratiquants (41 %) ou les musulmans (58 %).**

④ La persistance de clichés homophobes et transphobes

Malgré cette nette amélioration du regard des Français sur les LGBT, on observe toujours une adhésion non négligeable à certains clichés LGBTphobes.

Ainsi, un Français sur cinq (20 %) estime encore aujourd'hui que « certaines professions où l'on est en contact permanent avec des enfants devraient être interdites aux homosexuels », signe de la persistance d'une certaine confusion entre homosexualité et pédophilie.

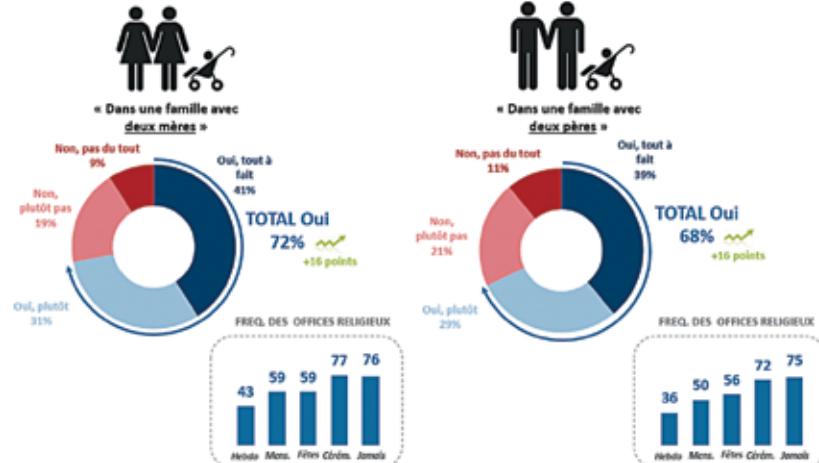
De même, l'idée selon laquelle « les couples homosexuels ne durent jamais très longtemps » est encore partagée par un Français sur six (17 %), ce qui vient sans doute de la tendance à réduire les gays à leur sexualité d'autant plus aisément que le climat d'opprobre entourant l'homosexualité les a longtemps incités à séparer strictement leur sexualité du reste de leur vie sociale.

Enfin, un Français sur dix estime que « les violences contre les homosexuels sont parfois compréhensibles » (10 %, +3 points par rapport à février 2004), en particulier dans les rangs des catégories populaires (15 % parmi les ouvriers, 16 %

QUESTION : A votre avis, un enfant peut-il s'épanouir de la même manière... ?

Base : ensemble des Français

 En hausse depuis mars 2013
 En baisse depuis mars 2013

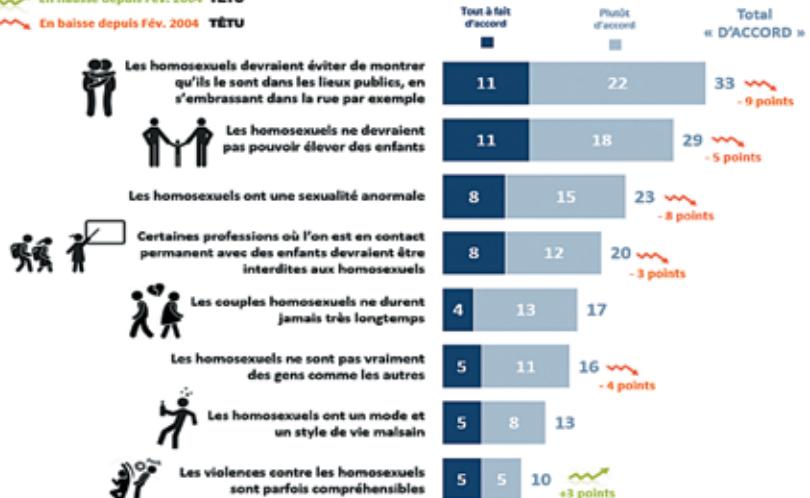


Étude Ifop pour Femme Actuelle réalisée par questionnaire auto-administré du 27 février au 1er mars 2013 auprès d'un échantillon de 1 190 personnes âgées de 18 ans et plus

QUESTION : Pour chacune des affirmations suivantes, dites-moi si vous êtes personnellement tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout d'accord avec elle.

Base : ensemble des Français

 En hausse depuis Fév. 2004 TÊTU
 En baisse depuis Fév. 2004 TÊTU



pour changer les personnes ayant des revenus inférieurs à 800 € par mois), des personnes non diplômées (19 %) ou de confession musulmane (32 %).

Au total, l'indicateur synthétique d'adhésion à au moins une opinion ou préjugé homophobe révèle ainsi que c'est **plus de sept Français sur 10 (71 %) qui partagent au moins une idée LGBTphobe**.

Et dans le détail des résultats, il apparaît là aussi que **le degré d'homophobie croît avec l'âge et la fréquence de la pratique religieuse tout en diminuant plus le niveau social et le niveau d'éducation**

augmentent. Enfin, politiquement, il est intéressant de noter que plus ils se situent à droite de l'échiquier politique, plus les Français ont tendance à adhérer à au moins une idée homophobe (85 % chez les électeurs Fillon 2017, contre 60 % chez les électeurs Mélenchon).

⑤ Des Français qui réagissent plus face à des propos homophobes

Près de quatre Français sur dix (37 %) déclarent utiliser le mot « pédé » ou « enculé » dans des mouvements

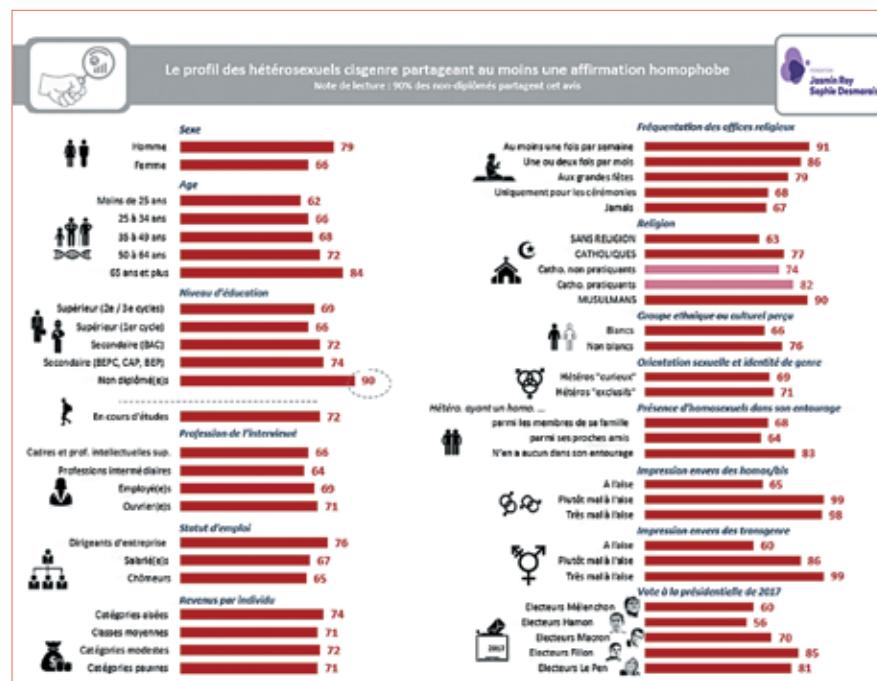
d'énerver à l'égard de n'importe qui. Un chiffre stable depuis quinze ans qui révèle l'étendue de l'utilisation de ces expressions, s'inscrivant de surcroit plus fortement parmi les jeunesse (47 % parmi les moins de 35 ans déclarent utiliser ces expressions). L'utilisation d'expressions péjoratives à l'égard de personnes ayant des comportements considérés comme homosexuels se rattache de manière générale à la jeunesse mais s'exprime plus particulièrement dans les lieux de socialisation de cette dernière : le cercle d'amis (26 % l'utilisent dans ce cadre) et le milieu scolaire (25 % l'utilisent dans ce contexte).

Si l'utilisation courante d'insultes à connotation homophobe ou considérées comme telles persiste à un haut niveau au sein de la société, les Français sont désormais largement majoritaires (67 % contre 51 % en 2004) à ne plus rester passifs face à des propos homophobes : 29 % essaient de faire changer d'avis la personne en question et cesseront de la voir si elle persistait (contre 14 % il y a quinze ans) et 38 % essaient de la faire changer d'avis sans pour autant accorder d'importance au fait d'y arriver ou pas.

Le malaise à l'égard des personnes LGBT se ressent particulièrement vis-à-vis de situations ou de contextes où la norme non-hétérosexuelle se voit et s'affiche. Ainsi, **34 % des personnes interrogées seraient mal à l'aise de voir s'embrasser deux personnes de même sexe en public et même 40 % de les voir le faire devant des enfants.**

Au sein de l'espace privé, mais en situation de représentation sociale, le malaise persiste pour un quart des Français : 25 % d'entre eux seraient mal à l'aise si un de leurs enfants venait à une réunion de famille avec un conjoint de même sexe.

Signe d'une raréfaction de la douche collective, près d'un tiers des personnes interrogées se déclare mal à l'aise à l'idée de prendre une douche avec des personnes homosexuelles (33 %) mais aussi hétérosexuelles (29 %). Dans un contexte d'intimité similaire, près de deux Français sur dix (17 %) seraient mal à l'aise à l'idée qu'une personne transgenre utilise les mêmes toilettes que leur enfant et même 13 % qu'elle utilise les mêmes toilettes qu'eux directement. •



QUESTION : Nous allons maintenant parler de l'homophobie, c'est à dire de toute manifestation, avouée ou non, de discrimination, d'exclusion ou de violence à l'encontre de personnes en raison de leur homosexualité. Si vous aviez un ami qui tient des propos homophobes, de laquelle des attitudes suivantes vous sentiriez-vous le plus proche ?

Base : ensemble des Français

↑ En hausse depuis Fév. 2004 TÉTU

↓ En baisse depuis Fév. 2004 TÉTU

Vous essaieriez de le faire changer d'avis et vous cesseriez de le voir s'il persistait dans ses opinions

29 ↑ +15 points

AU TOTAL, 67% DES FRANÇAIS ESSAIENTR D'FAIRE CHANGER UN AMI QUI TIENDRAIT DES PROPOS HOMOPHOBES

Vous essaieriez de le faire changer d'avis mais sans accorder beaucoup d'importance au fait d'y arriver ou pas

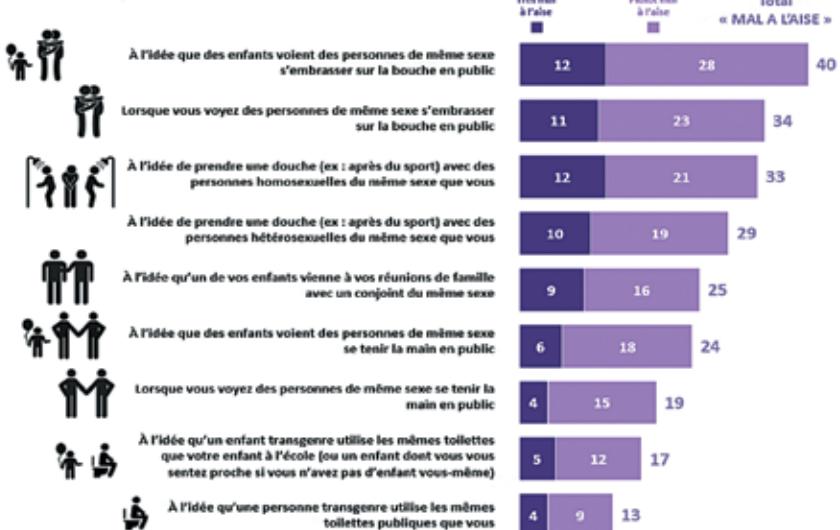
38 ↑ +1 point

Vous n'essayeriez pas de le faire changer d'avis, ce sont ses opinions et vous les respectez

33 ↓ -14 points

QUESTION : Actuellement, jusqu'à quel point êtes-vous à l'aise ou mal à l'aise...?

Base : ensemble des Français



**LE POINT DE VUE
DE FRANÇOIS KRAUS**

IFOP

Si l'homophobie au sens strict a fortement régressé, notamment depuis les premiers modes de reconnaissance juridique de la conjugalité et de la parentalité homosexuelle, force est de constater que des formes d'hétérosexisme restent prégnantes dans certains pans de la population qui adhèrent par exemple aux injonctions faites aux LGBT à rester invisibles ou en dehors de certains droits (ex : parentalité). Des poches hétérosexistes persistent donc dans l'opinion, en particulier chez les personnes ayant un faible niveau socioculturel, côtoyant peu de LGBT au quotidien ou encore sensibles à une rhétorique religieuse et une morale sexuelle très rigoriste pour ne pas dire réactionnaire. Symptomatique d'une tendance à la tolérance plus qu'à la banalisation de la place des LGBT dans la société, l'acceptation croissante du principe d'homosexualité ne doit donc pas être confondue avec sa normalisation intégrale.

● François KRAUS, directeur du pôle « Genre, sexualités et santé sexuelle » à l'Ifop

**LE POINT DE VUE
DE JASMIN ROY**

FONDATION JASMIN ROY
SOPHIE DESMARAIS

L'homosexualité était encore considérée comme une pathologie psychiatrique jusqu'en 1992 en France. Ce changement de paradigme a contribué à cette évolution de l'acceptation dans la société, a commenté Jasmin Roy, président de la Fondation Jasmin Roy Sophie Desmarais.

Aujourd'hui, 85 % des répondants en 2019 considèrent que l'homosexualité est une manière comme une autre de vivre sa sexualité alors qu'ils étaient seulement 24 % en 1975. Les chiffres sont encourageants même s'il reste du travail.

● Jasmin ROY,
Fondation Jasmin Roy -
Sophie Desmarais

**LE POINT DE VUE
DE FRÉDÉRIC POTIER**

DILCRAH

Les résultats du sondage constituent un réel outil pour identifier des stratégies et des actions concrètes en vue de favoriser l'acceptation des LGBT dans notre société, a déclaré Frédéric Potier, préfet en mission de service public et délégué interministériel à la lutte contre le racisme, l'antisémitisme et la haine anti-LGBT de la Dilcrah. 50 % des Français déclarent avoir confiance en notre gouvernement pour pallier aux carences actuelles identifiées dans le sondage.

● Frédéric POTIER,
Dilcrah

POUR CONSULTER L'ÉTUDE COMPLÈTE

<https://fondationjasminroy.com>

7^E JOURNÉE. LES EVENEMENTS DE L'ANNÉE EN INFECTIOLOGIE

Prévention et prise en charge de l'Infection chez la femme

MATIN

8h30 – 9h00 Accueil des participants — Café

9h00 – 11h00 SESSION 1 : RISQUE INFECTIEUX ET PAPILLOMAVIRUS

Modérateur : Bruno Pozzetto

- HPV et hésitation vaccinale en France : le casse-têteAmandine Gagneux-Bruno*
- Bénéfices de la vaccination HPV et retombées en santé publiqueJean-Marc Bohbot*
- Risque HPV en PMAThomas Bourlet*
- Désinfection des sondes d'échographie à usage endocavitairePierre Parneix

11h00 – 11h30 Pause - Visite des stands

11h30 – 13h00 SESSION 2 : VACCINS, SOIGNANTS ET FEMMES ENCEINTES

Modérateur : Elisabeth Botelho-Nevers

- Le point de vue de la sage-femmeSage-femme*
- Le point de vue de l'infectiologueOdile Launay (Cochin)*
- Débat avec la salle

APRÈS-MIDI

13h00 – 14h00 Déjeuner

14h00 – 16h00 SESSION 3 : RISQUES OBSTÉTRICAUX & INFECTIONS BACTÉRIENNES

Modérateur : Raphaëlle Girard

- Infections urinaires : quoi de neufManuel Etienne (Rouen)*
- Infections à streptocoques du groupe A : Semmelweis au XX^e sièclePhilippe Berthelot
- Infections à Streptocoques du groupe B : Intérêt du dépistage à l'accouchementHôpital St Joseph - HEGP - Toulouse*
- Un risque obstétrical méconnu : la fièvre QMatthieu Mignon* (Marseille)

16h00 – 16h30 Pause - Visite des stands

16h30 – 18h00 SESSION 4 : FEMMES ENCEINTES ET VOYAGES

Modérateur : Elisabeth Nicand

- Risque viral (hépatite E, Zika, autres arboviroses)Bruno Hoën*
- Parasites, voyages et grossesse
- Risques non infectieux ou femmes enceintes et voyage en avion

18h00 ConclusionPhilippe Berthelot

18H15 Fin de journée

Sous la présidence de :

PHILIPPE BERTHELOT, ELISABETH BOTELHO-NEVERS,
RAPHAËLLE GIRARD, BRUNO POZZETTO

AVEC LE SOUTIEN DE LA SPILF
SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANÇAISE

L'INSCRIPTION AU CONGRÈS DONNE ACCÈS AU
7^E CONGRÈS DES DIALOGUES DE L'OBSTÉTRIQUE
QUI SE DÉROULERA AU MÊME ENDROIT LE 14 NOVEMBRE

ET AU 47^{ES} JOURNÉES JEAN COHEN
“GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE ET REPRODUCTION”
QUI SE DÉROULERA AU MÊME ENDROIT LES 15 ET 16 NOVEMBRE

Des Journées du Centre de Formation des Editions ESKA

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRES - Serge KEBABTCHIEFF, 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 - Sites internet : www.eska.fr ; www.congres.eska.fr

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



LE VENTRE VIDE

NADIA BERGOUGNOUX

Ce livre-témoignage aborde un sujet difficile: le deuil périnatal. Il a été écrit avec l'accord et la coopération de « paranges », rencontrés sur un groupe Facebook que j'ai créé, il y a quelques années. Souvent, il ne nous reste que ces souvenirs: un prénom, une date... pour les faire exister. Les témoignages des mam'anges et pap'anges ont peut-être été réécrits, mais ils correspondent aux histoires qu'elles ont eu le courage de me livrer, avec leur douleur, mais aussi leur fierté de pouvoir « faire vivre » un peu leurs disparus. Leur petit cœur a battu, ils ont vécu dans notre ventre. Si nous pleurons encore, quand nous évoquons leur mort avec vous, acceptez notre tristesse, elle nous permet de cheminer dans notre deuil... Le deuil périnatal, aujourd'hui encore, demeure un sujet tabou. Des bébés passés sous silence par l'entourage – parfois très proche – des bébés qui n'ont pas existé parce que mort-nés... des bébés interrompus, dont seules les mam'anges et parfois les pap'anges, gardent le souvenir comme une plaie ouverte. En 2015, malgré les progrès de la science, 1 grossesse sur 4 se termine mal. C'est ce déni de l'existence de nos enfants qui nous a poussées à nous lancer dans l'écriture de cet ouvrage... Alors, ensemble! Brisons le tabou!

**Nombre 7 Éditions**

Format broché: 16 €
Format ebook: 8,99 €
Format: 14,8 x 21 cm - 216 pages
EAN 9782368321560
<https://librairie.nombre7.fr>

LA RÉDUCTION DES RISQUES

Système de santé, pratiques individuelles et collectives

SOUS LA DIRECTION D'ARTHUR COHEN ET XAVIER DESMAISON

L'influence de certaines conduites individuelles, dites « à risque », sur la santé n'est plus à démontrer: elles accroissent effectivement le risque de contracter des maladies ou de subir un accident. Pour appréhender ce risque, on prohibait autrefois les comportements qui étaient censés les causer. Depuis une trentaine d'années, s'est développée une nouvelle approche qui consiste non plus à éradiquer les pratiques à risque, mais à les accompagner médicalement pour en limiter les effets néfastes. Cette approche, qu'on oppose à une attitude morale mais inefficente, est souvent présentée comme pragmatique et amorphe. Autrement dit, le débat autour de la réduction des risques est d'abord idéologique et oppose les partisans d'une certaine intransigeance morale à ceux, plus pragmatiques, qui privilégient une approche respectueuse du droit à la santé.

Le présent livre a pour objectif de dresser un état des lieux des pratiques médicales en réduction des risques, d'évaluer leurs bénéfices (médicaux bien sûr, mais également des points de vue de la philosophie morale, de la philosophie des sciences et des métiers de l'assurance à la personne). À travers ces interrogations, c'est le rôle même de nos systèmes de santé publique dans nos démocraties contemporaines qui est interrogé. En partenariat avec Sidaction, Médecins du Monde, l'Acanofi, le Printemps de la prévention et l'AHP.

**Éditions Hermann**

Parution: 3 juillet 2019
Format papier: 16 €
Format: 14 x 21 cm - 114 pages
EAN 9791037001320
www.editions-hermann.fr

AGENDA EN BREF**● AUTOMNE-HIVER 2019**

BORDEAUX

16^e Journée Événements de l'Année en Gynécologie-Obstétrique
congres.eska.fr

● 6-7 SEPTEMBRE 2019

MARSEILLE

9^{es} Rencontres A Deux Mains
www.ra2m.fr

● 21-20 SEPTEMBRE 2019PARIS 15^e

22^{es} Congrès GENESIS
congresgenesis.fr

● 26-27 SEPTEMBRE 2019

PARIS

22^{es} Journées de Sérologie Interactive
congres.eska.fr

● 26-27 SEPTEMBRE 2019

LA ROCHELLE (16)

Les Francophones de Périnatalité
lesfrancophonesdeperinat.com
cere-congres.com

● 28 SEPTEMBRE 2019

PARIS

18^{es} Journées Événements de l'Année en Médecine Vasculaire + SFA + DU de Phlébologie
congres.eska.fr

● 3 OCTOBRE 2019

PARIS - INSTITUT MONTSOURIS
Journée Scientifique "Mortalité maternelle - Mieux comprendre pour mieux prévenir"
Infos: enemm@inserm.fr

● 9-10-11 OCTOBRE 2019

METZ

36^{es} Journées d'Études de l'Association Nationale des Sages-Femmes Coordonatrices
ansfc.fr

● 7-8 NOVEMBRE 2019

MONACO

Congrès international des Sages-Femmes - CISaF
cere-congres.com

● 14 NOVEMBRE 2019PARIS 15^e

Les Dialogues de l'Obstétrique par *Les Dossiers de l'Obstétrique*
congres.eska.fr

● 14 NOVEMBRE 2019PARIS 15^e

7^e Journée "Les événements de l'année en infectiologie"
congres.eska.fr

● 15-16 NOVEMBRE 2019

PARIS

47^{es} Journées Jean Cohen Gynécologie Obstétrique et Reproduction
congres.eska.fr

● 15-16 NOVEMBRE 2019

PARIS

Cancers au Féminin - 9^e Congrès
congres.eska.fr

IVG MÉDICAMENTEUSE EN VILLE

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME

Les sages-femmes peuvent désormais réaliser des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse.

IVG MÉDICAMENTEUSES : LES COMPÉTENCES DES SAGES-FEMMES ÉLARGIES PAR DÉCRET

À l'occasion du 40^e anniversaire de la loi Veil en janvier 2015, un programme national d'actions pour améliorer l'accès à l'IVG sur l'ensemble du territoire a été présenté : **l'élargissement et l'harmonisation de la prise en charge financière de l'IVG en constituaient une des principales mesures, pour assurer sa gratuité complète comprenant les actes afférents, quel que soit le lieu de réalisation de l'IVG.**

Précédemment en effet, le forfait de l'IVG en ville ne couvrait pas les mêmes actes que le forfait de l'IVG en établissement de santé. Les femmes ne bénéficiaient donc pas de la même prise en charge sur l'ensemble du territoire. L'arrêté du 26 février 2016 a refondu totalement les actes issus de l'arrêté du 23 juillet 2004 en fixant les tarifs de prise en charge à 100 % de l'ensemble des actes entourant l'IVG.

Par ailleurs, le décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 (Journal officiel du 5 juin 2016) a élargi les compétences des sages-femmes en matière d'IVG par voie médicamenteuse et en matière de vaccination. En corollaire, l'arrêté du 8 août 2016 qui modifie la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes a été publié au Journal officiel du 12 août 2016.

Désormais, les sages-femmes peuvent réaliser des IVG par voie médicamenteuse.

Ces mesures, prévues par la loi de modernisation de notre système de santé promulguée en janvier 2016, visent à faciliter l'accès des femmes à l'IVG et à améliorer la vaccination dans l'entourage du nourrisson, conformément aux recommandations du Haut Conseil de la santé publique (HCSP).

QUELLES SONT LES CONDITIONS QUE DOIT REMPLIR UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR PRATIQUER L'IVG EN VILLE ?

Seule l'IVG médicamenteuse peut être réalisée en ville en libéral, en centre de santé ou centre de planification ou d'éducation familiale, par un médecin ou une sage-femme.

Elle ne peut avoir lieu que dans le cadre d'une convention, conforme à une convention type validée par décret conclue entre le praticien ou un centre de planification ou d'éducation familiale ou un centre de santé, d'une part, et un établissement de santé, public ou privé, d'autre part.

QUE RECOUVRE DÉSORMAIS LE FORFAIT DE PRISE EN CHARGE DE L'IVG EN VILLE ?

Pour les praticiens, centres de santé ou centres de planification ou d'éducation familiale pratiquant les IVG médicamenteuses dans le cadre d'une convention passée avec un établissement de santé, les tarifs limites des soins à compter du 6 juin 2016 sont fixés selon le barème figurant dans le tableau ci-dessous.

Le forfait global est découpé en trois phases pour la sage-femme :

- Recueil de consentement ;
- Réalisation de l'IVG ;
- Consultation de contrôle.

Ce découpage en trois phases offre une souplesse supplémentaire pour la facturation

LE FORFAIT DE PRISE EN CHARGE DE L'IVG EN VILLE

CODE PRESTATION	LIBELLÉ (AU REGARD DE L'ARRÊTÉ)	ANCIENS TARIFS	TARIFS À PARTIR DU 6 JUIN 2016
IC ou ICS	Consultation de recueil de consentement	Inclus forfait	25,00 €
FPB	Investigations biologiques préalables à l'intervention	Non compris	69,12 €
IPE	Vérification échographique pré IVG	Non compris	35,65 €
FHV	Forfait consultations de ville	100,00 €	50,00 €
FMV	Forfait médicaments de ville	91,74 €	87,92 €
FUB	Contrôles biologiques ultérieurs	Non compris	17,28 €
IC ou ICS ou IVE	Consultation de contrôle : <ul style="list-style-type: none"> ▪ sans échographie de contrôle ultérieure ▪ avec échographie de contrôle ultérieure 	Inclus forfait	25,00 € ou 30,24 €

lorsque toutes les séquences ne sont pas réalisées par le même professionnel; pour autant, ce découpage n'a pas d'incidence sur la facturation, qui peut être faite en une seule fois.

La prise en charge des actes associés à l'IVG est étendue aux investigations biologiques et échographiques préalables à l'IVG et de contrôle.

Les échographies peuvent être réalisées par le médecin qui effectue l'IVG, ou par un autre médecin.

EN RÉSUMÉ

- Une sage-femme qui effectue une IVG facture une ICS, puis le FHV et le FMV, puis une ICS (ou IVE en cas d'échographie lors de la consultation de contrôle).
- Les honoraires versés à la sage-femme (sans échographie de contrôle) sont de 187,92 €. La différence de 3,82 € par rapport au tarif précédent est liée à la baisse du prix des médicaments associés à l'IVG.
- La sage-femme prescrira les codes IPE et FPB avant l'IVG, et FUB après l'IVG.

Des fiches réglementaires ont été diffusées aux éditeurs de logiciels pour qu'ils intègrent l'évolution de ces codes mais la facturation peut d'ores et déjà être engagée en papier (cette facturation papier est obligatoire pour les mineures).

COMMENT S'EXPLIQUE L'ABAISSEMENT DU FORFAIT POUR UNE SAGE-FEMME QUI RÉALISE DES IVG À SON CABINET, SANS ÉCHOGRAPHIE ?

Le forfait se décompose de la façon suivante :

- Consultation de recueil de consentement : 25 €.
- Forfait lié à la prise de médicaments : 137,92 € (coût des médicaments + coût de deux consultations).
- Consultation de contrôle : 25 €.

L'abaissement du forfait est lié à la baisse de prix des médicaments associés à l'IVG (3,82 €) :

- Mifégyne ou Miffée : 74,04 € TTC la boîte (au lieu de 76,37 € précédemment).
- Boîte de prostaglandines : 13,88 € TTC (au lieu de 15,37 € précédemment).

COMMENT APPLIQUER L'ANONYMAT AUX IVG DES JEUNES FILLES MINEURES SANS CONSENTEMENT PARENTAL ?

Les jeunes filles mineures non émancipées qui ne peuvent pas ou ne souhaitent pas recueillir le consentement parental préalable, bénéficient de la gratuité des soins et de l'anonymat.

La sage-femme utilise une feuille de soins papier et doit indiquer un NIR spécifique : **2 55 55 55 + code caisse + 030**. La femme mineure n'a pas à faire l'avance des frais et vous serez payé.e directement par son organisme d'assurance maladie.

COMMENT ORIENTER LES FEMMES MAJEURES DEMANDANT L'ANONYMAT POUR UNE IVG ?

Les femmes majeures sont exonérées du ticket modérateur pour le remboursement des frais liés à une IVG et peuvent également faire état d'une demande d'anonymat. Toutefois, dans ce cas, l'anonymat ne peut être garanti – notamment si elles sont ayants droit – que si l'IVG est réalisée en établissement de santé.

Le professionnel de santé doit informer la patiente dès la première consultation préalable, et lors de la suivante si elle a lieu, de cette absence d'anonymat et l'orienter, le cas échéant, vers un établissement de santé susceptible de pratiquer l'IVG médicamenteuse dans les délais requis.

PROTOCOLE MÉDICAL

Jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée

Les seuls protocoles validés par l'AMM sont les suivants :

Antiprogestérone

- mifépristone, 600 mg par voie orale.
Mifégyne® (3 comprimés à 200 mg, en une prise)
- ou mifépristone, 200 mg par voie orale
 - soit *Mifégyne® (1 comprimé à 200 mg)*
 - soit *Miffée® (1 comprimé à 200 mg)*

Suivie 36 à 48 heures après une prostaglandine

- misoprostol, par voie orale
 - soit *Gymiso® (400 µg : 2 comprimés à 200 µg, en une prise)*
 - soit *MisoOne® (400 µg : 1 comprimé à 400 µg)*

- Ou gémeprost, par voie vaginale
Cervageme® (1 mg : 1 ovule à 1 mg).

Informer la femme que l'IVG médicamenteuse comporte un risque d'échec et qu'il sera nécessaire dans ce cas de recourir à une IVG chirurgicale si l'IVG est toujours souhaitée.

- Informer la femme décidant de poursuivre une grossesse qui n'aurait pas été interrompue que le misoprostol est tératogène.
- Ne pas recourir à des doses de misoprostol > 400 µg.
- Ne pas recourir au misoprostol par voie vaginale.

Les événements indésirables les plus fréquents dans les études cliniques après IVG médicamenteuse ont été :

- > des douleurs pelviennes, métrorragies, nausées, vomissements et diarrhée.
- > Des saignements utérins abondants ont nécessité un curetage hémostatique dans 0 à 5 % des cas selon les études.

Des événements rares mais graves ont été signalés, principalement lors d'utilisations hors AMM de spécialités contenant du misoprostol :

- chocs toxiques et chocs septiques après administration par voie vaginale de comprimés destinés à la voie orale ;
- infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, principalement après des doses supérieures à celles figurant dans l'AMM.

* Mifégyne®, Miffée®, Gymiso® et MisoOne® sont prescrits et délivrés en établissement de santé (publics ou privés). Ils peuvent être utilisés hors établissement de santé par des médecins ou sages-femmes exerçant en cabinet de ville, centre de planification ou centre de santé et ayant établi une convention avec un établissement de santé.

HAS

Rapport d'analyse prospective 2019 et rapports d'activité 2018

La HAS (Haute Autorité de Santé) publie son deuxième **rapport d'analyse prospective du système de santé**. Sous le titre « Numérique : quelle (R)évolution ? » ils analysent les conditions et les priorités fondamentales pour faire du numérique un outil au service de la qualité, de la sécurité et de l'efficience du système de santé et de protection sociale. Y sont notamment présentées 29 propositions pour les usagers et les acteurs dans le champ sanitaire, social & médico-social.

Vous pouvez également consulter les rapports d'activité 2018, année qui a vu le périmètre de la HAS s'étendre aux champs social et médico-social. Vous y (re)découvrirez également les six priorités de leur projet stratégique pour les cinq années à venir.

POUR EN SAVOIR PLUS

https://www.has-sante.fr/jcms/c_1267546/fr/publications-institutionnelles



Terpan lance des préservatifs en braille pour rétablir une équité de traitement entre valides et aveugles/malvoyants

Le laboratoire Terpan, expert en prévention contre les IST/MST et fabricant de préservatifs masculins et féminins, lance une nouvelle gamme avec un packaging en braille destiné à faciliter l'achat de préservatifs pour les personnes mal ou non-voyantes.

À ce jour, il n'est pas toujours évident aux handicapés visuels d'avoir accès aux divers modes d'emploi qui peuplent notre vie de tous les jours. La situation peut encore devenir plus problématique lorsque l'on veut avoir accès à un produit qui touche de plus près notre intimité ou notre vie privée.

C'est notamment le cas en ce qui concerne les préservatifs où la majorité des préservatifs que l'on trouve dans le commerce ne sont pas lisibles pour les personnes malvoyantes ou atteintes de cécité.

La déficience visuelle ne doit pas être un frein à la protection

En France, près de 1,7 million de personnes sont atteintes d'un trouble de la vision. Il y a 207 000 personnes ayant une déficience visuelle (pas de perception de la lumière) et malvoyants profonds (vision résiduelle limitée à la distinction de silhouettes); 932 000 malvoyants moyens (incapacité visuelle sévère : en vision de loin, ils ne peuvent distinguer un visage à 4 mètres; en vision de près, la lecture est impossible).

Face à cela, le laboratoire Terpan propose une nouvelle gamme de préservatifs avec un packaging où les écrits sont en braille.

« Si le jeune public peut avoir accès à ces données très facilement, la situation peut devenir plus problématique par exemple pour un jeune garçon ou une jeune fille qui dépend de tierces personnes et ce en raison d'un handicap visuel » explique Kamal Yahaoui du Laboratoire Terpan.

Ce dernier a donc songé dans le cadre de l'accès à l'information de tous les publics de mettre à disposition des aveugles et malvoyants des préservatifs spécialement conçus pour les personnes atteintes d'un handicap visuel.

« Les préservatifs adaptés aux publics malvoyants et non-voyants permettent de rétablir une équité de traitement entre valides et aveugles/malvoyants mais permettent aussi de respecter l'intimité et la pudeur des utilisateurs potentiels » complète Kamal Yahaoui.

Tous les produits ont été testés auprès de personnes malvoyantes ou atteintes de cécité. Ils sont certifiés CE, un label de qualité qui garantit efficacité et conformité aux normes européennes.

Quant au prix, il est de 8,95 € pour une boîte de 10 préservatifs, un tarif sensiblement équivalent aux préservatifs classiques.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 27 JUIN 2019

**CONSEIL DE L'ORDRE
DES SAGES-FEMMES****Ouverture des
plateaux techniques
d'accouchement
aux sages-femmes
libérales**

Une prise de position commune du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes et du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens.

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes et le Collège national des Gynécologues-Obstétriciens souhaitent rappeler la possibilité pour les maternités d'ouvrir leurs plateaux techniques d'accouchement aux sages-femmes libérales. Face à la demande grandissante d'autonomie et de soins personnalisés des patientes en obstétrique, une première mesure consiste à créer, partout où cela est matériellement possible, une filière de soins physiologiques. Une deuxième mesure est d'appliquer la loi qui prévoit, sous conditions, **d'ouvrir les plateaux techniques d'accouchement aux sages-femmes libérales**. La simple signature d'une convention entre un établissement et une sage-femme libérale permet à cette dernière d'avoir accès au plateau technique d'accouchement et de répondre ainsi à la demande de ses patientes. En cas de pathologie, le même recours aux médecins de l'équipe se produira, comme si c'était une patiente de la maternité. Les sages-femmes pratiquant ce mode d'exercice sont rémunérées selon les honoraires prévus par la CNAM et selon la convention établie avec l'établissement. Les accouchements réalisés sur le plateau technique peuvent être comptabilisés au sein de la maternité.

**COMMUNIQUÉ DE PRESSE**→ 1^{er} JUILLET 2019**CONTRACEPTION D'URGENCE****Les délais méconnus par les jeunes,
une campagne d'information
pour y remédier**

Oubli de pilule, rupture de préservatif, rapport non protégé : diverses circonstances peuvent exposer à un risque de grossesse non prévue. Dans ces situations, la contraception dite d'urgence (CU) constitue une solution de rattrapage qui permet de réduire le risque de grossesse non prévue. Pourtant, selon les données du Baromètre de Santé publique France 2016 une grande majorité des moins de 30 ans méconnaissent les délais d'utilisation. Face à ce constat, le Ministère des Solidarités et de la Santé et Santé publique France lancent une campagne de communication digitale sur la contraception d'urgence ayant pour objectif d'informer les jeunes, qu'en cas de doute, ils ont les moyens d'agir.

**Contraception d'urgence
disponible sans prescription,
anonyme et gratuite**

Ces dernières années, les modalités d'accès à la contraception d'urgence et ses délais d'utilisation ont évolué. La contraception d'urgence est désormais disponible sans prescription médicale et de façon anonyme et gratuite aux mineures. Il est possible de se la procurer en pharmacie, dans un centre de planification ou d'éducation familiale (CPEF), dans un centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD), mais aussi auprès de l'infirmière scolaire ou du service universitaire de médecine préventive et de prévention de la santé (SUMPPS) si l'on est étudiante. La contraception d'urgence doit être prise si possible dans les douze heures après un rapport non ou mal protégé mais elle peut être prise dans les 3 jours ou 5 jours selon le médicament utilisé.

La contraception d'urgence ne constitue pas une méthode de contraception régulière. Il s'agit d'une méthode de contraception de rattrapage qui, bien utilisée, représente une solution efficace pour faire face à un risque ponctuel de grossesse.

**Le manque de connaissance
des délais d'utilisation de la
contraception d'urgence persiste**

Les résultats du Baromètre Santé 2016 montrent que 83 % des moins de 30 ans connaissent le caractère gratuit de la CU

pour les mineures et 82 % savent qu'il est possible d'acheter une contraception d'urgence sans ordonnance directement en pharmacie. **Néanmoins, le niveau d'information des 15-30 ans sur les délais réels d'utilisation s'avère encore insuffisant :**

- **seuls 1 % des moins de 30 ans connaissent le délai maximum dont dispose une femme après un rapport sexuel pour éviter une grossesse non désirée : 5 jours ;**
- 17 % des moins de 30 ans considèrent que la CU doit être prise dans un délai de 3 jours,
- **et environ 40 % pensent que la contraception d'urgence est efficace uniquement si elle est prise dans les 24 heures après le rapport sexuel non ou mal protégé.**

Même si dans l'ensemble les connaissances des femmes sont meilleures que celles des hommes, elles restent insuffisantes pour assurer un bon usage de la CU.

**Une campagne de sensibilisation
pour rappeler les délais
d'efficacité de la CU**

Cette campagne du Ministère des Solidarités et de la Santé et de Santé publique France a pour objectif d'informer les jeunes et plus particulièrement les 18-25 ans, qu'en cas de doute, il est possible de bénéficier d'une contraception d'urgence après le rapport sexuel non ou mal protégé. « *Cette communication auprès des plus jeunes sur les délais d'utilisation de la CU est essentielle*

pour leur assurer une entrée dans la sexualité dans les meilleures conditions. Et bien que les filles soient les principales destinataires des informations relatives à la contraception et à la contraception d'urgence, il est important que ce message soit également entendu et intégré par les garçons afin qu'ils soient impliqués autour de cet enjeu qui concerne le couple et pas uniquement les jeunes filles » explique Nathalie Lydié, responsable de l'unité Santé sexuelle à Santé publique France.

La campagne digitale sera diffusée sur le web et sur les réseaux sociaux (Facebook, Snapchat et Instagram) du 1^{er} juillet au 21 juillet 2019.

L'ensemble des éléments de la campagne renverra vers le site de référence et d'information fiable sur la sexualité à destination des jeunes : Onsexprime.fr qui répond à toutes les questions que l'on peut se poser sur la contraception d'urgence : comment ça marche ? Où et comment se la procurer ? À qui s'adresser ?

POUR EN SAVOIR PLUS

- Rahib D. Lydié N. Baromètre de Santé publique France 2016 : La contraception d'urgence : des délais de prise toujours sous-estimés. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019.

- Le site choisirsacontraception.fr créé par Santé publique France, permet de bénéficier d'informations, d'outils et de conseils sur les différentes méthodes de contraception régulières et d'urgence. On y retrouve notamment la fiche « Que faire en cas d'oubli de pilule ? », les questions les plus fréquentes sur la thématique, des témoignages.

**COMMUNIQUÉ DE PRESSE**

→ 28 JUIN 2019

MÉDICAMENTS HOMÉOPATHIQUES

Une efficacité insuffisante pour être proposés au remboursement

À la demande du ministère des Solidarités et de la Santé, la Haute Autorité de santé a évalué le bien-fondé du maintien au remboursement des médicaments homéopathiques. Au terme de la première évaluation scientifique française de ces médicaments, la commission de la transparence rend un avis défavorable à leur prise en charge par l'assurance maladie.

Contrairement aux autres médicaments, les médicaments homéopathiques n'ont pas été évalués scientifiquement avant d'être inscrits au remboursement il y a plusieurs décennies. Dans ce contexte, le ministère des Solidarités et de la Santé a saisi la HAS pour évaluer le bien-fondé du maintien au remboursement par l'assurance maladie des médicaments homéopathiques.

Première évaluation scientifique en vue du remboursement en France

La commission de la transparence de la HAS a mené la première évaluation scientifique française sur les médicaments homéopathiques. Elle a concerné près de 1 200 médicaments homéopathiques (1 200 souches qui peuvent avoir chacune des taux de dilution différents et être combinées entre elles), soit une évaluation beaucoup plus vaste que celles habituellement menées par la commission. Celle-ci a analysé plus de 1 000 publications scientifiques, les contributions des parties prenantes ainsi que les documents et dossiers déposés par les trois laboratoires concernés (Boiron, Weleda et Rocal-Lehning).

Au terme de cette évaluation scientifique qui a nécessité 9 mois de travail, la commission de la transparence a rendu un avis défavorable au maintien du remboursement des médicaments homéopathiques. Cet avis a été adopté à la majorité lors de la séance plénière du 26 juin, à l'issue de la phase contradictoire. Celle-ci a permis aux trois laboratoires de faire-valoir (par écrit et en audition le 12 juin) leurs arguments relatifs au projet d'avis adopté par la commission le 15 mai.

L'avis de la commission a été transmis aux laboratoires ainsi qu'à la ministre des Solidarités et de la Santé à qui il appartient de prendre la décision finale sur le maintien ou non du remboursement des médicaments homéopathiques par l'assurance maladie.

Une efficacité insuffisamment démontrée pour justifier d'un remboursement

La commission de la transparence a identifié des données scientifiques pour 24 affections et symptômes traités avec des médicaments homéopathiques tels que troubles de l'anxiété, verrues plantaires, soins de support en oncologie, infections respiratoires aiguës chez l'enfant, etc.

Pour l'ensemble de ces affections et symptômes, la commission de la transparence a considéré que ces médicaments n'ont pas démontré scientifiquement une efficacité suffisante pour justifier d'un remboursement.

Plusieurs raisons motivent cette conclusion :

- **Absence de preuve de l'efficacité** (données cliniques ne permettant pas de conclure à une efficacité suffisante ou absence de données disponibles) ;
- **Pas de nécessité de recourir systématiquement à des médicaments (classiques ou homéopathiques) pour traiter des pathologies sans gravité ou qui guérissent spontanément** ;
- **Absence d'étude robuste** permettant d'évaluer l'impact des médicaments homéopathiques sur la qualité de vie des patients ;
- **Absence d'impact attribuable aux médicaments homéopathiques** sur la consommation d'autres médicaments, la diminution du mésusage, le nombre d'hospitalisations, les retards à la prise en charge ou sur l'organisation des soins.

Toujours proposer une prise en charge adaptée aux besoins des patients

À l'occasion de cette évaluation, la HAS souligne que le recours à l'homéopathie ne doit pas retarder la prescription des soins nécessaires à la prise en charge des patients, en particulier pour les maladies graves et évolutives. Elle tient à sensibiliser à nouveau prescripteurs et patients sur le fait qu'une prescription médicamenteuse n'est pas toujours nécessaire. L'objectif est de sortir de la culture du « tout médicament » et de savoir recourir aux approches préventives ou thérapeutiques non médicamenteuses, comme l'activité physique, qui ont une efficacité prouvée sur la santé.



Utilisation de l'Intelligence Artificielle (IA) dans l'interprétation du Rythme Cardiaque Foetal (RCF) durant le travail (Revue systématique et mét-analyse)

Use of artificial intelligence (AI) in the interpretation of intrapartum fetal heart rate (FHR) tracings: a systematic review and meta-analysis

OBJECTIVES

To determine the degree of inter-rater reliability (IRR) between human and artificial intelligence (AI) interpretation of fetal heart rate tracings (FHR), and to determine whether AI-assisted electronic fetal monitoring interpretation improves neonatal outcomes amongst laboring women.

DATA SOURCES

We searched Medline, EMBASE, Google Scholar, Scopus, ISI Web of Science and Cochrane database search, as well as PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) and RCT registry (www.clinicaltrials.gov) until the end of October 2018 to conduct a systematic review and meta-analysis comparing visual and AI interpretation of EFM in labor. Similarly, we sought out all studies evaluating the IRR between AI and expert interpretation of EFM.

TABULATION, INTEGRATION AND RESULTS

Weighed mean Cohen's Kappa was calculated to assess the global IRR. Risk of

bias was assessed using the Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. We used relative risks (RR) and a random effects (RE) model to calculate weighted estimates. Statistical homogeneity was checked by the χ^2 test and I using Review Manager 5.3.5 (The Cochrane Collaboration, 2014.) We obtained 201 records, of which 9 met inclusion criteria. Three RCT's were used to compare the neonatal outcomes and 6 cohort studies were used to establish the degree of IRR between both approaches of EFM evaluation. With regards to the neonatal outcomes, a total of 55,064 patients were included in the analysis. Relative to the use of clinical (visual) evaluation of the FHR, the use of AI did not change the incidence rates of neonatal acidosis, cord pH below 7.20, 5-min APGAR scores < 7, mode of delivery, NICU admission, neonatal seizures, or perinatal death. With regards to the degrees of inter-rater reliability, a weighed mean Cohen's Kappa of 0.49 [0.32-0.66] indicates moderate

agreement between expert observers and computerized systems.

CONCLUSION

The use of AI and computer analysis for the interpretation of EFM during labor does not improve neonatal outcomes. Inter-rater reliability between experts and computer systems is moderate at best. Future studies should aim at further elucidating these findings.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Inter-rater reliability : fiabilité inter-évaluateurs - ***Whether***: si - ***Improve***: améliore - ***Amongst***: parmi/chez - ***We sought out***: nous avons recherché - ***Weighed mean Cohen's Kappa*** : le poids moyen du coefficient Kappa - ***To assess*** : évaluer - ***With regards*** : s'agissant - ***Rates*** : taux - ***Seizures*** : convulsions - ***Agreement*** : accord/entente.

Balayla J, Shrem G.

ARCH GYNECOL OBSTET. 2019
JUL;300(1):7-14. DOI: 10.1007/S00404-019-05151-7. EPUB 2019 MAY 3.

Association entre supplémentation en calcium et prééclampsie et hypertension gravidique (Revue systématique et mét-analyse d'essais randomisés)

The association between calcium supplement and preeclampsia and gestational hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomized trials

OBJECTIVES

The purpose of this study is to investigate whether calcium supplement with or without other drugs could reduce the risk of preeclampsia and gestational hypertension based on existed evidence, and to clarify whether there is discrepant

effect among different population and using different dose.

METHODS

PubMed, Cochrane library, and EMBASE database were searched. Two authors independently screened all records and extracted data. The meta-analysis was

performed to calculate risk ratios and 95 % CIs using random-effects models.

RESULTS

27 studies, with 28 492 pregnant women were included. The results showed calcium supplement was associated with lower incidence of preeclampsia (RR

0.51, 95 % CI: 0.40 to 0.64) and gestational hypertension (RR 0.70, 95 % CI: 0.60 to 0.82). Sub-analyses revealed high-dose (1.2-2 g/day), moderate-dose (0.6-1.2 g/day), and low-dose (<0.6 g/day) of calcium supplement could reduce the risk of preeclampsia. For gestational hypertension, only high dose and moderate dose groups were associated with reducing the risk of gestational hypertension. However, we could draw a conclusion which does group was the most protective, as we were unable to directly compare the effects of different doses.

CONCLUSIONS

This study indicated calcium supplementation might decrease the risk of preeclampsia and gestational hypertension. And results of subgroups analyses enhanced our confidence to the protective effect of calcium supplementation. However, further studies with direct comparison of different dose of calcium supplementation are needed to explore the ideal dose of calcium supplementation to prevent preeclampsia and gestational hypertension.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Purpose: objectif - **Whether:** si - **Discrepant:** discordant/divergent - **Among:** parmi - **Lower:** diminué - **We could draw a conclusion:** nous pourrions conclure - **Might decrease:** pourrait diminuer - **Enhanced our confidence:** a amélioré notre confiance.

Sun X, Li H, He X, Li M, Yan P, Xun Y, Lu C, Yang K, Zhang X.

HYPERTENS PREGNANCY.
2019 MAY;38(2):129-139. DOI: 10.1080/10641955.2019.1593445. EPLB 2019 APR 2.

Supplémentation des femmes en multiples micronutriments pendant la grossesse

Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy

BACKGROUND

Multiple-micronutrient (MMN) deficiencies often coexist among women of reproductive age in low- and middle-income countries. They are exacerbated in pregnancy due to the increased demands of the developing fetus, leading to potentially adverse effects on the mother and baby. A consensus is yet to be reached regarding the replacement of iron and folic acid supplementation with MMNs. Since the last update of this Cochrane Review in 2017, evidence from several trials has become available. The findings of this review will be critical to inform policy on micronutrient supplementation in pregnancy.

OBJECTIVES

To evaluate the benefits of oral multiple-micronutrient supplementation during pregnancy on maternal, fetal and infant health outcomes.

SEARCH METHODS

For this 2018 update, on 23 February 2018 we searched Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register, ClinicalTrials.gov, the WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP), and reference lists of retrieved studies. We also contacted experts in the field for additional and ongoing trials.

SELECTION CRITERIA

All prospective randomised controlled trials evaluating MMN supplementation with iron and folic acid during pregnancy and its effects on pregnancy outcomes were eligible, irrespective of language or the publication status of the trials. We included cluster-randomised trials, but excluded quasi-randomised trials. Trial reports that were published as abstracts were eligible.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS

Two review authors independently assessed trials for inclusion and risk of bias, extracted data and checked them for accuracy. We assessed the quality of the evidence using the GRADE approach.

MAIN RESULTS

We identified 21 trials (involving 142,496 women) as eligible for inclusion in this review, but only 20 trials (involving 141,849 women) contributed data. Of these 20 trials, 19 were conducted in low- and middle-income countries and

compared MMN supplements with iron and folic acid to iron, with or without folic acid. One trial conducted in the UK compared MMN supplementation with placebo. In total, eight trials were cluster-randomised. MMN with iron and folic acid versus iron, with or without folic acid (19 trials) MMN supplementation probably led to a slight reduction in preterm births (average risk ratio (RR) 0.95, 95 % confidence interval (CI) 0.90 to 1.01; 18 trials, 91,425 participants; moderate-quality evidence), and babies considered small-for-gestational age (SGA) (average RR 0.92, 95 % CI 0.88 to 0.97; 17 trials; 57,348 participants; moderate-quality evidence), though the CI for the pooled effect for preterm births just crossed the line of no effect. MMN reduced the number of newborn infants identified as low birthweight (LBW) (average RR 0.88, 95 % CI 0.85 to 0.91; 18 trials, 68,801 participants; high-quality evidence). We did not observe any differences between groups for perinatal mortality (average RR 1.00, 95 % CI 0.90 to 1.11; 15 trials, 63,922 participants; high-quality evidence).

MMN supplementation led to slightly fewer stillbirths (average RR 0.95, 95 % CI 0.86 to 1.04; 17 trials, 97,927 participants; high-quality evidence) but, again, the CI for the pooled effect just crossed the line of no effect. MMN supplementation did not have an important effect on neonatal mortality (average RR 1.00, 95 % CI 0.89 to 1.12; 14 trials, 80,964 participants; high-quality evidence). We observed little or no difference between groups for the other maternal and pregnancy outcomes: maternal anaemia in the third trimester (average RR 1.04, 95 % CI 0.94 to 1.15; 9 trials, 5,912 participants), maternal mortality (average RR 1.06, 95 % CI 0.72 to 1.54; 6 trials, 106,275 participants), miscarriage (average RR 0.99, 95 % CI 0.94 to 1.04; 12 trials, 100,565 participants), delivery via a caesarean section (average RR 1.13, 95 % CI 0.99 to 1.29; 5 trials, 12,836 participants), and congenital anomalies (average RR 1.34, 95 % CI 0.25 to 7.12; 2 trials, 1,958 participants). However, MMN supplementation probably led to a reduction in very preterm births (average RR 0.81, 95 % CI 0.71 to 0.93; 4 trials, 37,701 participants). We were unable to assess a number of prespecified, clinically important outcomes due to insufficient or non-available data. When

RECHERCHE

we assessed primary outcomes according to GRADE criteria, the quality of evidence for the review overall was moderate to high. We graded the following outcomes as high quality: LBW, perinatal mortality, stillbirth, and neonatal mortality. The outcomes of preterm birth and SGA we graded as moderate quality; both were downgraded for funnel plot asymmetry, indicating possible publication bias.

We carried out sensitivity analyses excluding trials with high levels of sample attrition (> 20%). We found that results were consistent with the main analyses for all outcomes. We explored heterogeneity through subgroup analyses by maternal height, maternal body mass index (BMI), timing of supplementation, dose of iron, and MMN supplement formulation (UNIMMAP versus non-UNIMMAP). There was a greater reduction in preterm births for women with low BMI and among those who took non-UNIMMAP supplements. We also observed subgroup differences for maternal BMI and maternal height for SGA, indicating greater impact among women with greater BMI and height. Though we found that MMN supplementation made little or no difference to perinatal mortality, the analysis demonstrated substantial statistical heterogeneity. We explored this heterogeneity using subgroup analysis and found differences for timing of supplementation, whereby higher impact was observed with later initiation of supplementation. For all other subgroup analyses, the findings were inconclusive. MMN versus placebo (1 trial) A single trial in the UK found little or no important effect of MMN supplementation on preterm births, SGA, or LBW but did find a reduction in maternal anaemia in the third trimester (RR 0.66, 95 % CI 0.51 to 0.85), when compared to placebo. This trial did not measure our other outcomes.

AUTHORS' CONCLUSIONS

Our findings suggest a positive impact of MMN supplementation with iron and folic acid on several birth outcomes. MMN supplementation in pregnancy led to a reduction in babies considered LBW, and probably led to a reduction in babies considered SGA. In addition, MMN probably reduced preterm births. No important benefits or harms of MMN supplementation were found for mortality outcomes (stillbirths, perinatal and neonatal mortality). These findings may provide some basis to guide the replacement of iron and folic acid supplements with MMN supplements for pregnant women residing in low- and middle-income countries.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Low - and middle - income countries: pays à revenus bas et intermédiaires - **Increased demands:** besoins augmentés - **Leading to potentially adverse effects:** conduisant à des effets potentiellement délétères - **Update:** mise à jour - **Available:** disponible - **Policy:** politique - **Ongoing:** en cours - **Prospective randomised controlled trials:** essais contrôlés prospectifs randomisés - **Cluster-randomised trials:** essais randomisés de groupes - **Accuracy:** exactitude - **Involving:** impliquant - **Probably led to a slight reduction:** a probablement entraîné une légère réduction - **Pooled effect:** effet combiné - **Led to slightly fewer stillbirths:** ont entraîné un peu moins de mortinissance - **Miscarriage:** fausse couche - **Funnel plot:** graphique en entonnoir - **We carried out sensitivity analyses:** nous avons réalisé des analyses de sensibilité - **Sample:** échantillon - **Whereby:** selon lequel.

Keats EC, Haider BA, Tam E, Bhutta ZA.

COCHRANE DATABASE SYST REV. 2019 MAR 14; 3: CD004905.
DOI: 10.1002/14651858.CD004905.PUB6.

FORMATION

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^{re} et 2^e étapes présentielles (dates indiquées ci-après)
- 3^e étape non présente

Niveau 1 • Nanterre (92) - Espace Chevreul

Formatrice: Anne-Françoise Sachet

- du 26 au 29/08/19 et du 23 au 26/09/19
- du 21 au 24/10/19 et du 18 au 21/11/19

• 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

Prochaines dates à venir

Travail Corporel en Rééducation Périnéale

- Durée: 4 jours

• Pré requis: activité en rééducation périnéale
Formatrice: Corinne Roques

Programmation en région possible. Nous contacter.

• 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 Dallem

03 89 62 94 21 - cmp.info@free.fr

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

www.institutnaissanceetformations.fr

Prises en charge possibles: DPC - FIF-PL

47^{es} JOURNÉES JEAN COHEN 2019
EN COLLABORATION AVEC LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

PRÉSIDENT : JEAN-MARIE ANTOINE
COORDINATION SCIENTIFIQUE : JOËLLE BELAISCH-ALLART

VENDREDI 15 NOVEMBRE 2019

MATIN. SALLE LIST

8h30 - 9h00	ACCUEIL DES PARTICIPANTS – CAFÉ
9h00 - 10h30	SESSION INFERTILITÉ : ÉPIDÉMIE D'INSUFFISANCE OVARIENNE PRÉMATURE ? 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 fertilitéC. YAZBECK
10h30 - 11h00	PAUSE – VISITE DES STANDS
11h00 - 12h30	SESSION GYNÉCO ACTUALITÉ - Modérateurs : B. LETOMBE et G. BOUTET Surveillance post conisation : les nouvelles recommandationsH. BORNE Tempête sur les macro progestatifs ?C. JAMIN Infections à HPV comment informer les patientes ?J.-L. MERGUI CMV - revisité - dépistage - prévention conséquencesY. VILLE
12h30 - 13h00	ALLOCATION DU PRÉSIDENT JEAN-MARIE ANTOINE
13h00 - 14h15	DÉJEUNER

APRÈS-MIDI. SALLE LIST

14h15 - 18h30	SESSIONS CONTROVERSES - Modérateurs : J.-L. BENIFLA et P. LOPES L'échographie doit-elle faire partie de la surveillance systématique après la ménopause ?J. CREQUAT - discutant P. MADELENAT Endométriose post ménopausique. Quelle prise en charge ?L. MARIÉ SCEMAMA - discutant C. JAMIN 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 colJ.-J. BALDAUF - discutant P. LOPES
17h45 - 18h30	La loi de bioéthique. Ou en sommes-nous ?I. NISAND - discutant P. MERVIEL

SAMEDI 16 NOVEMBRE 2019

MATIN. SALLE LIST

8h30 - 9h00	ACCUEIL DES PARTICIPANTS – CAFÉ
9h00 - 12h30	SESSION PLÉNIÈRE : CONTRACEPTION : QUESTIONS-RÉPONSES, QUESTIONS SANS RÉPONSES Session parrainée par la Société Francophone de Contraception Modérateurs : D. SERFATY, H. CHELLI, M. BOUZEKRINI, B. THIEBA-BONANE, M. BENNIS 1. Un pas de plus dans la prévention ? Préservatif masculin remboursé par la Sécurité socialeD. HASSEOUN 2. Evolution du marché de la contraception en France :« Vous avez dit hormonophobie ? »D. SERFATY 3. Qu'est-ce que l'anneau vaginal Annovera®R. SITRUK-WARE, Ph. BOUCHARD (Population Council) 4. Spécificité de la contraception chez les sportives de tous niveauxC. MAITRE 5. La pilule contraceptive pour hommeD. SERFATY 6. Les media et la contraception en 2019P. MERVIEL 7. Depuis l'avènement de la contraception hormonale, peut-on dire que les ménorragies fonctionnelles ont vécu ?P. MERVIEL 8. Concept de « Multipurpose Prevention Technologies en contraception (MPT)R. SITRUK-WARE, Ph. BOUCHARD (Population Council) 9. Existe-t-il un risque de leucémie chez les enfants issus de grossesses survenues sous pilule ou dès après l'arrêt de la pilule ?M. ESPIÉ
10h30 - 11h00	PAUSE VISITE DES STANDS
11h00 - 12h30	ATELIERS DE VENDREDI ET SAMEDI. SALLE 203
9h00 - 10h30	VENDREDI 15 NOVEMBRE 2019 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
9h00 - 10h30	SAMEDI 16 NOVEMBRE 2019 ATELIERS FERTILITÉ Intervenants : P. MERVIEL, F. SCHEFLER et C. YAZBECK Programme en cours
11h00 - 12h30	ATELIERS LE SEIN Intervenants : M. ESPIÉ et al. Programme en cours

FIN DU CONGRÈS : 12H30

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



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

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

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

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

AU PLUS TARD LE 10 DU MOIS PRÉCÉDENT.

 congres@eska.fr



FORMATIONS ANSFL 2019

Organisme de formation enregistré
sous le n° 93 05 00814 05
Ce numéro n'est pas agrément de l'Etat

TARIFS, DATES, ADHESION 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 (Biogiste)

Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous

L'INSTALLATION EN LIBÉRAL

Intervenante: Laurence Platel (SF).
Date et lieu: 23 sept 2019 à Clermont Ferrand (63)

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: Organiser un groupe: contactez-nous

INITIATION A LA PENSÉE CRITIQUE

Intervenante: Amélie Battaglia (SF)
Date et lieu: 11-12 octobre 2019 à Tours (37)
31 oct - 1^{er} nov 2019 - Le Cannet (06)

LA SEXOLOGIE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE NOS PATIENTES ET DE LEURS CONJOINTS

Intervenante: Nicole Andrieu (SF)
Date et lieu: Prochainement à Lyon (69)

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^e trim. 2019 à Lyon
- Session IV: Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre (Pré requis: session III)
Date et lieu: fin 4^e trim. 2019 à Lyon

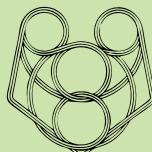
ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ

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 - Tél. : 07 82 19 11 59



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

• D'autres formations sont orientées vers les divers secteurs de la santé (l'accès est déterminé en fonction de la profession exercée):

Haptosyntèse, haptosynésie, haptopédagogie, haptopuériculture®.

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

RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTIONS

Tél.: 01 42 01 68 20

Mail : cirdhfv@haptonomie.org

www.haptonomie.org



Prochaines formations

▷ Clamart (92)

- Stage prénatal: les 21, 22, 23 octobre 2019
- Stage postnatal: le 24 octobre 2019

► Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes

Programme et inscription

6, Allée de la Tournelle - 91370 Verrières le Buisson

Message: 01 69 30 98 01 - Courriel: infos@annm.fr

Site internet: <http://annm.fr>

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



Les sages-femmes et le suivi gynécologique



Suivi gynécologique et contraception



3 jours

Suivi gynécologique et contraception, approfondissement



3 jours

Urgences gynécologiques et consultations inopinées



3 jours

Faire face aux résistances à la contraception



3 jours

Consultations gynécologiques et contraception des adolescents



4 jours

Suivi gynécologique et santé sexuelle des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes



2 jours

Endométriose Dépister Aborder Orienter



3 jours

Thérapeutique non pharmacologique de la ménopause et péri-ménopause



2 jours

IVG médicamenteuse



2 jours

Retrouvez les programmes, lieux et dates sur 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**





Vendredi 29 novembre 2019

20ème Journée sur l'Assistance Médicale à la Procréation de l'Hôpital Américain de Paris

ALLONS-NOUS VERS UNE MODIFICATION DES INDICATIONS EN AMP ?

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

PRÉSIDENTE : Laura RIENZI

COMITÉ SCIENTIFIQUE

**Dr Edouard AMAR, Dr Charles BRAMI, Dr Sandrine Cohen SCALI,
Dr Frida ENTEZANI, Dr André GAUTHIER, Dr Florence HERVE, Dr Julien LEPAGE,
Dr Carine PESSION, Dr Clémence Roche, Dr François ROLET, Dr Eric SEDBON,
Dr Alain THEBAULT, Dr Jean THOREL, Dr Charles TIBI,
Dr Meryl ToledanO, Dr Pierre ZITOUN**

COMITE D'ORGANISATION

**Dr Edouard AMAR, Dr Charles BRAMI, Dr Frida ENTEZANI,
Dr Carine PESSION, Dr Eric SEDBON, Dr Charles TIBI, Dr Alain THEBAULT**

MATIN

- 8h30 – 8h40 Mot de bienvenue
- 8h45 – 9h30 Introduction
- 9h00 – 10h30 SESSION 1 : ÂGE MATERNEL AVANCÉ EN FIV
- Présent et futur
 - L'apport de l'intelligence artificielle dans le choix des embryons
- 10h30 – 11h00 Pause - Visite des stands
- 11h00 – 12h30 SESSION 2 : INFERTILITÉ MASCULINE
- Focus sur les chromosomes spermatiques
 - Quelles hormones pour l'homme ?
- 12h30 – 14h15 Déjeuner

APRÈS-MIDI

- 14h15 – 16h00 SESSION 3 : PROTOCOLES DE STIMULATION
- Personnalisation :
 - le pour
 - le contre
- 16h00 – 16h30 Pause - Visite des stands
- 16h30 – 18h00 SESSION 4 : ENDOMÉTRIOSE ET INFERTILITÉ
- Endométriose profonde : chirurgie et fertilité
 - Endométrioses : Chirurgie, sclérothérapie ou FIV : le pour, contre, synthèse
 - Douleurs et endométriose
- 18h00 – 18h15 Conclusions et synthèse



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, SpO₂

HUNTLEIGH



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 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



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.



NUMÉRO DÉDIÉ AUX MAMANS
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

N° Vert 0 800 622 833

www.grandir-nature.com

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