

05/06
FEV. 2018

16^e Journées du
Collège National
des Sages-Femmes de France



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

www.cnsf.asso.fr

PARIS - PACI

PROGRAMME

**RÉSUMÉ
DES TRAVAUX**

ÉDITORIAL

Chers adhérents, chers collègues,

2018 devrait être une année, riche et féconde pour la profession. En effet, notre Ministre de Tutelle Agnès Buzyn a pour mission de mettre la prévention au cœur du système de santé.

Qui mieux que les sages-femmes, peuvent concourir à ces actions pour envisager une santé génésique et périnatale de meilleure qualité dans les années à venir.

Les sages-femmes sont en nombre, bien formées, et pourtant les résultats issus de l'enquête périnatale 2016, qui vous seront dévoilés montrent une baisse voire un recul des indicateurs qualité liés à la santé des femmes et des enfants. J'en veux pour preuve, les taux d'allaitement, de femmes tabagiques, de femmes en surpoids, des femmes vaccinées contre la grippe, le faible recours à la préparation à la naissance et à la parentalité et la quasi inexistence de l'entretien prénatal précoce. Nous devons nous interroger sur ces chiffres et revisiter nos discours et actions.

Bien que presque 80 % des femmes soient satisfaites de leur prise en charge, il n'en reste pas moins qu'un certain nombre vivent cet événement intense de la naissance comme une violence.

Cette thématique, doit être abordée avec calme et raison, cette réalité ne doit pas être ignorée et dissociée du vécu antérieur de toutes ces femmes que nous rencontrons. Une femme sur cinq en France est victime de violences sexuelles. Notre discipline s'inscrit dans l'intime et peut réveiller la mémoire traumatique, c'est pour cela que nous devons porter une vigilance absolue à toutes nos patientes. Il en va de leur santé mais aussi, celle de leur enfant.

Le recueil du consentement aux soins doit être permanent, dans chacun de nos actes et transcrit dans les dossiers.

Les recommandations sur l'accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales s'inscrivent complètement dans cette réflexion. Respecter les souhaits du couple, projets de naissance, et la parole des femmes.

L'élaboration de ces recommandations a mis en évidence la pauvreté des données relatives à la préparation à la naissance de même que pour les pratiques utilisées comme alternatives à la péridurale.

Je ne peux qu'encourager les sages-femmes de France à produire des données probantes sur la maïeutique, et le CNSF s'engage dans cette mission, particulièrement avec la commission scientifique.

Mais aussi, le CNSF récompense les meilleurs travaux d'étudiants, grâce au partenariat avec l'Anesf, membre actif du collégium. Par ailleurs, grâce à une dotation de 10 000 euros, de la Fondation Mustela, nous encourageons également des recherches en maïeutique, à des professionnels en parcours, master, doctorat ou post doctorat.

Je vous souhaite à toutes et tous, de belles rencontres, des échanges de qualité et du partage d'expériences lors de ces 16èmes journées du CNSF.

Sophie GUILLAUME

Présidente CNSF

REMERCIEMENTS

Nous remercions particulièrement les sociétés nous ayant apporté leur soutien :

AIR LIQUIDE SANTE FRANCE
AMA SANTE
ASPAZIE
ASSOCIATION TATIANA
ATLANTICS THERAPEUTICS
BAYER HEALTHCARE
BESINS HEALTHCARE
BIODERMA
BIVEA
C.C.D
C.N.S.F DE FRANCE
DIADICE MEDICAL
DOLPHITONIC
DOSSIERS DE
L'OBSTÉTRIQUE
EFFIK
EMF EPINO
EUROFINS BIOMNIS
EXPANSCIENCE
FRANCE BEBE NUTRITION
G.S.K
GALLIA / BLEDINA
GIFRER
GRANDIR NATURE
GYNECOLOGIE SANS
FRONTIERES
HRA PHARMA
INSTITUT DE GASQUET
IPRAD
LA ROCHE POSAY
LABORATOIRE 7 MED
LAUDAVIE

LES BALEINES BLEUES
MAM BABY
MARMOTT
MÉDECINS SANS
FRONTIÈRES
MEDIC FORMATION
MELIPHARM
MONT ROUCOUS
NATAL SERVICES
NATECH
NESTLE
NOENZA MATERNITY
NORDIC PHARMA
ONSSF
PEDIACT
PETITE EMILIE
PHILAU SPORT
PHYSIOQUANTA
PLIM
PROFESSION SAGE-FEMME
RIVADIS
SAINT GERVAIS MONTBLANC
SAMSUNG
SODILAC
SPAMA
STIMED
SUCKLE
TIRE LAIT EXPRESS -
MAMIVAC
UNSSF
VEA - CAPE
WINBACK

L'organisation matérielle est assurée par le **C.E.R.C.**

Christophe CASSAGNE
17 rue Souham 19000 TULLE
Tél. 05 55 26 18 87

Email : inscription@cerc-congres.com
www.cerc-congres.com

P R O G R A M M E

LUNDI 5 FÉVRIER

PAGES

9h00

Ouverture des journées

VIOLENCES OBSTÉTRICALES : SUR LE CHEMIN DE LA BIEN TRAITEMENT

8

Modérateurs : Sophie GUILLAUME (Paris) - Intervenant CIANE

- **De quoi parle t-on ?** Mélanie DECHALOTTE (Paris) 9
- **Qu'observe t-on dans les pratiques médicales** - Perrine MILLET (Montélimar) 10
- **Améliorer l'accueil du nouveau-né : bénéfices des stimulations multimodales** Laurence VAIVRE-DOURET (Paris) 11

10h30

Pause et visite des stands

Modérateur : Sabine PAYSANT (Le Cateau-Cambrésis)

11h00

- **Évaluer le vécu de l'accouchement** - Marie-Julia GUITTIER (Genève) 16
- **Le type de poussée maternelle a-t-il un impact sur les issues obstétricales ou néonatales : Étude EOLE** - Chloé BARASINSKI (Clermont-Ferrand) 23

12h30

Déjeuner libre ou Symposium

ACTUALITÉS

24

Modérateur : Anthony WEBER (Dun-le-Palestel)

14h00

Présentation des prix du CNSF et de la fondation Mustela

25

- **Impact de l'enquête EIPAGE 2 sur la prise en charge périnatale des extrêmes prématurés dans trois maternités de type III d'Ile de France** - Fanny SALMON (Paris) 26
- **Les issues périnatales sont-elles différentes selon le mode du début de travail en cas d'utérus unicatriciel ?** - Emma VECCHIOLI (Montreuil) 37
- **Position maternelle à l'accouchement : déterminants et impact sur les issues périnatales à partir des données de l'enquête nationale périnatale 2016** - Géraldine MEUNIER (Paris) 38
- **Cesaria : un programme de recherche multidisciplinaire et multi-sites visant à identifier les déterminants sociodémographiques de la pratique de la césarienne** Clémence SCHANTZ (Paris) 44
- **Enquête Périnat 2016 : les principaux résultats** - Béatrice BLONDEL (Paris) 46
- **Rapport sur la mortalité maternelle** - Catherine DENEUX-THARAUX (Paris) 47
- **Où en est la recherche en maïeutique en France ?** - Priscille SAUVEGRAIN (Paris) 48

15h30

Pause et visite des stands

Modérateur : Anne BATTUT (Paris)

16h00

- **Actualité sur la rééducation pelvi - périnéale : les nouvelles recommandations internationales de l'ICS : de l'anténatal au postnatal** - François HAAB - Alain BOURCIER (Paris) 49
- **Périnée - sport et rééducation périnéale** - Carole MAITRE (Paris) 50

17h30

Fin de la journée

P R O G R A M M E

MARDI 6 FÉVRIER

PAGES

9h00

ACCOUCHEMENT NORMAL OU PHYSIOLOGIQUE, RECOMMANDATIONS HAS - 1^{ère} Partie

51

Modérateurs : Sophie GUILLAUME (Paris) - Jacqueline LAVILLONNIERE (Saint-Lambert-du-Lattay) - Bernard HEDON (Montpellier)

- **Définitions : accouchement normal, accouchement physiologique**
Karine PETITPREZ (Saint-Denis)
- **Prise en charge des phases de latence et de dilatation** - Véronique LEJEUNE (Auch)
- **Prise en charge des phases de descente, d'expulsion et du post-partum**
Camille LE RAY (Paris)
- **Technique de l'accouchement et protection périnéale** - Franck PIZZAGALLI (Clamart)

10h30

Pause et visite des stands

2^{ème} Partie

11h00

- **Accueil, surveillance de la patiente et prise en charge non médicamenteuse de la douleur** - Clémence SCHANTZ (Paris)
- **Prise en charge médicamenteuse de la douleur** - Anne-Sophie DUCLOY (Lille)
- **Surveillance du fœtus et accueil du nouveau-né** - Marjan NADJAFIZADEH (Nancy)
- **L'information des patientes** - Catherine BERNARD - France ARTZNER (Paris)

12h30

Déjeuner libre

PROJET TRAJECTOIRES PRÉCARITÉ SANTÉ MATERNELLE ET PÉRINATALITÉ

53

Modérateur : Véronique TESSIER (Paris)

14h00

- **Précarité maternelle et suivi prénatal sous optimal** - Élie AZRIA (Paris)
- **Soins de la grossesse : une véritable (en)quête des femmes** - Raquel RICO BERROCAL (Paris)
- **Soins différenciés aux africaines : le cas de l'HTA pendant la grossesse**
Priscille SAUVEGRAIN (Paris)

54

55

61

15h30

Pause et visite des stands

Modérateur : Frédérique TEURNIER (Paris)

16h00

- **RPC sur la prise en charge de l'Herpès au cours de la grossesse**
Marie-Victoire SENAT (Paris - Kremlin Bicêtre) - Yann SELLIER (Paris)
- **L'actualité sur l'infection congénitale à cytomégalo virus** - Marianne LERUEZ-VILLE - Yann SELLIER (Paris)

63

80

17h00

Clôture des journées

A T E L I E R S

Salles 4-5-7-8-9

Lundi 5 FÉVRIER 2018
MATIN

Salle 4

10h30-12h30

ATELIER 1

Appui méthodologique à la recherche
Anne CHANTRY - Priscille SAUVEGRAIN

Salle 5

9h20-11h00

ATELIER 2

Rôle de la sage-femme dans la prévention de la plagio céphalie
Bernadette de GASQUET

Salle 7

9h20-11h30

ATELIER 3

IVG médicamenteuse
Isabelle GOURSAUD - Stéphanie HAUSS

Salle 8

9h20-10h45

ATELIER 15

Simulation sur la réanimation néonatale
Animateurs à venir - Équipe MEDUSIM

Salle 8

11h00-12h15

ATELIER 16

Simulation sur la réanimation néonatale
Animateurs à venir - Équipe MEDUSIM

Salle 9

9h20-12h30

ATELIER 4

Accoucher en confiance
Julie BONAPACE

Lundi 5 FÉVRIER 2018
APRÈS-MIDI

Salle 4

14h20 - 17h30

ATELIER 5

Communication hypnotique et initiation
Nicolas DUTRIAUX

Salle 5

14h20 - 16h00

ATELIER 6

Périnée arrêtons le massacre
Bernadette de GASQUET

Salle 8

14h20-15h45

ATELIER 17

Simulation sur la réanimation néonatale
Animateurs à venir - Équipe MEDUSIM

Salle 8

16h00-17h15

ATELIER 18

Simulation sur la réanimation néonatale
Animateurs à venir - Équipe MEDUSIM

Salle 9

14h20 - 16h30

ATELIER 7

Échographie
Philippe VIOSSAT

A T E L I E R S

Salles 4-5-7-8-9

Mardi 6 FÉVRIER 2018 MATIN

Salle 4

9h20-11h00

ATELIER 8

La douleur périnéale et les nouvelles techniques

Chantal FABRE-CLERGUE

Salle 5

9h20-12h30

ATELIER 9

Prise en charge du tabagisme gestationnel

Pierre-Antoine MIGEON

Salle 7

9h20-11h30

ATELIER 10

IVG médicamenteuse

Isabelle GOURSAUD - Stéphanie HAUSS

Salle 8

9h20-10h45

ATELIER 19

Simulation sur la réanimation néonatale

Animateurs à venir - Équipe MEDUSIM

Salle 8

11h00-12h15

ATELIER 20

Simulation sur la réanimation néonatale

Animateurs à venir - Équipe MEDUSIM

Salle 9

9h20-11h30

ATELIER 11

Échographie

Philippe VIOSSAT - Frédérique TEURNIER

Mardi 6 FÉVRIER 2018 APRÈS-MIDI

Salle 4

13h50 - 16h00

ATELIER 12

Violences faites aux femmes : apprendre à les repérer pour mieux les prendre en charge

Myriam KHENICHE

Salle 5

13h50 - 17h00

ATELIER 13

Accoucher en confiance

Julie BONAPACE

Salle 8

13h50-15h15

ATELIER 21

Simulation sur la réanimation néonatale

Animateurs à venir - Équipe MEDUSIM

Salle 8

15h30-16h45

ATELIER 22

Simulation sur la réanimation néonatale

Animateurs à venir - Équipe MEDUSIM

Salle 9

13h50 - 16h00

ATELIER 14

Échographie

Philippe VIOSSAT



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

VIOLENCES OBSTÉTRICALES : SUR LE CHEMIN DE LA BIEN TRAITANCE

CNSF - 5 et 6 Février 2018

De quoi parle-t-on ?

Mélanie DECHALOTTE

Paris

Retrouver cette intervention en vidéo sur le site

www.cerc-congres.tv

CNSF - 5 et 6 Février 2018

Qu'observe t-on dans les pratiques médicales

Perrine MILLET

Montélimar

Retrouver cette intervention en vidéo sur le site

www.cerc-congres.tv

Améliorer l'accueil du nouveau-né : bénéfices des stimulations multimodales

Laurence VAIVRE-DOURET*

** Professeur des Universités en Psychologie et Neuropsychologie du Développement
Université Paris Descartes , Sorbonne Paris Cité, Faculté de Médecine, Paris, France
Neuropsychologue clinicienne, psychothérapeute, Attachée à l'AP-HP, Hôpitaux
Universitaires Paris Centre, Cochin Port-Royal et Hôpital Universitaire Necker-Enfants
Malades Paris, France.*

*Directrice de l'équipe de recherche (NDTA) « Neuro-développement et troubles des
apprentissage » dans l'UMR 1178/1018 INSERM-CESP.*

*Chercheur associé au Laboratoire de Recherche d'Endocrinologie de l'IHU IMAGINE
Necker,*

Membre de l'Institut Universitaire de France

La peau est l'organe du tact et du toucher, un des premiers sens à se développer et le plus étendu. Son origine embryonnaire est la même que celle du système nerveux.

In utero, la surface cutanée du bébé et ses organes de l'équilibre sont sollicités par le liquide amniotique et par les pressions de son propre corps contre les parois utérines, par les divers mouvements et déplacements de la mère, ainsi que par la voix maternelle. Ce corps en mouvement fournit précocement au bébé des informations proprioceptives et vestibulaires, positionnement du corps dans l'espace, prenant leur origine dans les récepteurs articulaires et musculaires de la peau. Cela constitue les prémices des expériences corporelles du bébé et en particulier de son expérience spatiale du corps, positions et perception des mouvements, auxquelles viendront s'ajouter d'autres apports provenant des autres sens, odorat, ouïe et plus tardivement de la vision. S'élaborent ainsi les premières expériences corporelles progressivement structurées du bébé, à l'intérieur de l'enveloppe contenant formée par l'utérus.

L'apport de divers travaux atteste que les systèmes sensoriels et moteurs sont fonctionnels à différents degrés, selon un certain ordre de mise en jeu (cutané, sensibilité vestibulaire ou équilibration, goût, olfaction, audition, vision), avant même que la maturation des structures nerveuses ne soit terminée. L'exercice à proprement parler de chaque système s'est déjà plus ou moins renforcé dans le milieu utérin. En effet, pendant la période de gestation, se mettent en œuvre des séquences tout à fait opérationnelles de boucles ou connexions neuro-motrices et sensitivo-sensorielles (Vaivre-Douret, 1997 ; Vaivre-Douret et Burnod, 2001).

La sensorialité et la motricité sont donc étroitement liées. C'est leurs enrichissements, ainsi que leurs organisations, en unimodalité, transmodalité, et de différenciation, qui vont permettre un développement psychomoteur et affectif harmonieux

dans un contexte sécurisant où la discontinuité prendra sa place pour faire émerger des invariants et la présence absence de l'adulte envers le bébé sur lesquels se fonderont un accordage affectif (Stern, 1989) et progressivement l'intersubjectivité du nourrisson (Trevarthen, 1979). L'intersubjectivité désignant le vécu profond qui fait ressentir au bébé que soi et l'autre, cela fait deux.

L'approche que nous proposons aux parents et soignants à travers les stimulations multimodales s'inscrit dans le cadre du programme P.M.S.E que nous avons mis au point (Vaivre-Douret, 2003, 2009) dans l'élaboration d'un dialogue corporel adulte-enfant et d'une bienveillance parent-bébé.

Le corps et les mouvements constituent en effet les premiers moyens privilégiés d'expression du bébé et suscitent les réactions et ajustements de l'adulte. Entre eux, s'établit une communication préverbale sensorielle et tonico-émotionnelle, où le bébé est à la fois récepteur, acteur et spectateur. Le dialogue corporel qui s'instaure est d'emblée chargé d'affects et a un statut de véritable langage chargé de sens. Le corps constitue donc le premier lieu d'échange émotionnel primordial avec le milieu extérieur, lieu où s'organisent les comportements et conduites.

Ce programme est conçu dans la perspective de respecter et de favoriser la qualité de vie par des soins appropriés au développement du bébé de façon continue pour lui assurer une trajectoire développementale optimale, sur la base de la prise de conscience par l'adulte, parent ou soignant, des compétences effectives du bébé. Il est ainsi organisé en quatre secteurs qui recouvrent les principales situations d'approche du corps du bébé au cours des soins quotidiens.

- « P » concerne les différents modes de Portage du bébé, corps à corps, ainsi que l'utilisation des dispositifs de portage (harnais...), en tenant compte de l'organisation motrice et sensorielle du corps ;

- « M » les manœuvres et Manipulations pour les gestes quotidiens au cours du déplacement du corps du bébé au cours des changes et des soins pour le soulever et le retourner, le prendre dans les bras et le reposer. Et nécessaires dans le cadre de la méthode d'éveil par le « toucher sensori-tonico-moteur » (Vaivre-Douret, 2003 ; Vaivre-Douret, Oriot, Blossier et al., 2009) ;

- « S » Sollicitations par la méthode d'éveil par le « toucher sensori-tonico-moteur » avec des actions de guidage et de conseils pour l'éveil du développement psychomoteur.

- « E » la prise en compte de l'Environnement du bébé en tenant compte d'une part, du mode de couchage de celui-ci, avec notamment les effets du positionnement d'éveil et de sommeil qui ne sont pas sans conséquence sur le développement tonico-postural du bébé. Des conseils posturaux sont proposés avec l'aide de dispositifs développementaux tel que « Coconou® » (Vaivre-Douret, 2000) pour prévenir les déformations, contractions et l'inconfort et favoriser un développement psychomoteur optimal. D'autre part, l'aménagement de l'espace physique, avec des mobiles, jouets, ... etc, est évalué de façon appropriée aux compétences du bébé ainsi que l'utilisation des dispositifs, cosy, ... etc, qui ne sont pas sans conséquence sur le développement tonico-postural du bébé.

Le « toucher sensori-tonico-moteur » ou « toucher STM » est une méthode d'éveil de toucher sollicitant les cinq sens, apportant des stimulations multimodales, ce qui est différent des méthodes classiques de massage et parcourant le corps

du bébé de façon à favoriser la liberté de mouvements pour mieux lutter contre les forces de la gravité (Vaivre-Douret, 2003). L'originalité de la méthode du « toucher STM » est de la réaliser sur un matelas d'eau spécifique de forme ovale, le « Vestibulo » (Vaivre-Douret, 2000), facilitant l'apprentissage du contact, et sollicitant un des premiers sens «le sens proprioceptif» qui s'établit à partir des sensations vestibulaires en lien avec l'oreille interne, et des sensations kinesthésiques issues des muscles et articulations, fournissant au bébé des informations sur la position des différentes parties du corps nécessaires au contrôle et à la maturation de l'équilibration posturale.

Nous partons du postulat que le bébé à la naissance arrive avec un bagage de potentiels sensoriels et moteurs dont il a déjà constitué des répertoires. De plus, il existe dès la naissance de nombreuses liaisons fonctionnelles intermodales et plurimodales, ainsi que des liaisons entre les différents systèmes sensoriels, posturaux et organiques, par exemple : coordination oculo-motrice, régulation cardio-respiratoire, ... etc. Ainsi une modification du tonus de posture peut entraîner un changement de rythme cardiaque et respiratoire. En fait, les différents systèmes, étant fonctionnels à différents degrés à la naissance, maintiennent en permanence un niveau d'activation des neurones.

Nous sollicitons en premier lieu les systèmes sensoriels les plus matures, sensibilité cutanée, proprioceptive et vestibulaire, car ils sont mis en place depuis longtemps *in utero*, dès la 7^{ème} semaine de gestation, et différents travaux attestent depuis longtemps les effets des stimulations tactiles et kinesthésiques par le massage (Korner et Thoman, 1972 ; Clark, Kreutzberg et Chee, 1977 ; Field et al., 1986 ; White-Traut et Beth Carrier Goldman, 1988 ; Scafidi et al., 1990 ; Mathai et al., 2001, Vaivre-Douret et al., 2008 et 2009).

Sur le matelas d'eau, le bébé se déploie spontanément, la proximité de l'eau sollicite son expérience labyrinthique antérieure mémorisée, donnant au parent émerveillé une image réelle de ses compétences motrices spontanées. Les parents s'expriment assez facilement à travers ce préliminaire : le matelas d'eau est un médiateur qui laisse une certaine distance de sécurité pour le parent angoissé par le premier toucher et constitue ainsi une excellente amorce au suivi. Nous proposons aussi un fond musical, musique douce, sans rupture de rythme et d'intensité, évoquant l'eau et rappelant les sonorités intra-utérines. Ce support musical constitue pour l'adulte une guidance gestuelle d'où émanent rythmicité, régularité, apaisement et harmonie du mouvement, et il renforce l'atmosphère sécurisante et privilégiée. Ce support procure une détente musculaire et émotionnelle à la personne qui pratique et d'autre part pour le bébé, une sollicitation auditivo-sensorielle qui concorde avec les autres afférences sensorielles qui lui sont apportées, en augmentant son état de vigilance d'éveil calme. En même temps, il minimise les bruits de fond parasites qui n'ont pas de concordance avec l'action en jeu.

Les différentes parties du corps sont alors parcourues de façon développementale (proximo-distal), permettant en période néonatale d'une part la continuité par du peau à peau entre la mère et l'enfant, transposant le contact très étroit de la grossesse et d'autre part, en assurant l'intégration d'une coordination sensori-motrice comme le retournement activo-passif guidé qui représente un schéma sensori-moteur à point de départ proprioceptif. Ce schéma sert de base essentielle chez l'enfant pour l'organisation de son axe corporel, tête-tronc, et lui permettra de mettre

en œuvre ses premières compétences de coordinations motrices actives nécessaires à toute coordination motrice globale ou fine plus tardive.

Nous avons pu démontrer sur des nouveau-nés fragiles dits prématurés, les bienfaits des stimulations multimodales avec une huile végétale sur le développement somatique, croissance, métabolisme, aspects cutanés, et l'éveil neuro-psychomoteur (Vaivre-Douret, 2010). Cette étude est la seule randomisée en France à ce jour (Vaivre-Douret al., 2008, 2009). Cette approche par le toucher « sensori-tonico-moteur » offre l'occasion d'une relation étroite et privilégiée entre la mère et son enfant qui vont, dans la gestuelle, s'approprier mutuellement favorisant la mise en place des interactions parent-bébé, nécessaires au développement harmonieux du bébé. Le parent peut entrer ainsi en interaction et en communication plus confiante avec son bébé, autrement que par le seul regard ou par le bout des doigts, et dans une riche pluri-modalité sensorielle, il peut ainsi apaiser sa crainte de « lui faire mal », de le « casser », tout en assurant au bébé un bien être et une prévention développementale d'un point de vue neuro-psychomoteur.

Ce programme P.M.S.E. (Vaivre-Douret, 2009) peut s'inscrire dans une politique de soins qui s'élargit à la prise en charge globale de la trajectoire développementale du bébé en tenant compte de son environnement et développement physique, social et affectif.

Au-delà d'un simple programme, la pratique de l'approche corporelle par des stimulations multimodales suscite l'échange réciproque parent-bébé de sensations, de postures et d'actions au cours desquelles se mêlent les affects et s'instaure un dialogue préverbal corporel prophylactique sur le chemin de la bientraitance.

BIBLIOGRAPHIE

- Clark, D.-L., Kreutzberg, J.-R. et Chee, F.-K.-W. (1977). Vestibular stimulation. Influence on motor development in infants". *Sciences*, 196, 1228-1229.
- Field, T.-M., Schanberg, S.-M., Scafidi, F., Bauer, C.-R., Vega-Lahr, N., Garcia, R., Nystrom, J. et Kuhn, C.-M. (1986). Tactile/kinaesthetic stimulation effects on preterm newborns. *Pediatrics*, 77, 654-658.
- Korner, A.-F. et Thoman, E.-B. (1972). The relative efficacy of contact and vestibular proprioceptive stimuli in soothing neonates. *Child Development*, 43, 443-453.
- Mathai, S., Fernandez, A., Mondkar, J. et Kanbur, W. (2001). Effects of tactile-kinesthetic stimulation in preterms: a controlled trial. *Indian Pediatrics*, 38, 1091-1098.
- Scafidi, F.-A., Field, T.-M., Schanberg, S.-M., Bauer, C.-R., Tucci, K., Roberts, J., Morrow, C. et Kuhn, C.-M. (1990). Massage stimulates growth in preterm infants: A replication. *Infant, Behaviour and Development*, 13, 167-188.
- Stern, D.-N. (1989). *Le monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale*. Paris : PUF.
- Trevarthen, C. (1979). Communication and cooperation in early infancy : a description of primary intersubjectivity. In M. Bullowa (éd.) *Before speech: The beginning of human communication*, pp. 321-347. London: Cambridge Univ. Press.
- Vaivre-Douret, L. (1997). Précis théorique et pratique du développement moteur du jeune enfant : normes et dispersions. Paris : 1^{ère} édition Elsevier, Nouvelle Edition ECPA 2004.

- Vaivre-Douret, L. (2000). « Coconou® » marque déposée, brevets et modèles sur des dispositifs de posture et d'éveil du nouveau-né et nourrisson (www.psynem.org, rubrique « Psychologie du Développement » ; Ch'ti Bout, <http://coupey-sarl.fr>).
- Vaivre-Douret, L. (2003). *La qualité de vie du nouveau-né : corps et dynamique développementale*. Paris : Odile Jacob.
- Vaivre-Douret, L. (2009), Intervention précoce à la rencontre du bébé et de ses parents : le programme P.M.S.E. *Approche Neuropsychologique des Apprentissages de l'Enfant*, 104-105, 429-438.
- Vaivre-Douret, L. (2010), Bénéfices des stimulations multimodales et de l'application d'huiles végétales sur des nouveau-nés prématurés. *Revue de nutrition pratique*, 24, 70-75.
- Vaivre-Douret, L. et Burnod, Y. (2001). Development of a global motor rating scale for young children (0-4 years), including eye-hand grip coordination. *Child Care health and Development*, 27, 6, 515-534.
- Vaivre-Douret, L., Oriot, D., Blossier, P., Py, A.-G., Kasolter-Péré, M.-A. et Zwang, J. (2008). The Effect of multimodal stimulations and cutaneous application of vegetable oils on neonatal development in preterm infants. *Child Care Health and Development*, 35(1), 96-105.
- Vaivre-Douret, L., Oriot, D., Blossier, P., Py, A.-G., Kasolter-Pere, M.-A., Zwang, J., Kayemba Kay's, S. et Golse, B. (2009). Effets du toucher "Sensori-Tonico-Moteur" (stimulations multimodales) et application cutanée d'huiles végétales sur le développement néonatal de prématurés. *Approche neuropsychologique des apprentissages de l'enfant*, 104-105, 417-428.
- White-Traut, R.-C. et Beth Carrier Goldman, M. (1988). Premature Infant massage: is it safe? *Pediatric Nursing*, 14, 4, 285-289.

Évaluer le vécu de l'accouchement

Marie-Julia GUITTIER

Sage-femme, doctorat en Sciences de la Vie et de la Santé

Professeure à la Haute Ecole de Santé de Genève, chargée de recherche à la maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève et co-fondatrice de la FReP, la Fondation pour la Recherche en Périnatalité (www.frep-swiss.ch)

Contact : marie-julia.guittier@hesge.ch

Introduction

Le contexte international actuel reconnaît l'importance d'identifier les besoins des femmes autour du moment de naissance, et de considérer les expériences de naissance comme des éléments importants pour leur santé psychologique. La naissance d'un premier enfant a été décrite comme un évènement pivot dans la vie d'une femme.¹ Le vécu de l'accouchement est un phénomène complexe car de construction multidimensionnelle. Larkin et al. (2009)² ont défini le concept de l'expérience de l'accouchement comme : « *Un événement individuel, comprenant des processus physiologiques et psychologiques subjectifs et inter reliés qui sont par ailleurs influencés par les contextes sociaux, environnementaux, organisationnels et politiques* ». Pour définir ce concept, les auteurs ont dégagé un consensus sur les attributs de l'expérience du travail et de la naissance qui sont : individu, complexe, processus et évènement d'une vie. Cette expérience est décrite comme une expérience critique et réflexive, contribuant à un changement d'identité ou un rite de passage. Maimburg et al. (2016)³ ont souligné le fait que l'expérience de l'accouchement est importante à prendre en compte et suggèrent qu'elle pourrait influencer la santé des femmes et de leurs familles à long terme. Ils rapportent que cinq ans après l'accouchement, 21 % des 913 femmes interrogées qualifiaient leur vécu de cette expérience comme « mauvais à très mauvais » et que les femmes qui avaient évalué négativement leur expérience 6 semaines après l'accouchement l'évaluaient encore plus négativement à 5 ans. De nombreux facteurs déterminants pour le vécu de l'accouchement ont été mis en évidence. Ils sont de nature obstétricale (travail déclenché et/ou stimulé, travail prolongé, douleur intense, interventions imprévues, césarienne en urgence, accouchement instrumenté, complications), psychologique (manque d'implication dans les décisions, perte de contrôle, peur, attentes non satisfaites, sentiment d'impuissance, manque de soutien des soignants et du partenaire, anxiété et sentiment d'insécurité) et sociale (état du réseau social du couple).⁴⁻⁸ À ce jour, les conséquences de l'accouchement sont majoritairement évaluées d'un point de vue biomédical, en décrivant les morbidités physiques possibles pour les femmes selon des complications éventuellement survenues au cours de l'accouchement. Les conséquences psychologiques commencent à être recherchées et évaluées chez les femmes, rarement chez les hommes. Pourtant les pères sont susceptibles d'être impactés de manière similaire par leur propre expérience de cet évènement.⁹ D'une

façon générale, il est décrit qu'une expérience positive de l'accouchement peut favoriser des sentiments profonds d'accomplissement personnel, de valorisation et de confiance en soi. Elle peut aussi faciliter la relation avec l'enfant et augmenter la satisfaction du rôle parental.⁷ Mal vécue, elle peut conduire à un sentiment de détresse, pouvant aller jusqu'à la dépression post-natale et au syndrome de stress post-traumatique.¹⁰⁻¹² On peut aussi émettre l'hypothèse qu'une mauvaise expérience de l'accouchement puisse impacter la relation conjugale et l'attachement à l'enfant.⁹

De par sa complexité et les aspects multidimensionnels qui la construisent, l'expérience de l'accouchement est difficile à mesurer.² Plusieurs instruments ont été développés en ce sens, avec chacun leurs forces et leurs faiblesses. En effet, la majorité des questionnaires explorent la satisfaction des soins reçus dans les maternités plutôt que le vécu de l'expérience elle-même. Nous pouvons citer, entre autres, le WOMBLSQ4 (*Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire*)¹³ et le PCQ (*Pregnancy and Childbirth Questionnaire*).¹⁴ Mais le concept de « satisfaction » semble peu approprié pour recueillir l'expérience de l'accouchement.¹⁵ D'autres auteurs ont fait le choix de développer des questionnaires mesurant de façon unidimensionnelle certains déterminants de l'accouchement.^{16,17} Par exemple, le sentiment de contrôle peut-être mesuré par l'échelle LAS (*Labor Agency Scale*).¹⁶ Il existe aussi des questionnaires qui s'attachent à mesurer l'expérience dans ses aspects multidimensionnels et au-delà de la satisfaction des soins reçus. Nous nous référons au CEQ (*Childbirth Experience Questionnaire*)¹⁸ ou au QMAALD (*Questionnaire Measuring Attitudes About Labor and Delivery*).^{19,20} Néanmoins, ces questionnaires multidimensionnels n'ont pas été validés en français et ne mesurent pas toutes les dimensions importantes que les femmes interviewées avaient rapportées dans le cadre d'une étude qualitative sur le vécu de l'accouchement que nous avons réalisée à Genève.²¹

C'est pourquoi notre équipe de recherche a développé le QEVA (Questionnaire d'Évaluation du Vécu de l'Accouchement) pour les mères.²² C'est un outil composé de 25 items qui prend en considération l'aspect multidimensionnel de l'expérience de l'accouchement et qui a été développé de manière méthodique.^{23,24} L'évaluation de ses propriétés métriques a mis en évidence un intérêt à la fois pour la clinique et pour la recherche à travers l'analyse de chaque item et la possibilité d'établir un score pour chacune des quatre dimensions suivantes : relation avec l'équipe médico-soignante, état émotionnel, premiers instants avec le nouveau-né et bilan à un mois.

Pour les pères, nous avons réalisé une adaptation transculturelle en langue française d'un questionnaire suédois, le FTFQ (*First Time Father Questionnaire*), évaluant le vécu des primipères.²⁵ Il évalue trois dimensions : soutien du personnel, inquiétude et préparation à la naissance.

Ces deux questionnaires sont auto-administrés et ont été développés pour être remplis environ un mois après l'accouchement. Ce temps pour la mesure est recommandé par de nombreux auteurs pour éviter l'effet halo. Trop près de l'accouchement, le soulagement et l'euphorie rendent les femmes moins négatives ou au contraire une expérience négative entraîne un processus de deuil dont le premier stade est le déni.²⁶⁻²⁸

Méthode et résultats

Création et validation d'un Questionnaire d'Evaluation du Vécu de l'Accouchement pour les femmes, le QEVA²²

Nous avons soumis le QEVA à 477 primipares dans le but d'en évaluer les propriétés de mesure entre 4 et 6 semaines post-partum. Nous avons obtenu une réponse de 292 d'entre-elles, soit 61 %. Nous avons utilisé ces données pour analyser également la distribution des réponses. Voici les principaux résultats : l'âge moyen des participantes était de 31(5) ans, la majorité était Suisse ou Européenne (87 %) et une femme sur deux avait un niveau d'étude supérieur. Au niveau obstétrical, la moitié des femmes avait un travail déclenché, 51 % ont accouché par voie-basse spontanée, 19 % par forceps ou ventouse, 30 % par césarienne dont 23 % en urgence.

Tableau 1. - Réponses au QEVA

Les participantes cochent leur degré d'accord ou de désaccord sur une échelle de Likert à quatre modalités de réponse (tout à fait ; en partie ; pas tellement ; pas du tout).

Les résultats rapportés correspondent à la proportion de réponses défavorables.

Les taux supérieurs à 20% sont mis en rouge.

Items du QEVA, n total = 291 femmes	N (%)
Je me sentais inquiète « <i>tout à fait/en partie</i> ».	138/291 (46.5 %)
Je me sentais en sécurité « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	16/291 (5.4 %)
Je me sentais confiante « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	44/291 (14.8 %)
L'équipe soignante comprenait et répondait à mes désirs de manière satisfaisante « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	22/291 (7.4 %)
Je me suis sentie soutenue émotionnellement par les professionnels qui s'occupaient de moi « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	23/291 (8.1 %)
Les professionnels me tenaient informée de ce qui se passait « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	17/291 (5.7 %)
Je sentais que je pouvais m'exprimer et donner mon avis à propos des décisions me concernant « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	34/291 (11.4 %)
Je suis satisfaite de la manière dont les événements se sont déroulés « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	53/291 (18.1%)
Durant le travail	
J'ai réussi à utiliser des méthodes de relaxation pour m'aider lors des contractions « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	79/256 (30.9%)
J'ai pu me mouvoir ou choisir librement ma position « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	45/253 (17.8%)
On a pu soulager ma douleur au moment où je l'ai demandé « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	42/247 (17.0%)

Tout s'est déroulé comme je l'avais imaginé « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	125/260 (48.1%)
J'avais l'impression de perdre tous mes moyens « <i>Tout à fait/en partie</i> ».	95/260 (36.5%)
Durant l'accouchement	
J'ai réussi à utiliser des méthodes de relaxation pour m'aider lors des contractions « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	101/243 (41.6%)
J'ai pu me mouvoir ou choisir librement ma position « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	116/241 (48.1%)
On a pu soulager ma douleur au moment où je l'ai demandé « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	31/243 (12.8%)
Tout s'est déroulé comme je l'avais imaginé « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	124/269 (46.1%)
J'avais l'impression de perdre tous mes moyens « <i>Tout à fait/en partie</i> ».	109/258 (42.2%)
Premiers instants avec le nouveau-né	
J'ai pu découvrir visuellement mon bébé de manière satisfaisante « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	43/288 (14.9%)
J'ai eu mon bébé contre moi pour la première fois au moment où j'en ai eu envie « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	65/288 (22.6%)
Les premiers instants avec mon bébé correspondaient à ce que j'avais imaginé avant d'accoucher « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	83/288 (28.8%)
À ce jour, un mois après l'accouchement	
J'ai compris tout ce qui s'est passé lors de mon accouchement « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	23/284 (8.1%)
Je suis fière de moi « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	19/284 (6.7%)
J'ai des regrets « <i>Tout à fait/en partie</i> ».	76/284 (26.8%)
J'ai un sentiment d'échec « <i>Tout à fait/en partie</i> ».	57/284 (20.1%)
L'idée d'accoucher une nouvelle fois m'effraie « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	94/284 (33.1%)

Adaptation transculturelle et validation d'un questionnaire suédois destiné à évaluer le vécu de l'accouchement chez les pères, le First Time Father Questionnaire, FTFQ²⁵

Nous avons effectué l'adaptation transculturelle et la validation des propriétés psychométriques du FTFQ selon une méthodologie précise et rigoureuse : traduction avec adaptation du questionnaire en langue française (langage cible), pré-test puis vérification des propriétés psychométriques dans une population de primipères. La version française du questionnaire comporte 19 items regroupés en 3 dimensions : soutien émotionnel et informatif du personnel, inquiétude et prénatal. Chacune des trois dimensions peuvent être scorées.

Au total, 350 primipères ont été recrutés et 160 ont rempli le questionnaire, soit un taux de réponse de 46 %. Les caractéristiques des participants sont les suivantes : moyenne d'âge était de 33(5) ans, 86 % étaient d'origine Suisse ou Euro-

péenne, 54% avaient un niveau de formation supérieur et 21 % avaient suivi des cours de préparation à la naissance.

Tableau 2. - Réponses au FTFQ

Les participants cochent leur degré d'accord sur une échelle de Likert à quatre modalités de réponse (tout à fait ; en partie ; pas tellement ; pas du tout).

Les résultats rapportés correspondent à la proportion de réponses défavorables.

Les taux supérieurs à 20 % sont mis en rouge.

Avant l'accouchement	
Je me sentais bien informé, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	18/160 (11.6%)
Je me sentais bien préparé, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	23/160 (14.4%)
Pendant le travail et l'accouchement	
Le personnel a pris soin de moi, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	23/160 (14.4%)
J'ai reçu suffisamment d'informations, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	19/159 (11.9%)
J'ai reçu des conseils sur la manière d'apporter un soutien à ma partenaire, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	40/160 (25%)
Il me manquait certaines informations, « <i>Tout à fait/en partie</i> ».	58/160 (36.3%)
Il y a des situations que j'aurais préféré ne pas avoir vécu, « <i>Tout à fait/en partie</i> ».	39/160 (24.4%)
Inquiet pour ma partenaire, « <i>Tout à fait/en partie</i> ».	105/159 (66.0%)
Inquiet pour mon enfant, « <i>Tout à fait/en partie</i> ».	89/159 (57.9%)
Inquiet que quelque chose se passe mal, « <i>Tout à fait/en partie</i> ».	101/159 (63.5%)
Inquiet de ne pas être capable d'apporter mon soutien, « <i>Tout à fait/en partie</i> ».	74/159 (46.5%)
Inquiet face à ce que je ne connaissais pas, « <i>Tout à fait/en partie</i> ».	86/159 (54.1%)
Préoccupé par la façon dont je réagirais, « <i>Tout à fait/en partie</i> ».	53/159 (33.3%)
Je sentais que les sages-femmes et le personnel se souciait de savoir si j'allais bien, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	102/160 (63.7%)
Le personnel de la maternité s'est proposé de me remplacer auprès de ma partenaire pour que je puisse prendre une pause, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	105/155 (66.9%)
J'ai vécu l'accouchement (césarienne ou voie basse) comme un événement effrayant, « <i>Tout à fait/en partie</i> ».	24/157 (15.3%)
On m'a rassuré lorsque j'en avais besoin, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	32/157 (20.4%)
Après l'accouchement	
On m'a montré comment tenir mon enfant, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	48/156 (30.8%)
On m'a encouragé à tenir mon enfant, « <i>pas tellement/pas du tout</i> ».	32/156 (20.5%)

La proportion de pères qui a répondu défavorablement aux items nous a surpris par son importance. Comme pour les mères, mais de façon plus marquée encore, nous avons constaté que les réponses des hommes concernant leur sentiment d'information, leur status émotionnel, leur vécu durant le travail ou l'expulsion et leur vécu des premiers instant avec leur enfant témoignent d'un vécu souvent difficile.

Conclusion

Le QEVA et le FTFQ sont des outils développés en milieu francophone. Ils permettent d'évaluer le vécu de l'accouchement chez les deux parents et ont un intérêt à la fois pour la clinique et pour la recherche.

BIBLIOGRAPHIE

1. Darvill R, Skirton H, Farrand P. Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood: a qualitative study of the transition. *Midwifery*. Jun 2010; 26(3): 357-366.
2. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*. Apr 2009; 25(2): e49-59.
3. Maimburg RD, Vaeth M, Dahlen H. Women's experience of childbirth - A five year follow-up of the randomised controlled trial « Ready for Child Trial ». *Women Birth*. Oct 2016; 29(5): 450-454.
4. Bell AF, Carter CS, Davis JM, et al. Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study. *Arch Womens Ment Health*. Apr 2016; 19(2): 219-227.
5. Bramadat IJ, Driedger M. Satisfaction with childbirth: theories and methods of measurement. *Birth*. Mar 1993; 20(1): 22-29.
6. Henderson J, Redshaw M. Who is well after childbirth? Factors related to positive outcome. *Birth*. Mar 2013; 40(1): 1-9.
7. Shorey S, Ang E. Negative childbirth experiences and future reproductive decisions: a systematic review protocol. *JB I Database Syst Rev Implement Rep*. Sep 2016; 14(9): 15-24.
8. Widmer ED. Family configurations. *A Structural Approach to Family Diversity*. London: Routledge; 2016a.
9. Kirstie McKenzie-McHarg SA, Elizabeth Ford, Antje Horsch, Julie Jomeen, Alexandra Sawyer, Claire Stramrood, Gill Thomson & Pauline Slade Posttraumatic stress disorder following childbirth: an update of current issues and recommendations for future research. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2015; 33: 3: 219-237.
10. Emmanuel E, St John W. Maternal distress: a concept analysis. *J Adv Nurs*. Sep 2010; 66(9): 2104-2115.
11. Fair CD, Morrison TE. The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery*. Feb 2012; 28(1): 39-44.
12. Nilsson C, Bondas T, Lundgren I. Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. May-Jun 2010; 39(3): 298-309.
13. Smith LF. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Qual Health Care*. Mar 2001; 10(1): 17-22.

14. Truijens SE, Pommer AM, van Runnard Heimeel PJ, Verhoeven CJ, Oei SG, Pop VJ. Development of the Pregnancy and Childbirth Questionnaire (PCQ): evaluating quality of care as perceived by women who recently gave birth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* Mar 2014; 174: 35-40.
15. van Teijlingen ER, Hundley V, Rennie AM, Graham W, Fitzmaurice A. Maternity satisfaction studies and their limitations: « What is, must still be best ». *Birth.* Jun 2003; 30(2): 75-82.
16. Hodnett ED, Simmons-Tropea DA. The Labour Agency Scale: psychometric properties of an instrument measuring control during childbirth. *Res Nurs Health.* Oct 1987; 10(5): 301-310.
17. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* Jun 1998; 19(2): 84-97.
18. Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth.* Dec 10 2010; 10: 81.
19. Cranley MS, Hedahl KJ, Pegg SH. Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries. *Nurs Res.* Jan-Feb 1983; 32(1): 10-15.
20. Marut JS, Mercer RT. Comparison of primiparas' perceptions of vaginal and cesarean births. *Nurs Res.* Sep-Oct 1979; 28(5): 260-266.
21. Guittier MJ, Cedraschi C, Jamei N, Boulvain M, Guillemin F. Impact of mode of delivery on the birth experience in first-time mothers: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* Aug 01 2014; 14: 254.
22. Carquillat P. VF, Perneger T., Guittier MJ. Development of a Questionnaire for Assessing the Childbirth Experience (QACE). *BMC Pregnancy and Childbirth* (2017) 17:279
23. Boynton PM, Greenhalgh T. Selecting, designing, and developing your questionnaire. *BMJ.* May 29 2004;328(7451):1312-1315
24. Streiner DL, Kottner J. Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. *J Adv Nurs.* Sep 2014;70(9):1970-1979
25. Capponi I, Carquillat P, Premberg A, Vendittelli F, Guittier MJ. [Translation and validation in French of the First-Time Father Questionnaire]. *Gynecol Obstet Fertil.* Sep 2016; 44(9): 480-486.
26. Floris L, Mermillod B, Chastonay P. [Translation and validation in French of a multidimensional scale to evaluate the degree of satisfaction during childbirth]. *Rev Epidemiol Sante Publique.* Feb 2010; 58(1): 13-22.
27. Thorndike EL. A constant error in psychological ratings. *Journal of Applied Psychology.* Mars 1920; 4(1): 25-29
28. Waldenstrom U. Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth-Issues in Perinatal Care.* Jun 2004; 31(2): 102-107.

***Le type de poussée maternelle a-t-il un impact
sur les issues obstétricales ou néonatales :
Étude EOLE***

Chloé BARASINSKI

Clermont-Ferrand

Retrouver cette intervention en vidéo sur le site

www.cerc-congres.tv



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

ACTUALITÉS

***Présentation des prix du CNSF
et de la fondation Mustela***

Impact de l'enquête EPIPAGE 2 sur la prise en charge anténatale et postnatale entre 22 et 26 SA dans trois maternités de type III d'Île-de-France

**F. SALMON⁽¹⁾, L. FOIX-L'HÉLIAS⁽²⁾, M-C. LAMAU⁽³⁾, E. RUIZ⁽⁴⁾,
G. KAYEM⁽⁵⁾**

(1) École De Sage-Femme Saint-Antoine, Université Paris VI.

(2) Service de Médecine Néonatale, Hôpital Trousseau, APHP, Faculté de médecine Sorbonne Université.

(3) Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Port-Royal, APHP, Paris.

(4) Service de Néonatalogie, Hôpital Port-Royal, APHP, Paris.

(5) Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Trousseau, APHP, Faculté de médecine Sorbonne Université, INSERM U1153.

Les progrès en néonatalogie, depuis les années 1970, ont permis de mieux prendre en charge les prématurés et de plus en plus précocement. Ces avancées nous amènent, dans le même temps, à réfléchir à l'existence d'une limite pour laquelle il serait déraisonnable d'entreprendre une prise en charge active. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit un seuil d'enregistrement des naissances comme une naissance au-delà de 22 Semaines d'aménorrhées (SA) et/ou supérieure à 500 grammes. Mais en pratique, il est impossible d'identifier une limite précise de terme au-dessous de laquelle le pronostic, jusque-là assez favorable, deviendrait mauvais (1). Cette période d'âge gestationnel auquel le pronostic est particulièrement incertain définit une « zone grise » : zone qui diffère selon les pays. En France, elle se situe entre 24-25 SA, en Allemagne entre 22-23 SA et au Canada, USA, UK entre 23-25 SA. Dans ce travail, nous nous intéresserons plus globalement aux naissances extrêmement prématurés, c'est-à-dire les naissances qui surviennent en dessous de 26 SA + 6 jours. Même si en nombre absolu, ces naissances sont peu nombreuses (0,2-0,3 % des naissances en France) (2), elles représentent un véritable enjeu par les questionnements médicaux et éthiques qu'elles suscitent au sein des équipes périnatales. Ainsi, des enquêtes épidémiologiques se sont intéressées à la prise en charge périnatale de ces enfants, leur survie et leur pronostic à moyen et long terme, dans le but de proposer une prise en charge la plus adéquate possible. Nous pouvons citer en France l'enquête EPIPAGE menée sur l'ensemble des enfants nés grands prématurés sur 9 régions de France en 1997, et EPIPAGE 2 : cohorte nationale prospective en population menée en 2011 qui a inclus toutes les naissances de 22 SA à 34 SA dans 25 régions françaises. Cette étude a plus particulièrement permis d'étudier les naissances survenues entre 22 et 26 SA + 6 jours. À la lecture des résultats de ces travaux, et plus spécifiquement ceux de l'enquête EPIPAGE 2, nous pouvons mettre en avant quatre principaux résultats :

- Si la prise en charge active initiale est plus compliquée chez des nouveau-nés prématurés de 24-25 SA avec un taux de mortalité plus élevé qu'au-delà de 26 SA, il n'est pas retrouvé de différence significative du point de vue de

l'évolution cognitive et neurocomportementale ultérieure entre le sous groupe des 24-25 SA et celui des 30 SA (3).

- Il n'existe pas de consensus sur la prise en charge des situations à risque d'accouchement prématuré et de la décision de réanimation en dessous de 25 SA comme on peut le voir dans d'autres pays (4).
- Les comparaisons internationales montrent un taux de survie, pour les termes inférieurs à 26 SA, de 10 % à 50 % plus élevé qu'en France (5).
- Il existe un lien entre prise en charge active, survie et pronostic. Le bilan de travaux réalisés l'un aux USA (6) l'autre en Suède (7) montre qu'une prise en charge active conduit nécessairement à une amélioration de la survie.

Sans nier les difficultés que représente la prise en charge de ces naissances, sur le plan obstétrical et pédiatrique, ajouté à l'incertitude pronostique, il est essentiel de prendre en compte les résultats issus des récentes publications afin d'organiser notre réflexion à partir d'indicateurs de plus en plus concrets et objectifs.

On peut, dès lors, se demander si ces publications et en particulier EPIPAGE 2 ont été associées à une modification des pratiques vis-à-vis des situations à risque d'accouchement prématuré entre 22 et 26 SA, et de la prise en charge néonatale des extrêmes prématurés.

L'objectif principal de ce travail est d'étudier l'évolution de la prise en charge périnatale des naissances entre 22 et 26 SA et 6 jours après les premiers résultats d'EPIPAGE 2.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective avant/après les premières publications d'EPIPAGE 2. Elle a été réalisée à partir de dossiers obstétricaux et néonataux du 1^{er} novembre 2010 au 31 octobre 2011 pour la « période 1 » et du 1^{er} novembre 2015 au 31 octobre 2016 pour la « période 2 ». Notre étude a été menée dans trois maternités de type III d'Île-de-France : le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil (CHIC), la maternité de Port-Royal (PR) et la maternité de Robert Debré (RD). Un recueil de données a été effectué à partir du dossier obstétrical des patientes éligibles.

Nous avons inclus dans notre étude toutes les patientes ayant accouché entre 22 SA+0 j et 26 SA+6 j, quelle que soit l'issue de la grossesse. Les patientes présentant une pathologie intercurrente à la grossesse : pathologies hypertensives, métaboliques, auto-immune, etc., les interruptions médicales de grossesse (IMG), les morts fœtales in-utéro (MFIU) durant l'hospitalisation ont été incluses dans l'étude.

Par ailleurs, nous avons exclus toutes les naissances out-born, les IMG pour cause malformative, les MFIU avant l'hospitalisation et les grossesses multiples.

Les caractéristiques socio-démographiques ainsi que les antécédents personnels et obstétricaux ont été recueillis. Les caractéristiques obstétricales ont également été étudiées (le sexe et le poids fœtal, le mode d'accouchement, les modalités d'analgésie).

Notre critère de jugement principal était le taux de survie des nouveau-nés extrêmes prématurés quelle que soit la décision prise en anténatale.

Nos critères de jugement secondaires étaient les variations entre les deux périodes de :

- La prise en charge des patientes en anténatal (TIU, administration de corticoïdes et de sulfate de magnésium, enregistrement du rythme cardiaque fœtal, extraction par césarienne envisagé en cas d'anomalie du rythme cardiaque fœtal, décision anténatale de réanimation néonatale).
- La réanimation à la naissance.
- La mortalité périnatale.
- Du taux de survie et de morbidité néonatale.

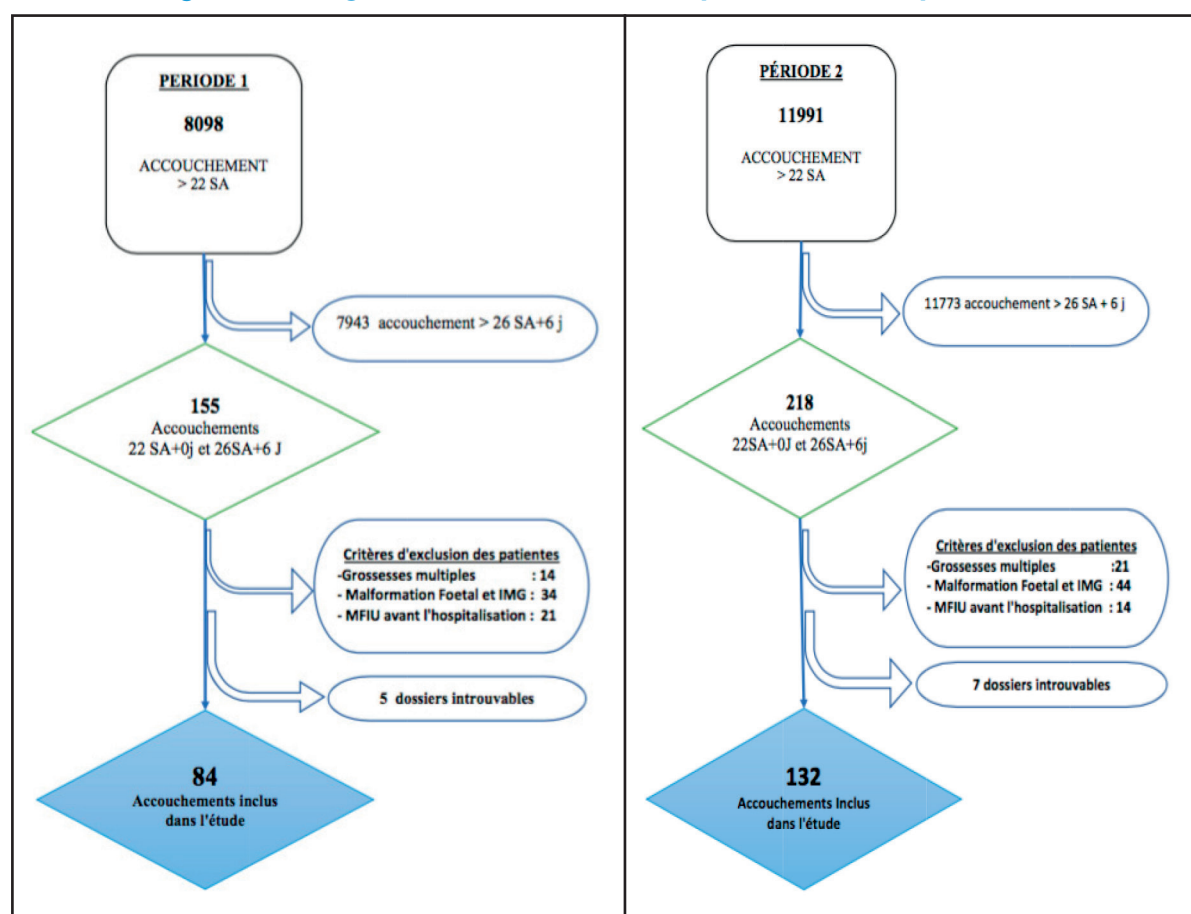
Les données ont ensuite été analysées avec les logiciels R et Stata. Pour l'analyse descriptive, nous avons réalisé des tests du Khi2 et de Student. Ils nous ont permis de tester l'homogénéité des deux populations. Pour comparer les prises en charge des patientes à risque d'accouchement prématuré, les prises en charge néonatale des extrêmes prématurés ainsi que les issus néonatales en période 1 et en période 2, les mêmes tests ont été utilisés. Afin d'affiner nos degrés de significativité, nous avons calculé les Odds-Ratio par des régressions logistiques. Un ajustement par une analyse multi-variée a été nécessaire. Les résultats étaient considérés comme statistiquement significatif si $p < 0,05$.

RÉSULTATS

I/ Description de la population

Le nombre total d'accouchements sur la période 1 était de 8 098 et de 11 991 sur la période 2. Le nombre de naissances extrêmes prématurés était de 155 en

Figure 1. - Diagramme d'inclusion en période 1 et en période 2.



période 1 (soit un taux de 1,9 %) et de 218 en période 2 (soit un taux de 1,8 %). Après exclusion des grossesses multiples, des IMG pour malformation, et des MFIU avant l'hospitalisation, nous avons inclus 86 patientes en période 1 et 134 en période 2. Douze patientes ont ensuite été exclues au cours de l'étude car les dossiers obstétricaux étaient introuvables.

Les deux populations étaient homogènes, puisqu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative sur les caractéristiques générales. La répartition entre les centres, l'âge gestationnel moyen à l'hospitalisation, ainsi que les motifs d'hospitalisation n'étaient pas significativement différents entre les périodes 1 et 2 (*Figure 1*).

La majorité des caractéristiques obstétricales était identique dans les deux populations.

Néanmoins, on a retrouvé une distribution différente pour ce qui était de l'âge gestationnel avec une plus grande proportion d'âges gestationnels les plus petits en période 2 qu'en période 1 ($p=0,03$). Or, ce critère étant reconnu, en France, comme le critère majeur de décision de prise en charge active ou non des extrêmes prématurés, il aurait pu influencer de manière importante sur nos résultats. Nous avons donc ajusté nos résultats sur l'âge gestationnel à la naissance.

II/ Principaux résultats

La prise en charge anténatale

Après ajustement, aucune différence n'a été retrouvée entre les deux périodes d'étude sur les principaux critères de la prise en charge anténatale. Les taux de transfert in-utéro et de surveillance du RCF étaient comparables entre les deux périodes. Il en était de même pour les décisions de césarienne en cas d'anomalie du RCF. Par ailleurs, le taux de corticothérapie était à la limite de la significativité (OR : 2.34 [0.94 ; 5.64]). Le taux d'administration de sulfate de magnésium à visée neuroprotectrice était plus important en période 2 qu'en période 1 ($p=0,024$) (*Tableau I*).

Tableau I. - Impact de la période sur la prise en charge anténatale avant et après ajustement sur l'âge gestationnel de naissance.

	Période 1 N = 84 n (%)	Période 2 N = 132 n (%)	p	OR	OR Ajusté
Transfert In-Utero	46 (55,4)	69 (52,2)	0,75	0,9 [0,52;1,57]	
Corticothérapie Anténatale	58 (69)	93 (70)	0.83	1,07 [0,59;1,9]	2.34 [0.94;5.64]
Surveillance RCF Durant hospitalisation	50 (63,3)	72 (57,6)	0.18	0,66 [0,35;1,2]	0,78 [0,30;2,09]
MGSO4 toute indication	6 (7,14)	14 (10,6)			
PE/E	6 (100)	5 (35)			
Neuroprotection	0 (0)	9 (64,3)	0.024	NC	NC

NC = Non calculable.

Concernant les décisions anténatales de réanimation, après ajustement sur l'âge gestationnel, on observait plus de décision de réanimation complète ou raisonnable que de décision de ne pas réanimer ou non renseignées avec un Odd-ratio à 2.61 [1.36; 4.98]. Sans prise en compte des données non renseignées, cette différence n'est plus significative. Ces deux résultats ne permettent pas de conclure car il n'est pas possible de préjuger de ce qu'implique la non mention d'une telle décision.

Les décisions de prise en charge à la naissance, quelles qu'elles soient, étaient plus fréquemment renseignées dans les dossiers obstétricaux en période 2 qu'en période 1, et de manière très significative ($p < 0,001$) (*Tableau II*).

Tableau II. - Impact de la période sur les décisions de prise en charge à la naissance avant et après ajustement sur l'âge gestationnel de naissance.

	Période 1 N = 84 n (%)	Période 2 N = 132 n (%)	p	OR	OR Ajusté
Décision de césarienne si aRCF					
Non	36 (43,3)	67 (52,3)	0,26	NC	NC
Oui	19 (22,9)	33 (25)			
NR	29 (33,7)	32 (22,6)			
Décision de césarienne si aRCF					
Oui	19 (22,9)	33 (25)	0,26	0,72 [0,42;1,2]	0,85 [0,44;1,6]
Non	36 (43)	67 (52)			
Décision de réanimation					
Complète ou raisonnable	39 (46,4)	78 (59,1)	0,07	1.66 [0.96;2.8]	2.61 [1.36;4.9]
Pas de réanimation ou non mentionnée	45 (53,6)	54 (40,9)			
Décision de réanimation					
	N = 54	N = 116			
Complète ou raisonnable	39 (72)	78 (67)	0,63	0.84 [0.41;1.7]	0.77 [0.30;1,9]
Pas de réanimation	15 (27)	38 (32)			
Décision de prise en charge formalisée					
	54 (65.1)	116 (87.9)	<0.001	3,0 [1,95;7,79]	2 [2,08;8,60]

NC = Non calculable

Prise en charge per-partum

Concernant la prise en charge en salle de naissance, le RCF n'était pas plus surveillé durant le travail en période 2 qu'en période 1, et le taux de césarienne pour indication fœtale n'était pas plus élevé (*Tableau III*).

Tableau III. - Impact de la période sur la prise en charge fœtale et néonatale.

	Période 1 N = 84 n (%)	Période 2 N = 132 n (%)	p	OR
Surveillance RCF				
Durant le travail	41 (51,3)	57 (43,5)	0,41	0,8 [0,46;1,38]
Voie d'accouchement				
AVB	55 (65,5)	97 (73,5)	0,21	NC
Césarienne d'indication fœtale	20 (23,8)	27 (20,5)		
Césarienne d'indication maternelle	9 (10,7)	8 (6,1)		
Voie d'accouchement				
	N = 75	N=124		
AVB	55 (73)	97 (78,2)	0,4	1,3 [0,7;2,5]
Césarienne d'indication fœtale	20 (26,7)	27 (21,8)		

NC = Non calculable.

Issues

Concernant le statut vital, la période n'a pas eu d'influence sur le taux de survie du nouveau-né à la naissance ni sur le taux de réanimation néonatale à la naissance (*Tableau IV*).

Avant et après ajustement, nous n'avons pas observé de diminution significative sur la survenue de pathologies sévères durant l'hospitalisation tel que : la DBP sévère, l'HIV 2-3 ou l'ECUN (*Tableau IV*).

Néanmoins, on a retrouvé significativement plus d'infection néonatale bactérienne précoce certaine en période 2 qu'en période 1 avec un risque multiplié par 4,7 après ajustement.

Concernant la mortalité périnatale - qu'elle soit calculée sur toutes les grossesses ou sur la population des fœtus vivant en début de travail ou encore sur la population des enfants nés vivants – il n'a pas été retrouvé de différence entre les deux périodes. La période n'a donc pas d'impact sur la mortalité périnatale dans notre étude. On a observé que la mortalité était inversement proportionnelle à l'âge gestationnel.

Tableau IV. - Impact de la période sur la survie néonatale et le pronostic néonatal durant l'hospitalisation avant et après ajustement.

	Période 1 N = 84 n (%)	Période 2 N = 132 n (%)	p	OR	OR ajusté sur AG/Centre/ Poids de Naissance
Statut vital à la naissance					
Décès per-partum	7 (8,3)	19 (14,3)	0,38	NC	NC
Vivant	63 (75)	95 (72)			
MFIU/IMG	14 (16,7)	18 (13,63)			
	n = 63	n = 95			
Réanimation à la naissance	57 (90)	75 (79)	0.056	0,39 [0,15;1,04]	0,65 [0,19;2,20]
	n = 57	n = 75			
Échec ou abandon de la réanimation	6 (10,5)	2 (2,6)	0,08	0,23 [0,04;1,2]	0,82 [0,13;5,08]
	N = 46	N = 53			
DBP sévère	18 (39,1)	20 (37,7)	0,9	0,96 [0,4-2,19]	0,80 [0,33;1,95]
	N = 50	N = 64			
HIV 3-4	7 (14,0)	10 (15,6)	0,5	1,51 [0,48;4,8]	1,90 [0,56;6,56]
	N = 47	N = 64			
ECUN	2 (4,25)	1 (1,56)	0,39	0,34 [0,02;3,9]	0,51 [0,04;6,08]
	N = 49	N = 64			
LPVK	3 (6,12)	0 (0)	0,16	NC	NC
	N = 47	N = 64			
IMF	3 (6)	13 (20)	0,06	3,6 [0,95;13,4]	4,7 [1,11;20,1]
	N = 84	N = 132			
Mortalité périnatale sur toutes les grossesses	43 (51)	81 (61)	0,17	1,47 [0,84;2,58]	1 [0,52;2,14]
	N = 70	N = 114			
Mortalité périnatale sur tous les fœtus vivant en début de W	27 (39)	57 (50)	0,09	1,7 [0,92;3,14]	1,2 [0,57;2,52]
	N = 63	N = 95			
Mortalité périnatale sur les naissances vivantes	20 (31)	38 (40)	0,22	1,5 [0,77;3,01]	0,97 [0,44;2,12]

DISCUSSION

Il n'a pas été retrouvé de différence vis-à-vis du taux de survie ou du taux de morbidité entre les deux périodes. En revanche on observe une meilleure formalisation de la prise en charge dans la seconde période : une augmentation significative de l'administration de sulfate de magnésium bien que ce taux reste faible (6,8 %), et une tendance vers plus de corticothérapie bien que cela ne soit pas significatif.

En comparant nos résultats aux données nationales, le taux d'extrême prématurité dans ces centres est plus élevé (1,8 % et 1,9 % versus 0,2-0,3 %). Ce résultat n'est pas étonnant puisque nous avons choisi comme lieux d'étude des maternités de type III : nous avons donc plus de probabilité d'être confronté à l'extrême prématurité que dans la population générale. Or, cela peut avoir une influence sur nos résultats car il est établi que les prématurissimes pris en charge dans des structures habituées à cette population ont un meilleur pronostic. Dans le même sens, nous relevons un taux d'administration de corticoïdes à visée maturative légèrement plus important qu'au niveau national (69-70 % versus 65 % entre 22 et 26 SA), un taux de naissances vivantes également plus élevé, (72-75 % versus 48 %) (8), et enfin, un taux de réanimation néonatale de 79 % et 90 % parmi les nouveau-nés nés vivants entre 22 et 26 SA contre 71 % dans ÉPIPAGE 2 pour les mêmes termes (8). Durant la réanimation, 2,6 % à 10,5 % sont décédés contre 22 % dans EPIPAGE 2 (8).

Tous ces éléments amènent à être prudents quant à l'interprétation de nos résultats, puisque dès la période 1, les centres étudiés semblent déjà plus « proactifs » qu'au niveau national avec des taux de survies sûrement surestimés. Par conséquent, on peut émettre l'hypothèse que l'importance des modifications attendues soit amoindrie dans notre étude.

De plus, notre population d'étude n'est pas représentative de la population générale puisqu'elle n'inclut que trois maternités d'Île-de-France. Or il existe une disparité régionale et nationale des prises en charge. Il faudrait augmenter le nombre de centres d'étude pour nous rapprocher des données nationales et pouvoir extrapoler nos résultats.

L'étude menée est rétrospective et de faible puissance ce qui constitue également une limite de notre étude.

Il s'agit d'une étude multicentrique, ce qui a permis d'obtenir un échantillon de 216 patientes et de limiter les biais de sélections. De plus, l'analyse statistique des données a montré que les deux populations étaient identiques vis-à-vis des caractéristiques générales et de la majorité des caractéristiques obstétricales. L'homogénéité des deux groupes concernant ces critères était favorable à leur comparaison, sans induire de biais de confusion.

La réalisation ou non d'une réanimation de l'enfant est dépendante du centre de prise en charge ainsi que de l'âge gestationnel de naissance. Pour analyser l'effet de la période de prise en charge sur la décision ou non de réanimation ainsi que sur le pronostic des enfants, nous avons ajusté nos résultats par une analyse multi-varifiée en fonction de l'âge gestationnel, des centres et des poids de naissance. Ceci nous a permis de limiter les facteurs confondants.

Le recueil des données entre les deux années et dans les trois centres s'est fait de la même manière et par la même personne. Il n'y a donc pas de biais lié à une variabilité inter-enquêteur.

Amélioration de la prise en charge anténatale

Devant les bénéfices de l'administration de sulfate de magnésium qui diminuerait la morbidité neurologique de l'enfant de 46 % (9), seuls 6,8 % des fœtus en ont bénéficié dans nos trois centres. Son utilisation a fait l'objet de récentes recommandations (10) et sa pratique doit donc être encouragée.

Le taux d'administration de corticoïdes en anténatal, qui est un critère pronostique majeur, n'a montré qu'une tendance à l'augmentation depuis EPIPAGE 2 et reste faible par rapport aux autres pays (8)(11)(12)(13). Afin d'améliorer ce taux, on pourrait envisager, selon les recommandations européennes, d'anticiper l'administration de la première dose de corticoïdes dès 23 SA dans le cas des menaces d'accouchement prématuré (MAP) très instables pour se donner toutes les chances d'avoir une cure complète à 24 SA.

Modèle décisionnel

L'étude nord-américaine NICHD met en évidence qu'au-delà du seul facteur de l'âge gestationnel qui nous amène à restreindre notre prise en charge, il existe au moins quatre cofacteurs prédictifs du devenir de l'enfant prématuré à prendre en compte : le sexe, l'administration d'une corticothérapie anténatale, le caractère unique ou multiple de la grossesse et le poids de naissance (13). Ainsi, sur un plan statistique, la réduction du risque chez un fœtus de sexe féminin, eutrophe, issu d'une grossesse unique ayant bénéficié d'une maturation par corticoïdes équivaut au pronostic correspondant à une semaine supplémentaire de gestation (13). D'autres facteurs associés statistiquement au pronostic de ces naissances ont également été identifiés, en particulier : la naissance en maternité de type III, la notion de chorioamniotite, l'origine ethnique de la mère, le niveau socio-économique et l'investissement des parents (14). Ainsi, même si l'âge gestationnel est un facteur pronostic majeur, il ne semble plus être un critère suffisant pour décider d'une prise en charge des extrêmes prématurés.

Pour améliorer leur prise en charge et homogénéiser les pratiques il serait intéressant d'utiliser une méthode d'évaluation pronostique qui permettrait de ne plus se baser sur l'âge gestationnels uniquement, mais de prendre en compte les critères pronostics fiables retrouvés dans la littérature. Il ne s'agit pas de proposer un protocole, car cela ne serait pas en accord avec la volonté d'une prise en charge individualisée, mais d'une aide à la réflexion qui permettrait à tous les soignants concernés de réfléchir sur les mêmes critères pronostics et de proposer une classification de l'avis obstétrico-pédiatrique pour la prise en charge des grossesses avec risque d'extrême prématuré en lien avec l'avis des parents (15). C'est ce qui est fait depuis 2013 dans le cadre du DHU Risques et Grossesse.

Cette classification a fait l'objet de recommandation locale au sein du DHU et permettrait d'apporter une cohérence dans les processus de discussion et de décision.

CONCLUSION

La prématurité extrême est un enjeu important pour les équipes médicales et pour les parents.

Les études récentes ont rapporté des différences de survie entre pays, en partie expliquées par des attitudes de prise en charge variables, mais il est indispensable de disposer du devenir de ces enfants pour informer objectivement les équipes médicales mais aussi les parents et aider aux décisions. L'amélioration récente des résultats chez les enfants très grands prématurés dans certains pays et les différences entre la France et d'autres pays développés pourraient conduire les équipes françaises à réévaluer leurs pratiques vis-à-vis de la prématurité extrême.

Cette étude a permis de cibler les améliorations possibles de prise en charge et a souligné la nécessité d'une homogénéisation des pratiques. C'est d'ailleurs dans cette perspective qu'un groupe de travail constitué à l'initiative de la Société Française de Médecine Périnatale (SFMP) et regroupant des experts du Collège National de Gynécologie Obstétrique Français (CNGOF) et de la Société Française de Néonatalogie (SFN), a proposé une aide à la prise en charge de ces extrêmes prématurés. Ces propositions conjugueront les données scientifiques de la littérature internationale, les études françaises et l'avis des associations d'usagers et de familles concernées.

BIBLIOGRAPHIE

1. Moriette G, Rameix S, Azria E, Fournié A, Andrini P, Caeymaex L, et al. Naissances très prématurées: dilemmes et propositions de prise en charge. Première partie : pronostic des naissances avant 28 semaines, identification d'une zone « grise ». Arch Pédiatrie. mai 2010; 17(5): 518-26.
2. Larroque B, Bréart G, Kaminski M, Dehan M, André M, Burguet A, et al. Survival of very preterm infants: EpiPAGE, a population based cohort study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. mars 2004; 89(2): F139-144.
3. Larroque B, Ancel P-Y, Marret S, Marchand L, André M, Arnaud C, et al. Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study. The Lancet. mars 2008; 371(9615): 813-20.
4. Ancel P-Y, Goffinet F, EPIPAGE-2 Writing Group, Kuhn P, Langer B, Matis J, et al. Survival and morbidity of preterm children born at 22 through 34 weeks' gestation in France in 2011: results of the EPIPAGE-2 cohort study. JAMA Pediatr. mars 2015; 169(3): 230-8.
5. Gallagher K, Martin J, Keller M, Marlow N. European variation in decision-making and parental involvement during preterm birth. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. mai 2014; 99(3): F245-249.
6. Rysavy M-A, Li L, Bell E-F, Das A, Hintz S, Stoll B et al. Between-Hospital variation in treatment and Outcomes in Extremely Preterm Infants. N Engl J Med. 2015 May 7; 372(19): 1801-11.
7. Serenius F, Källén K, Blennow M, Ewald U, Fellman V, Holmström G, et al. Neurodevelopmental outcome in extremely preterm infants at 2.5 years after active perinatal care in Sweden. JAMA. 1 mai 2013; 309(17): 1810-20.
8. Perlberg J, Ancel PY, Khoshnood B, Durox M, Boileau P, Garel M, et al. Delivery room management of extremely preterm infants: the EPIPAGE-2 study. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. sept 2016; 101(5): F384-390.
9. Azria E, Tsatsaris V, Goffinet F, Kayem G, Mignon A, Cabrol D. Le sulfate de magnésium en obstétrique : données actuelles. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2004; 33: 510-17.

10. Marret S, Ancel P-Y. Protection cérébrale de l'enfant né prématuré par le sulfate de magnésium. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 12 juin 2016; 45(10): 1418-33.
11. EXPRESS Group, Fellman V, Hellström-Westas L, Norman M, Westgren M, Källén K, et al. One-year survival of extremely preterm infants after active perinatal care in Sweden. *JAMA*. 3 juin 2009; 301(21): 2225-33.
12. Costeloe KL, Hennessy EM, Haider S, Stacey F, Marlow N, Draper ES. Short term outcomes after extreme preterm birth in England: comparison of two birth cohorts in 1995 and 2006 (the EPICure studies). *BMJ*. 2012; 345: e7976.
13. Tyson JE, Parikh NA, Langer J, Green C, Higgins RD. Intensive Care for Extreme Prematurity. Moving Beyond Gestational Age. *N Engl J Med*. 17 avr 2008; 358(16): 1672-81.
14. V. Lacroze. Prématurité: définitions, épidémiologie, étiopathogénie, organisation des soins. *J Pédiatrie Puériculture*. Février 2015; 28(1): 47-55.
15. P.-H. Jarreau, L.Allal, F.Autret, E.Azria, O. Anselem, L. Boujenah, et al. Prise en charge de la prématurité extrême. Réflexions du département hospitalo-universitaire (DHU) «risques et grossesse ». *Arch Pédiatrie* 2017; 24: 1287-92.

Les issues périnatales sont-elles différentes selon le mode du début de travail en cas d'utérus unicatriciel ?

Emma VECCHIOLI⁽¹⁾

Mémoire en vue du diplôme d'État de sage-femme sous la direction d'Isabelle MONIER⁽²⁾⁽³⁾

Objectifs :

Évaluer les issues périnatales selon le mode de début de travail chez des femmes porteuses d'un utérus unicatriciel et identifier les facteurs maternels et obstétricaux associés à la réussite d'un accouchement par voie basse en cas de tentative voie basse après césarienne.

Population et méthodes :

Une étude observationnelle rétrospective a été réalisée dans une maternité de type 3 d'Ile de France. Elle a inclus 453 femmes porteuses d'un utérus unicatriciel ayant accouché à 37 SA ou plus d'un enfant unique, né vivant, en présentation céphalique entre le 1^{er} janvier 2013 et le 26 octobre 2016.

Résultats :

337 (74,4 %) femmes ont eu une TVBAC. Parmi elles, 228 ont eu un travail spontané (67,7 %) et 109 ont été déclenchées (32,3 %). L'antécédent d'accouchement par voie basse ($p < 0,001$), la mise en travail spontané ($p = 0,006$) et l'anesthésie péridurale ($p < 0,001$) étaient associés à un succès d'une TVBAC. A l'inverse, un IMC ≥ 30 kg/m² ($p = 0,005$), un déclenchement par prostaglandines E2 ($p < 0,001$) et le sexe masculin fœtal ($p = 0,02$) étaient associés à plus d'échec d'accouchement par voie basse. La proportion de césarienne était plus élevée en cas de travail déclenché par rapport à un travail spontané (44,0 % versus 27,6 %, $p = 0,003$). Aucune différence n'a été montrée concernant les complications maternelles et néonatales étudiées.

Conclusion :

Ce travail met en évidence des facteurs associés à une réussite de TVBAC. De plus, la proportion d'accouchement par voie basse est diminuée en cas de travail déclenché.

1 École de sages-femmes Baudelocque, AP-HP, Université Paris Descartes.

2 Maternité Antoine Bécclère, AP-HP, Université Paris Sud, Clamart.

3 Inserm UMR 1153, équipe EPOPé, Paris.

MOTS-CLÉS :

utérus unicatriciel, tentative voie basse après césarienne, déclenchement, issues périnatales, facteurs de réussite.

Retrouver l'intégralité du mémoire sur le site :

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01589951/document>

Position maternelle à l'accouchement
Déterminants et impact sur les issues périnatales
à partir des données de l'enquête nationale
périnatale 2016

Géraldine MEUNIER

Projet co-dirigé par **Camille LE RAY** et **Anne CHANTRY**

INSERM U1153 équipe EPOPé (Epidémiologie Périnatale, Obstétricale et Pédiatrique)

I. - CONTEXTE SCIENTIFIQUE ET PROBLÉMATIQUE

- **Introduction**

Dans le monde occidental, Mauriceau a imposé aux femmes, il y a plus de trois siècles, d'accoucher en décubitus dorsal (1). En France, cette position reste aujourd'hui encore toujours largement utilisée à l'accouchement, même si elle est de plus en plus remise en cause au profit de positions alternatives telles que les positions verticales ou encore le décubitus latéral.

Depuis quelques années, on observe dans la littérature et chez les cliniciens un intérêt croissant pour ces positions alternatives lors de l'accouchement, en supposant des avantages obstétricaux et un meilleur confort maternel.

- **Les positions maternelles à l'accouchement :**

- ***L'accouchement en position verticale :***

Les positions sont dites verticales lorsque l'angle entre horizontal et la ligne passant par la 3^{ème} et la 5^{ème} vertèbre lombaire est supérieur à 45°. Elles comprennent donc les positions accroupies, assises et à 4 pattes. Ces positions ont été étudiées dans plusieurs essais, certains randomisés, qui ont été repris dans deux méta-analyses (2-4).

La méta-analyse de Gupta et al. a repris les essais réalisés chez les femmes sans péridurale (22 essais, N=7 280 femmes). Ils retrouvaient une diminution significative des extractions instrumentales dans le groupe accouchement en position verticale $RR=0.78$ (0.68-0.90) et une diminution significative des épisiotomies dans ce même groupe $RR=0.79$ (0.70-0.90).

En revanche, ils observaient une augmentation significative du taux de déchirures du 2^{ème} degré dans le groupe accouchement en position verticale $RR=1.35$ (1.20-1.51) et une augmentation des hémorragies du post-partum (HPP) >500mL

$RR=1.65$ (1.32-2.06). Cependant, les postures utilisées dans les essais étaient très hétérogènes rendant difficile l'interprétation des résultats.

La récente méta-analyse de Kibuka et al., publiée en 2017, a repris les essais beaucoup moins nombreux réalisés chez les femmes avec péridurale, (5 essais, N=879 femmes). Aucune différence significative n'était retrouvée entre les positions verticales et le décubitus dorsal pour les issues étudiées, en particulier pour le mode d'accouchement. Les auteurs concluaient à une insuffisance de données et incitaient à la réalisation d'autres études cliniques sur ce sujet (5).

L'essai randomisé multicentrique BUMPES conclut que la position en décubitus dorsal augmente le taux d'accouchement par voie basse chez les patientes nullipares avec analgésie péridurale, sans désavantages apparents sur les résultats à court et à long terme pour les mères ou les nouveaux-nés (6).

- L'accouchement en décubitus latéral :

Il existe peu d'études ayant comparé le décubitus dorsal versus le décubitus latéral (7-9). Un essai français montrait une augmentation du taux de périnée intact dans le groupe décubitus latéral (56,9% vs 48,1% ; $p=0,0032$) sans diminution significative des lésions périnéales, mais une augmentation du taux d'HPP dans le groupe décubitus latéral (10,2% vs 20% ; $p=0,002$) (7).

Les auteurs ne retrouvaient pas de différence significative concernant le taux de RCF normal entre les deux groupes.

Cependant, cet essai présente des faiblesses méthodologiques, concernant en particulier l'analyse qui n'a pas été réalisée « en intention de traiter » et pour laquelle les extractions instrumentales ont été exclues.

• Les recommandations internationales

Plusieurs pays ont émis des recommandations relatives aux positions de l'accouchement :

- NICE (National Institute for Health and Care Excellence)
- Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program : Normal Birth 2012
- ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists)

Ces recommandations se positionnent en faveur des positions verticales ou en décubitus latéral, tout en précisant que la parturiente doit être actrice dans le choix de sa position pour rendre les efforts expulsifs le plus efficace et pour que la position soit le plus confortable.

• Contexte français

Des recommandations sur l'accouchement normal ont été émises par la Haute Autorité de Santé (HAS) en décembre 2017 (10).

Ces recommandations concluent qu'il n'existe pas de posture particulière ayant fait preuve de sa supériorité. En l'absence de contre-indication et sous réserve d'une surveillance maternelle et fœtale préservée, il est recommandé d'encourager les femmes à adopter les postures qu'elles jugent les plus confortables lors du second stade du travail.

Il n'existe actuellement pas d'étude en population publiée en France sur les positions des femmes à l'accouchement. Seule une étude récente conduite dans 5 centres retrouvait 86 % d'accouchement en position gynécologique (11). Cependant, le faible nombre de patientes et de centres inclus dans cette étude ne rendent pas ses résultats extrapolables.

Par ailleurs, comme nous l'avons exposé précédemment, les données internationales sur l'effet de la position d'accouchement chez les femmes sous péridurale sont très peu nombreuses, alors que ce mode d'accouchement concerne en France plus de 82 % des femmes (12–14); justifiant la conduite d'une étude dans cette population spécifique.

À l'heure où la prise en charge des femmes à bas risque est mise en avant, il semble important, dans notre contexte français de savoir d'une part, quelles sont les femmes qui optent pour une position autre que le décubitus dorsal et d'autre part, quels sont, en population, les effets de ces positions alternatives d'accouchement sur les morbidités maternelle et néonatale.

II. - OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES

Pour ce travail, nos objectifs sont les suivants :

1. Étudier les déterminants maternels et caractéristiques des maternités associés à la position adoptée par les femmes au début des efforts expulsifs.
2. Étudier les issues maternelles et néonatales associées à la position adoptée par les femmes au début des efforts expulsifs.

L'hypothèse sous-jacente de cette analyse serait que le choix de la position maternelle pour l'accouchement dépendrait davantage des caractéristiques des maternités que de celles des femmes et que la position pourrait avoir un impact sur le devenir maternel et néonatal.

III. - MATÉRIELS ET MÉTHODES

• Type d'étude

Notre étude sera basée sur les données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016. Il s'agit d'une enquête réalisée à intervalle régulier et fondée sur un échantillon représentatif des naissances au niveau national (14). Le recrutement des patientes a eu lieu de manière continue du 14 au 20 Mars 2016 dans l'ensemble des maternités du territoire. Les données ont été collectées par des enquêteurs dans chaque maternité par le biais d'entretiens réalisés avec les patientes en suites de couches. Des informations étaient également collectées dans les dossiers obstétricaux des patientes. Enfin un questionnaire décrivant les caractéristiques de la maternité était rempli par chaque centre.

• Population

L'échantillon de notre étude comporte toutes les femmes et les naissances vivantes en France métropolitaine et ayant accouché par voie basse entre le 14 et le 20 Mars 2016. Au total, environ 7 960 patientes pourront être incluses.

• Variables d'intérêt, facteurs étudiés et critères de jugement

Dans l'enquête nationale périnatale de 2016, deux variables concernant les positions maternelles à l'accouchement ont été recueillies :

- Position au début des efforts expulsifs,
- Position à l'expulsion de l'enfant.

Notre principale variable d'intérêt sera la position au début des efforts expulsifs dans l'idée de se positionner « en intention de traiter ». En effet, les études ne s'intéressant qu'à la position au moment de l'expulsion sont par essence biaisées puisque les femmes ayant une extraction instrumentale accouchent en décubitus dorsal.

Pour le 1^{er} objectif, nous étudierons les déterminants individuels maternels (âge, parité, nationalité...), obstétricaux (terme, analgésie péridurale, mode de début du travail...) et les déterminants liés à la maternité (type d'établissement, présence ou non d'espace physiologique...).

Pour le 2^{ème} objectif, les critères de jugements seront : la durée des efforts expulsifs, le mode d'accouchement, les lésions périnéales, l'hémorragie du post-partum et l'état néonatal (Apgar à 5 minutes, pH artériel au cordon à la naissance, transfert en néonatalogie)

• Stratégie d'analyse

Dans un premier temps, une analyse descriptive de l'échantillon sera effectuée.

Les variables pertinentes issues des différents questionnaires seront d'abord traitées en analyse univariée (Chi2, Student, Fisher, test non paramétriques). Ensuite, une analyse multivariée sera réalisée, avec ajustement sur les facteurs de confusion et la prise en compte des interactions identifiées lors de l'analyse univariée, ainsi que sur les facteurs pertinents retrouvés dans la littérature.

Pour l'objectif n° 1, nous utiliserons des modèles de régression logistique multi-niveaux prenant en compte la non-indépendance des femmes au sein d'une même maternité et permettant d'analyser à la fois des déterminants au niveau des femmes et au niveau des établissements.

Pour l'objectif n° 2, nous utiliserons des modèles de régression logistique avec score de propension, permettant à partir de modèles statistiques de limiter les biais d'indication ; soit ici, le fait que les positions alternatives ne seraient pas proposées de façon aléatoire aux parturientes, mais proposées aux parturientes ayant des caractéristiques associées à des issues favorables.

IV. - CONCLUSION

Cette étude en population devrait permettre d'évaluer avec précision les déterminants et les effets des positions adoptées par les patientes lors de l'accouchement. Elle a pour perspective de contribuer à l'évolution des pratiques.

IV. - BIBLIOGRAPHIE

1. Mauriceau F. Traité des maladies des femmes grosses, et de celles qui sont accouchées. [Internet]. Paris, M. David l'aîné; 1712 [cité 10 nov 2018]. 604 p. Disponible sur: <http://archive.org/details/traitedesmalad01maur>

2. Gupta JK, Sood A, Hofmeyr GJ, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 25 mai 2017; 5.
3. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Shehmar M. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 16 mai 2012; (5).
4. Kemp E, Kingswood CJ, Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 31 janv 2013; (1).
5. Kibuka M, Thornton JG. Position in the second stage of labour for women with epidural anaesthesia. *Cochrane Database Syst Rev*. 24 2017; 2.
6. Epidural and Position Trial Collaborative Group. Upright versus lying down position in second stage of labour in nulliparous women with low dose epidural: BUMPES randomised controlled trial. *BMJ*. 18 oct 2017; 359: j4471.
7. Brément S, Mossan S, Belery A, Racinet C. Delivery in lateral position. Randomized clinical trial comparing the maternal positions in lateral position and dorsal position for the second stage of labour. *Gynecol Obstet Fertil*. août 2007; 35(7-8): 637-44.
8. Soong B, Barnes M. Maternal Position at Midwife-Attended Birth and Perineal Trauma: Is There an Association? *Birth*. 1 sept 2005; 32(3): 164-9.
9. Paternotte J, Potin J, Diguisto C, Neveu M-N, Perrotin F. Accouchement sur le côté. Étude comparative chez les grossesses à bas risque entre décubitus latéral et dorsal lors de la phase expulsive des accouchements eutociques. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 mai 2012; 40(5): 279-83.
10. Haute Autorité de Santé - Mieux accompagner les femmes lors d'un accouchement [Internet]. [cité 26 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2823161/fr/mieux-accompagner-les-femmes-lors-d-un-accouchement
11. Desseauve D, Gachon B, Bertherat P, Fradet L, Lacouture P, Pierre F. Dans quelle position les femmes accouchent-elles en 2015 ? Résultats d'une étude prospective régionale multicentrique. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 1 oct 2016; 44(10): 548-56.
12. Blondel B, Coulm B, Bonnet C, Goffinet F, Le Ray C, National Coordination Group of the National Perinatal Surveys. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. déc 2017; 46(10): 701-13.
13. Blondel B, Kermarrec M. Les naissances en 2010 et leur évolution en 2003 - Rapports - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2010 [cité 25 juin 2017]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/les-naissances-en-2010-et-leur-evolution-en-2003>
14. Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 - Rapports - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 26 janv 2018]. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>

Cesaria : un programme de recherche multidisciplinaire et multi-sites visant à identifier les déterminants sociodémographiques de la pratique de la césarienne

Clémence SCHANTZ

Paris

Cette recherche est hébergée par le Centre Population et Développement, Ceped UMR 196 : Université Paris Descartes-IRD. Les investigateurs principaux sont : Alexandre Dumont, gynécologue obstétricien et épidémiologiste, Myriam de Loenzien, démographe, et Clémence Schantz, sage-femme et sociologue. Les cinq pays inclus dans la recherche sont la France, le Cambodge, le Viêt Nam, le Mali et le Bénin.

La Fondation Mustela a remis le prix de la Maïeutique à Clémence Schantz pour le volet Cesaria France.

Contexte

La césarienne représente environ 20 % des accouchements en France. L'augmentation du taux de césarienne dans le monde est le fruit de facteurs divers, entre autres, l'offre médicale, l'émergence d'une demande par les femmes, l'influence des médias, l'organisation du système de soins, l'élévation de l'âge moyen des accouchées. Mais elle reste en partie mal comprise. Dans le cadre de cette recherche, nous souhaitons précisément identifier les facteurs sociologiques, démographiques, éthiques et obstétricaux en jeu dans la pratique de la césarienne en France. Nous souhaitons également montrer que la France présente une spécificité sur le plan international étant donné la stabilité de son taux de césarienne depuis les années 2000. Nous diffuserons les principaux résultats de cette recherche auprès des professionnels de santé et des responsables politiques.

Trois maternités françaises

La recherche se déroulera principalement à partir d'un recueil de données dans trois maternités : l'Institut mutualiste de Montsouris à Paris, l'hôpital intercommunal de Poissy Saint Germain et la maternité de Sallanches, en Haute-Savoie. Plusieurs étudiantes de l'école de sages-femmes de l'hôpital Foch participeront à cette recherche. Cette enquête comportera des volets quantitatifs et qualitatifs : entretiens semi-directifs auprès des soignants (sages-femmes et gynécologues obstétriciens) et auprès des femmes ; et questionnaires auprès de femmes enceintes, puis accouchées (mise en place d'une cohorte).

Un phénomène multifactoriel

Nos hypothèses sont les suivantes : L'organisation du système sanitaire et des services de prise en charge de la grossesse – ainsi que la formation du personnel – conditionnent l'accès et le recours aux césariennes. Les sages-femmes jouent un rôle important dans la stabilisation du taux de césarienne en France. Les normes relatives au corps et aux relations de genre induisent quant à elles des représentations qui déterminent l'attitude des femmes et des membres de leur famille face aux césariennes.

Évolution des principaux indicateurs de santé périnatale : données des Enquêtes nationales périnatales de 1995 à 2016

Béatrice BLONDEL

*Équipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique,
Équipe Epopé, INSERM, Paris*

Les résultats présentés à l'occasion de ces Journées sont extraits de l'article suivant :

Blondel B, Coulm B, Bonnet C, Goffinet F, Le Ray C. National coordination group of the National Perinatal Surveys. Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: results from the French National Perinatal Surveys. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2017; 46: 669-681.

Cet article est en accès libre à l'adresse suivante : <http://authors.elsevier.com/sd/article/S2468784717301848>

CNSF - 5 et 6 Février 2018

Rapport sur la mortalité maternelle

Catherine DENEUX-THARAUX

Paris

Retrouver cette intervention en vidéo sur le site

www.cerc-congres.tv

CNSF - 5 et 6 Février 2018

Où en est la recherche en maïeutique en France ?

Priscille SAUVEGRAIN

Paris

Retrouver cette intervention en vidéo sur le site

www.cerc-congres.tv

CNSF - 5 et 6 Février 2018

***Actualité sur la rééducation pelvi - périnéale :
les nouvelles recommandations internationales de
l'ICS: de l'anténatal au postnatal***

François HAAB - Alain BOURCIER

Paris

Retrouver cette intervention en vidéo sur le site

www.cerc-congres.tv

CNSF - 5 et 6 Février 2018

Périnée - sport et rééducation périnéale

Carole MAITRE

Paris

Retrouver cette intervention en vidéo sur le site

www.cerc-congres.tv



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

ACCOUCHEMENT NORMAL OU PHYSIOLOGIQUE, RECOMMANDATIONS HAS

MARDI 6 FÉVRIER 2018
MATIN

ACCOUCHEMENT NORMAL OU PHYSIOLOGIQUE, RECOMMANDATIONS HAS

1^{ère} Partie

*Modérateurs : Sophie GUILLAUME (Paris) - Jacqueline LAVILLONNIERE (Saint-Lambert-du-Lattay) -
Bernard HEDON (Montpellier)*

- **Définitions : accouchement normal, accouchement physiologique**
Karine PETITPREZ (Saint-Denis)
- **Prise en charge des phases de latence et de dilatation** - Véronique LEJEUNE (Auch)
- **Prise en charge des phases de descente, d'expulsion et du post-partum**
Camille LE RAY (Paris)
- **Technique de l'accouchement et protection périnéale** - Franck PIZZAGALLI (Clamart)

2^{ème} Partie

- **Accueil, surveillance de la patiente et prise en charge non médicamenteuse de la douleur** - Clémence SCHANTZ (Paris)
- **Prise en charge médicamenteuse de la douleur** - Anne-Sophie DUCLOY (Lille)
- **Surveillance du fœtus et accueil du nouveau-né** - Marjan NADJAFIZADEH (Nancy)
- **L'information des patientes** - Catherine BERNARD - France ARTZNER (Paris)

L'HAS a publié en décembre dernier des **recommandations à propos de l'accouchement normal**. Les objectifs sont, entre autres, de :

- définir, pour les femmes à bas risque obstétrical, les modalités de prise en charge de l'accouchement respectueuses du rythme et du déroulement spontané de la naissance et des préférences des femmes ;
- améliorer et garantir la qualité et la sécurité des soins de la mère et du nouveau-né.

Retrouver ces interventions en vidéo sur le site

www.cerc-congres.tv



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

PROJET TRAJECTOIRES PRÉCARITE SANTÉ MATERNELLE ET PÉRINATALITÉ

Précarité maternelle et suivi prénatal sous optimal

Élie AZRIA

Paris

Retrouver cette intervention en vidéo sur le site

www.cerc-congres.tv

Trajectoires de soins de la grossesse : une véritable (en)quête des femmes

Volet socio-anthropologique de la cohorte PreCARE Projet Trajectoires (Inserm-DHU Risques et grossesse)

Raquel RICO BERROCAL

*CEMS-IMM, EHESS. Paris
raquel.rico@ehess.fr*

I. INTRODUCTION

Le présent résumé présente les premiers résultats du volet socio-anthropologique de la cohorte PreCARE. Le volet fait partie du projet multidisciplinaire Trajectoires (Inserm-DHU Risques et grossesse)⁽¹⁾. Celui-ci cherche à mieux connaître les trajectoires prénatales qui influent sur la santé maternelle et périnatale et les dimensions de précarité qui auraient un impact sur celles-ci. Dans un deuxième temps, le projet Trajectoires cherche à proposer des mesures concrètes pour réduire les inégalités de santé maternelle et périnatale en Île-de-France. Nous partons donc d'un travail multidisciplinaire avec une approche croisée – épidémiologique et sociologique – des parcours de santé des femmes enceintes en situation de précarité sociale. Le volet qui nous occupe ici est un travail de terrain avec certaines des participantes de la cohorte PreCARE. En collaboration avec les responsables scientifiques de la cohorte, nous nous sommes fixés l'objectif de **comprendre, du point de vue des femmes, comment celles-ci construisent leurs trajectoires de soins et quelles sont les circonstances déterminantes de la prise en charge de leur grossesse**.

Le choix de l'équipe s'est porté sur les usagères ayant eu un « suivi sous-optimal » de grossesse, selon les données de la cohorte. Nous partons alors d'une définition normative de « suivi médical de la grossesse », conforme aux recommandations des sociétés savantes et des organismes responsables de la santé. En nous centrant sur des **femmes aux suivis hors norme**, nous cherchons à mieux **connaître les logiques d'action et les ressources mobilisées par celles-ci**. Et cela d'autant plus que dans nos recherches précédentes⁽²⁾ nous avons surtout rencontré des femmes qui, malgré des difficultés très contrastées (administratives,

1 Financement PRES Sorbonne Paris Cité, sous responsabilité scientifique du Dr. Elie Azria.

2 Voir Raquel Rico Berrocal, Erwan Le Méner et Observatoire du Samusocial de Paris, *La grossesse et ses malentendus*, Paris, Agence régionale de la santé Île-de-France, 2015. Et Raquel Rico Berrocal, « Bien-naître et bien-être. Ethnographie de la santé périnatale en Île-de-France », thèse de doctorat en sociologie en préparation, à l'EHESS de Paris, sous la direction de Nicolas Dodier (EHESS-INSERM) et Alain Cottureau (EHESS). Le terrain de cette thèse a bénéficié des financements du projet RéMI – volet socio-anthropologique, porté par l'Observatoire du Samusocial de Paris – et du projet Trajectoires, piloté par le DHU « Risques et grossesse » (PRES Sorbonne-Paris-Cité), l'INSERM et l'AP-HP.

linguistiques, économiques, etc.), persévéraient à ne pas renoncer à un seul rendez-vous de suivi médical de grossesse. Des questions qui ont émergées lors de l'étude ethnographique antérieure de femmes enceintes ont donc été approfondies dans cette enquête.

II. MÉTHODOLOGIE ET DISPOSITIF D'ENQUÊTE

Nous avons constitué, à partir de la base de données de la cohorte PreCARE, un échantillon de participantes en raison de leur (non) accomplissement du suivi médical de grossesse prévu. Les critères de non inclusion sont l'IMG, le décès maternel et la terminaison avant la 22^{ème} SA. Les trois groupes ont été définis en fonction du degré de suivi de grossesse de ces patientes, afin de restituer les parcours de soins hors norme.

TABLEAU 1. - RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON PAR GROUPES

	Groupe 1 Non suivies	Groupe 2 Suivies tardivement	Groupe 3 Mal suivies	Total
Échantillon (n)	25	540	665	1 230

Les critères d'inclusion dans chaque groupe ont été les suivants :

Groupe 1, non suivies (n=25) :

- Date d'inclusion proche de la date d'accouchement (7 jours compris)
- Sans transfert in utero (inclusion tardive pour transfert de maternité)
- Pas de consultation en ville ni à l'hôpital

Groupe 2, suivies tardivement (n=540) :

- Pas de consultation programmée avant 3 mois de grossesse
- Et pas d'écho T1 (entre 11 SA et 14 SA)

Groupe 3, femmes « mal suivies » (n=665) :

- Première consultation programmée avant 3 mois de grossesse
- Moins de 3 consultations programmées si accouchement à 37 SA ou plus, ou moins de 2 consultations programmées si accouchement avant 37 SA
- Et/ou écho T2 non faite (entre 20 et 26 SA)

Nous avons extrait de la base de données de la cohorte les listes des NIP des patientes en fonction des critères exposés ci-dessus, et nous en avons obtenu 1 230. Ensuite nous avons contacté les maternités concernées pour récupérer les coordonnées téléphoniques de ces patientes. Cette étape s'est inscrite dans le temps : une importante coordination a été nécessaire avec les correspondants de la cohorte et leurs équipes à chaque centre.

**TABLEAU 2. - RÉSULTAT PAR GROUPES DE L'EXTRACTION DES NIP
DES REGISTRES DES MATERNITÉS**

	Groupe 1 Non suivies	Groupe 2 Suivies tardivement	Groupe 3 Mal suivies	Total
NIP extraits (% sur échantillon)	25 (100%)	295 (54%)	109 (16%)	429 (35%)
<i>Non identifiables par NIP</i>	0	10	2	12
<i>Téléphone non renseigné</i>	5	18	1	24
Total NIP avec coordonnées	20 (80%)	267 (90%)	106 (97%)	393 (91%)

À la fin du processus, une quantité suffisante de numéros de téléphone pour contacter de potentielles participantes à ce volet d'enquête a été recueillie. Ont été récupérés exactement les numéros de 393 usagères⁽³⁾ de 429 NIP sondés. Nous avons ensuite appelé un maximum de numéros disponibles afin de proposer un entretien aux femmes ayant participé à la cohorte. Les coordonnées téléphoniques recueillies des femmes dataient, pour la plupart, du moment de leur prise en charge à chaque maternité, c'est-à-dire entre les années 2010 et 2012. L'une des conséquences de l'ancienneté du registre est que beaucoup de coordonnées n'étaient plus d'actualité. Il a fallu faire des centaines d'appels, entre 500 et 600, visant presque 300 femmes. Des précisions sont exposées dans les tableaux 2, 3 et 4.

TABLEAU 3. - DÉTAIL PAR GROUPE DES NIP N'AYANT PAS PU ÊTRE CONTACTÉS

	Groupe 1 Non suivies (n=25)	Groupe 2 Suivies tardivement (n=540)	Groupe 3 Mal suivies (n=665)	Total
Contact non établi (% parmi NIP appelés)	14 (70% de 20)	140 (67% de 209)	32 (62% de 52)	186 (66% de 281)
<i>Non joignables ou n° non attribué</i>	9	116	25	150
<i>Changement de n°</i>	5	24	7	36
NIP non appelés	0	58	54	112
<i>Transfert in utero</i>	0	1	2	3
<i>Non appelé</i>	0	57	52	109
Total NIP non contactés	14	198	86	298

Un fait régulier a été constaté : les femmes dont la grossesse n'a bénéficié d'aucun suivi médical, selon les données de la cohorte, ne sont plus joignables pour

³ La plupart de ces numéros de téléphone correspondent au groupe 2 en raison des aléas de la recherche : leur récupération s'effectuait par étapes et lorsque ceux du groupe 3 nous sont arrivés, nous avions déjà obtenu une bonne quantité d'entretiens du groupe 2.

la plupart. Pour certaines d'entre elles, aucun numéro de téléphone n'avait été enregistré. Pour d'autres, les numéros ont changé d'utilisateur ou ne sont plus attribués. Nous avons considéré comme « non joignables » celles ne répondant au moins à quatre appels à des horaires et de jours différents. Les nombreux abandons et/ou changements d'opérateur téléphonique mis en évidence par les messages vocaux automatiques des lignes laisse penser à des situations de contraintes budgétaires : l'incapacité financière de supporter les frais d'une ligne téléphonique sous contrat, le recours récurrent aux compagnies de cartes prépayées, d'opérateurs dits « low cost » et/ou affichant des tarifs internationaux pas chers (Lebara, Lycamobile, Free, Symacom), la mobilité internationale ou l'abandon d'une compagnie au profit d'une autre moins chère. Ces suppositions restent à confirmer, notamment grâce à d'autres don-nées, de type foncier, que la cohorte nous apportera ultérieurement.

Nous avons finalement réussi à joindre 95 personnes (usagères et/ou conjoints), dont 61 nous ont accordé un entretien. Ces entretiens ont été ensuite codifiés dans le logiciel d'analyse qualitatif (QDA) Atlas.ti. Le détail des appels est synthétisé dans le tableau suivant :

TABLEAU 4. - RÉSULTAT PAR GROUPE DES NIP AYANT ÉTÉ CONTACTÉS

	Groupe 1 Non suivies	Groupe 2 Suivies tardivement	Groupe 3 Mal suivies	Total
Entretien accordé (% parmi NIP contactés)	4 (66%)	41 (59%)	16 (80%)	61 (64%)
Entretien non réalisé	2	28	4	34
<i>Refus entretien</i>	2	25	4	31
<i>Impossibilité linguistique</i>	0	3	0	3
Total NIP contactés (% contacts réussis parmi NIP appelés)	6 (30% de 20)	69 (33% de 209)	20 (38% de 52)	95 (34% de 281)

III. COMMENT INTERPRÉTER LE SUIVI SOUS-OPTIMAL RÉVÉLÉ DANS LES DONNÉES DE LA COHORTE ?

1. Désaccord à propos de la définition de suivi sous-optimal

L'indication d'un éventuel suivi sous-optimal s'est avérée fondamentale pour faire comprendre à la personne interrogée la nécessité d'une description détaillée de son parcours de soins. Nous révélons alors son apparition dans nos listes et notre intérêt à comprendre s'il y a eu des difficultés à se faire suivre pendant la grossesse. L'annonce d'un suivi sous-optimal présumé a provoqué chez les personnes interrogées des réactions inattendues, parfois très vives. Nous pouvons préciser, de façon très sommaire, que :

- **17 femmes ont déclaré être au courant de ce suivi sous-optimal**, sous forme de début de suivi tardif ou des échographies hors des délais recom-

mandés, mais qu'il n'était pas possible de faire autrement à ce moment-là pour des raisons explicitées plus tard. Puis **9 personnes ont déclaré ne pas le savoir** mais néanmoins elles n'ont pas manifesté de surprise face à cette affirmation.

- **35 interlocuteurs ont exprimé un grand étonnement**, en arguant qu'ils/elles n'ont pas rencontré de difficultés à se faire suivre pendant leur grossesse et/ou qu'elles **n'ont pas eu un suivi sous-optimal**. Ils ont déclaré, par contre, avoir été précautionneux et/ou diligent. Parmi ces 35 personnes, **19 ont refusé catégoriquement cette affirmation** en soutenant qu'il doit y avoir une erreur quelque part.

Face à la conviction des patientes d'avoir accompli les démarches préconisées, **44 femmes ont découvert, suite à notre appel, qu'elles n'auraient pas eu un suivi adéquat**. Pourrait-on expliquer ce suivi sous-optimal comme non « attribuable » simplement aux démarches des patientes ? Autrement dit, peut-on supposer qu'elles auraient fait les démarches dans les délais recommandés mais que ce retard révélerait des conditions extérieures aux usagères ? Par exemple celles liées au système de santé, comme une incapacité opérationnelle pour prendre en charge les patientes qui y arrivent ?

2. Argumentaires des femmes sur les circonstances autour d'un éventuel suivi sous-optimal

Les quatre usagères du groupe 1 évoquent un suivi de grossesse fait ailleurs et un accouchement non programmé (voire inopiné) dans une des maternités de l'étude (elles n'auraient donc pas présenté leurs dossiers aux urgences lors de l'accouchement ?). Deux d'entre elles assurent avoir réalisé le suivi directement à l'hôpital, et déclarent ne pas avoir ni médecin traitant ni carte vitale.

Parmi les seize femmes du groupe 3, il n'y a que quatre qui ont identifié au moins une circonstance qui les aurait amenées à un suivi sous-optimal. Deux femmes affirment avoir commencé tardivement le suivi de grossesse en raison d'une incertitude vis-à-vis de la suite de la gestation (et non en raison d'une échographie du 2^{ème} trimestre hors délais recommandés). Les autres deux usagères ont signalé ne pouvoir compter sur personne en dehors de leur mari pour les soutenir (accompagner pour traduire et garder les enfants) et se rendre aux rendez-vous, ceux-ci étant au travail au moment de la consultation programmée.

Pour ce qui concerne le groupe le plus étoffé, le deuxième, et selon les quarante-un témoignages recueillis, les circonstances autour du suivi sous-optimal étaient d'une nature différente. Pour celles qui ont identifié une circonstance concrète, sans forcément ratifier d'emblée un suivi tardif, les arguments donnés pour expliquer un retard dans le suivi de grossesse répondraient aux contingences liées au système de santé : c'est dans cette partie où la « quête » du parcours de soins de grossesse devient plus explicite.

Des difficultés pour trouver un professionnel consultant en ville, un centre d'imagerie spécialisé en échographie obstétricale, voire l'inscription à la maternité, sont des circonstances évoquées par les femmes lors des entretiens. Aussi, l'attente des rendez-vous proposés ont supposé des démarches supplémentaires et parfois même des désagréments. Pour certaines cela s'explique en raison de la méconnaissance due à une première grossesse. Pour d'autres, par un déménagement entraî-

nant une méconnaissance des services de proximité. Puis certaines interviewées ont manifesté avoir remarqué tardivement qu'elles étaient enceintes.

Les modes de suivi de grossesse témoignés en entretien montrent un rôle très discret de la médecine de ville par rapport à celui de l'hôpital depuis le tout début de la grossesse. Seulement trois femmes ont bénéficié d'une PEC en ville par une sage-femme. À l'exception d'une des femmes interrogées, aucune information concernant ces choix de suivi de grossesse n'a été donnée par un professionnel de santé, selon les personnes interrogées. La seule indication à propos de la maternité donnée par le médecin traitant en consultation, c'est le conseil de faire l'inscription au plus vite à la maternité pour s'assurer une place. Enfin, cinq femmes affirment avoir reçu une liste de centres en ville dans la maternité où elles se sont adressées.

Lors de l'intervention à la table ronde, on apportera plus de précisions sur les résultats de l'enquête, ainsi qu'une réflexion sur le lien entre les suivis hors norme et la pénurie de sages-femmes dans le corpus étudié.

Table ronde sur le projet Trajectoires : Précarité, santé maternelle et périnatalité.

Soins différenciés aux Africaines : le cas de l'HTA pendant la grossesse

Priscille SAUVEGRAIN

*Sociologue des migrations et des relations interethniques,
Chercheur associé et sage-femme*

*Inserm UMR1153, équipe EPOPé, Centre Epidémiologie et statistiques
et DHU Risques et grossesse*

Maternité de Port-Royal 6^{ème} étage, 53, av. de l'Observatoire, 75014 Paris

Maternité de la Pitié-Salpêtrière

priscille.sauvegrain@inserm.fr

Objectifs : Un risque plus élevé de complications hypertensives sévères est retrouvé dans la littérature pour les femmes immigrées de l'Afrique Subsaharienne (ASS) vivant en Europe mais les mécanismes de ces inégalités de santé demeurent peu étudiés. L'objectif de cette recherche était d'explorer si des soins différenciés, qui correspondent à un abaissement ou une hausse des normes de prise en charge des étrangers, pourraient partiellement expliquer ces différences d'états de santé maternelle.

Méthode : Une étude sociologique qualitative a été menée dans 3 maternités publiques franciliennes. 33 femmes qui avaient présenté des complications hypertensives de la grossesse ont été rencontrées pendant leur hospitalisation post-natale pour des entretiens semi-directifs approfondis, dont 16 nées en ASS et 17 nées en France de parents français. Des données concernant leur surveillance prénatale ont également été relevées dans leurs dossiers médicaux. Les entretiens ont été codés et classés thématiquement sous le logiciel N'Vivo 10[®] et l'analyse du matériel a ensuite été menée selon le concept straussien de trajectoire de soins.

Résultats : Au cours de la surveillance prénatale, le contrôle systématique de la pression artérielle par « dynamap » en cas de valeur pathologique était moins fréquent et plus retardé chez les femmes Africaines par comparaison aux Françaises, donnée confirmée par l'analyse de leurs dossiers médicaux. Des contrôles itératifs de la protéinurie, avant un contrôle sur échantillon ou sur 24h, ont été retrouvés plus souvent chez les Africaines, ainsi que des protéinuries de 0.3 à 1g/L plus souvent négligées (7 Africaines versus 2 Françaises), voire à plusieurs consultations consécutives (5 Africaines, aucune Française). En cas de complications sévères, des soins différenciés n'ont pas été retrouvés. Du côté des femmes, nous avons montré moins de chances pour les Africaines de recourir opportunément au système de soins.

Implications : Ces résultats suggèrent que des soins différenciés non fondés médicalement pourraient conduire à un diagnostic retardé de la pathologie hypertensive chez les femmes africaines en France. Ils font suite à des travaux antérieurs qui avaient montré un ensemble de soins différenciés pour ces femmes, et notamment une moindre orientation vers les consultations non obligatoires (séances de PNP, consultations avec une psychologue), des taux constamment élevés de césariennes pour elles, un suivi plus précoce de fin de grossesse sans recommandation des sociétés savantes et des soins moins attentifs en suites de couches.

RÉFÉRENCES :

Cette recherche a fait l'objet d'une publication dans le BJOG :

Sauvegrain P, Azria E, Chiesa-Dubruille C, Deneux-Tharaux C. Exploring the hypothesis of differential care for African immigrant and native women in France with hypertensive disorders during pregnancy: a qualitative study. BJOG. 2017 Nov; 124(12): 1858-65. PubMed PMID: 28342231. Epub 2017/03/28. eng. (*Explorer l'hypothèse de soins différenciés entre les Africaines et les Françaises en cas d'HTA et grossesse : une approche qualitative*).

Prévention et prise en charge de l'infection herpétique au cours de la grossesse et de l'accouchement : recommandations pour la pratique clinique - Texte des recommandations

**Marie-Victoire SÉNAT¹, Olivia ANSELEM², Olivier PICONE³,
Laurent RENESME⁴, Nicolas SANANÈS⁵,
Christelle VAULOUP-FELLOUS⁶, Yann SELLIER⁷,
Jean-Pierre LAPLACE⁸, Loïc SENTILHES⁹**

1. Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Bicêtre, AP-HP, Le Kremlin-Bicêtre, Université Paris Sud, France.
Hôpital Bicêtre, 78 avenue du Général Leclerc, 94270 Kremlin Bicêtre (France) -
Tél : 01 45 21 75 56 - Fax : 01 45 21 75 25 - E-mail : marie-victoire.senat@aphp.fr
2. Maternité Port-Royal, Université Paris Descartes, Groupe hospitalier Cochin Broca Hôtel-Dieu, APHP, France.
3. Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Louis Mourier, Hôpitaux Universitaires Paris Nord, Colombes, et Université Paris-Diderot, Paris, France.
4. Service de Néonatalogie, Soins intensifs, Maternité, CHU Bordeaux, Bordeaux, France.
5. Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France.
6. Service de Virologie, Hôpitaux universitaires Paris Sud, AP-HP, Villejuif, Université Paris Sud, France.
7. Collège National des Sages femmes de France, Paris, France.
8. Gynerisk. Bordeaux. France.
9. Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Bordeaux, Bordeaux, France.

Résumé

Objectif. - Déterminer les mesures permettant de diagnostiquer, prévenir et traiter l'infection herpétique génitale au cours de la grossesse et de l'accouchement ainsi que l'infection néonatal.

Matériel et méthodes. - Consultation de la base de données MedLine, de la Cochrane Library et des recommandations des sociétés savantes françaises et étrangères.

Résultats. - L'éruption herpétique génitale est le plus souvent due à l'Herpès Simplex Virus 2 (HSV2) (NP2). Le risque de séroconversion HSV pendant la grossesse est de 1 à 5 % (NP2). Devant une lésion génitale typique d'un herpès chez une femme ayant un antécédent d'herpès génital connu, il s'agit d'une récurrence herpétique et une confirmation virologique n'est pas nécessaire (Grade B). Chez une femme n'ayant pas d'antécédent d'herpès génital connu il est recommandé d'effectuer un prélèvement par écouvillonnage de la lésion et de privilégier la Polymerase

Chain Reaction (PCR) (Accord professionnel) et des sérologies spécifiques de type (Accord professionnel). En cas d'épisode initial d'herpès génital pendant la grossesse, il est recommandé d'initier un traitement antiviral par aciclovir (200 mg x 5 par jour) ou valaciclovir (1000 mg x 2 par jour) pendant 5 à 10 jours (Grade C). En cas de récurrence herpétique en cours de grossesse, un traitement par aciclovir (200 mg x 5 par jour) ou valaciclovir (500 mg x 2 par jour) peut être proposé (Grade C).

Le risque d'herpès néonatal est estimé entre 25 % et 44 % en cas d'épisode initial (NP2) et de 1% en cas de récurrence (NP3) lors de l'accouchement. Une prophylaxie antivirale doit être proposée aux femmes ayant un épisode initial ou une récurrence herpétique en cours de grossesse, à partir de 36 SA et jusqu'à l'accouchement (Grade B). En cas d'antécédent d'herpès génital sans épisode de récurrence au cours de la grossesse, il n'est pas recommandé de proposer systématiquement un traitement prophylactique (Accord professionnel). Il est recommandé de réaliser une césarienne en cas de suspicion d'épisode initial d'herpès génital au moment du travail (Grade B), ou de rupture de la poche des eaux à terme (Accord professionnel), ou en cas d'épisode initial d'herpès génital survenu moins de 6 semaines avant l'accouchement (Accord professionnel). En cas de récurrence herpétique en début de travail, une césarienne sera d'autant plus à considérer que les membranes sont intactes. En revanche un accouchement par voie vaginale sera d'autant plus à considérer qu'il existe une rupture prolongée des membranes (Accord professionnel). L'herpès néonatal est rare et principalement dû à HSV-1 (NP 3). Dans la majorité des cas d'herpès néonatal, l'interrogatoire ne retrouve aucun antécédent maternel d'herpès (NP 3). En cas de suspicion d'herpès néonatal, des prélèvements (sang et liquide céphalorachidien) avec recherche d'ADN viral par PCR doivent être réalisés pour confirmer le diagnostic (Accord professionnel) et un traitement par aciclovir intraveineux (Grade A) à la posologie de 60 mg/kg/j réparti en 3 injections (Grade C) doit être débuté sans attendre les résultats des prélèvements (Accord professionnel). La durée du traitement dépend de la forme clinique (Accord professionnel).

Conclusion. - Il n'existe pas de preuve formelle qu'il soit possible de diminuer le risque d'herpès néonatal en cas d'herpès génital pendant la grossesse. Cependant, une prise en charge adaptée permet de diminuer la symptomatologie liée à l'herpès, le risque de récurrence à terme, ainsi que le taux de césariennes réalisées pour lésions herpétiques.

Abstract

Objective. - Identify measures to diagnose, prevent and treat genital herpes infection during pregnancy and childbirth and neonatal infection

Materials and methods. - Bibliographic search from Medline, Cochrane Library databases and research of international clinical practice guidelines.

Results. - Genital herpes lesion is most often due to HSV2 (LE2). The risk of HSV seroconversion during pregnancy is 1 to 5 % (LE2). Genital herpes ulceration during pregnancy in a woman with history of genital herpes corresponds with a recurrence. In this situation, there is no need for virologic confirmation (Grade B). In case of genital lesions in a pregnant woman that do not report any genital herpes before, it is recommended to perform a virological confirmation by PCR and HSV type specific IgG (Professional consensus). In case of first episode genital herpes during pregnancy, antiviral treatment with acyclovir (200 mg 5 times daily) or valacyclovir (1000 mg twice daily) for 5 to 10 days is recommended (Grade C). In case of

recurrent herpes during pregnancy, antiviral therapy with acyclovir (200 mg 5 times daily) or valacyclovir (500 mg twice daily) can be administered (Grade C). The risk of neonatal herpes is estimated between 25% and 44% in case of initial episode (LE2) and 1% in case of recurrence (LE3) at the time of delivery. Antiviral prophylaxis should be offered for women with first episode genital herpes or recurrent genital herpes during pregnancy from 36 weeks of gestation and until delivery (Grade B). In case of a history of genital herpes without episode of recurrence during pregnancy, it is not recommended routinely offer a prophylactic treatment (Professional consensus). A cesarean section should be performed if there is a suspicion of first episode genital herpes at the onset of labor (Grade B), in the event of premature rupture of the membranes at term (Professional consensus), or in case of first episode genital herpes less than 6 weeks before delivery (Professional consensus). In case of recurrent genital herpes at the onset of labor, cesarean delivery will be all the more considered if the membranes are intact and vaginal delivery will be all the more considered in case of prolonged rupture of membranes (Professional consensus). Neonatal herpes is rare and mainly due to HSV-1 (LE3). In most of the case of neonatal herpes, the mothers have no history of genital herpes (LE 3). In case of suspicion of neonatal herpes, different samples (blood and cerebrospinal fluid) for HSV PCR must be carried out to confirm the diagnosis (Professional consensus). Any newborn suspected of neonatal herpes should be treated with intravenous acyclovir (60mg/kgs/day 3 times daily) (grade A) prior to the results of HSV PCR (professional consensus). The duration of the treatment depends on the clinical form (Professional consensus)

Conclusion. - There is no formal evidence that it is possible to reduce the risk of neonatal herpes in genital herpes during pregnancy. However, appropriate care can reduce the symptoms associated with herpes, the risk of recurrence term and the cesarean rate performed to decrease the risk of neonatal herpes.

1. - Introduction

Les recommandations pour la pratique élaborées par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) visent à aider le clinicien à prendre une décision en lui offrant une synthèse disposant d'un niveau de preuve scientifique ou d'un accord professionnel pour essayer d'améliorer la prise en charge des mères et des futurs enfants à naître.

Ces recommandations ont un but informatif. Elles ne sont absolument pas « médicalement opposables » et non pas pour but d'être instrumentalisées lors de contentieux médicaux. Ainsi, un soignant (Sage-Femme, Gynécologue-Obstétricien, Pédiatre, Infectiologue) a le libre choix de ne pas appliquer une recommandation élaborée par le groupe d'experts si il estime que cette recommandation ne représente pas l'option la plus appropriée pour la prise en charge de la patiente dont il a la charge. Ceci est particulièrement vrai pour les recommandations de faible grade.

Concernant les niveaux de preuve observés (NP), trois éléments méritent d'être clarifiés pour aider le lecteur à la compréhension de la cotation et de la formulation de ces RPC :

- le groupe de travail a privilégié le présent pour le temps des verbes quand le NP est élevé (NP1 et NP2, voire exceptionnellement NP3 quand toutes les études sont concordantes pour l'événement étudié) ; dans le cas contraire, le conditionnel est privilégié ;

- deux résultats issus de la même étude ont pu être cotés différemment (NP2 pour l'un et NP3 pour l'autre par exemple) si l'un des événements était le critère de jugement principal de l'étude et l'autre un des critères de jugement secondaire, ou si la puissance statistique de l'étude était considérée comme insuffisante pour l'un des deux critères étudiés.
- La qualité scientifique d'une étude est évaluée par un niveau de preuve (NP) tandis que la force de la recommandation, élaborée à partir des données scientifiques, est évaluée par un grade, selon la cotation proposée par la Haute Autorité de Santé (HAS).
- Enfin, il est important pour le lecteur de comprendre sans ambiguïté la formulation des recommandations :
 - o « il est recommandé de faire... » signifie que la littérature a démontré que faire ce geste diminuait les risques ; il faut donc faire ce geste dans la mesure du possible.
 - o « il n'est pas recommandé de faire... » signifie que la littérature n'a pas démontré que faire ce geste diminuait les risques ; il n'est donc pas nécessaire de faire ce geste systématiquement. Mais il n'est pas interdit de le faire.
 - o « il est recommandé de ne pas faire... » signifie que la littérature a démontré que faire ce geste augmente les risques ; il faut donc éviter de faire ce geste.

2. - Définitions ([1])

Les différents épisodes de l'histoire d'une infection herpétique sont définis virologiquement et cliniquement.

Virologiquement, la séroconversion correspond à la présence d'Immunoglobulines G (IgG) chez une patiente n'en ayant pas auparavant.

Les primo infections (infections primaires) et les infections non primaires sont définies comme suit :

Primo infection (Infection primaire) :

Premier épisode d'infection herpétique (Herpès Simplex Virus 1 (HSV1) ou Herpès Simplex Virus 2 (HSV2)) chez une patiente n'ayant jamais eu d'herpès, quelle que soit la localisation.

Infection non primaire

Premier épisode d'infection HSV1 chez une patiente ayant eu une infection HSV-2 ;

ou

Premier épisode d'infection HSV2 chez une patiente ayant eu une infection HSV-1.

Il existe une différence entre les épisodes d'excrétion virale et de récurrence.

Excrétion virale asymptomatique :

détection d'HSV1 ou HSV2 en l'absence de signes fonctionnels ou de lésions visibles par le patient ou le médecin.

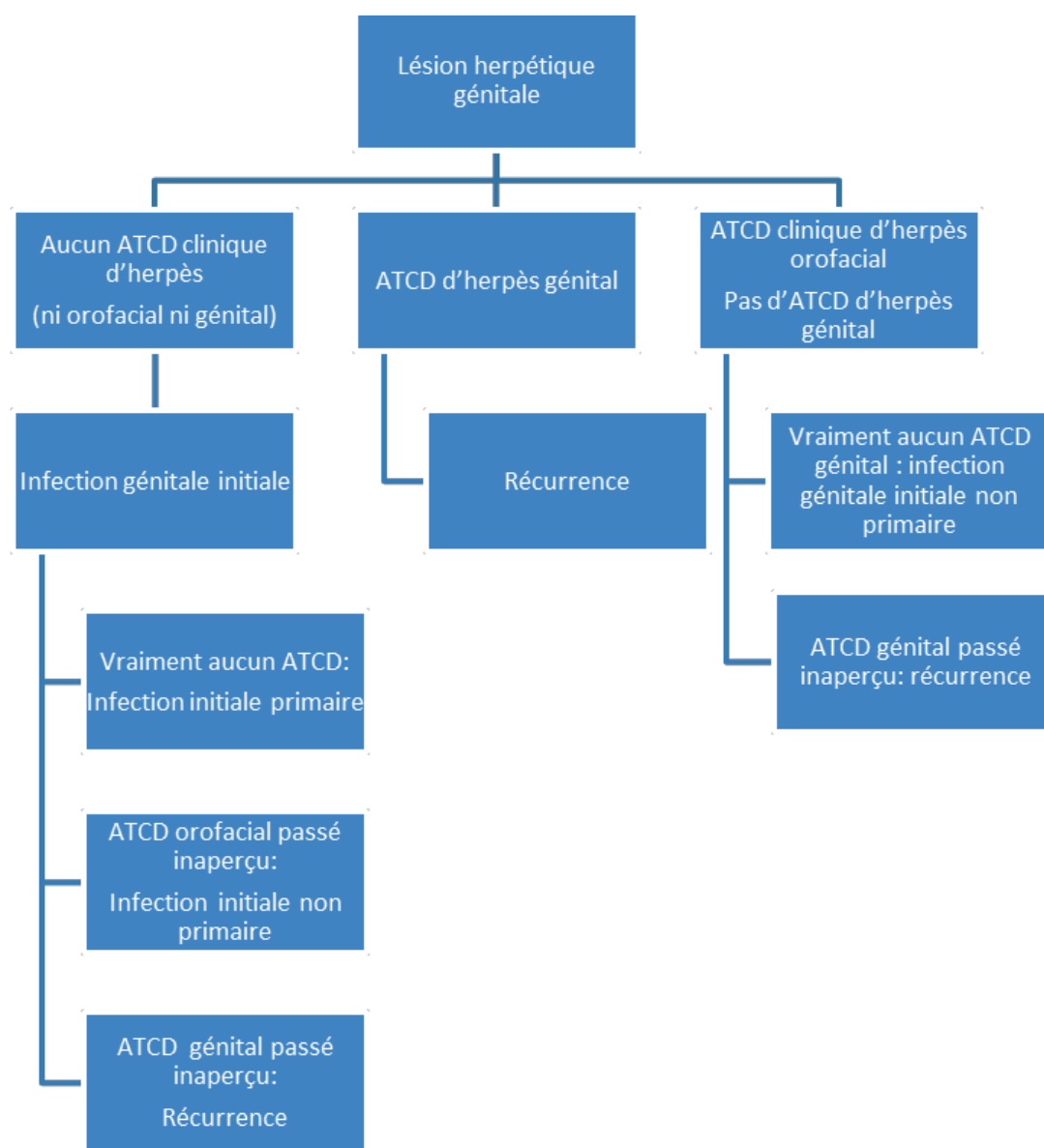
Réurrence :

périodes de réplication clinique virale chez une patiente ayant déjà eu des épisodes précédemment.

Définitions cliniques

En pratique clinique, le praticien est confronté à deux situations qui seront développées dans ces recommandations pour la pratique clinique (Figure 1) :

Figure 1. - **Définitions** (Definitions).



1 - Une lésion génitale d'allure herpétique sans antécédent connu d'herpès génital, qui peut correspondre à une primo-infection herpétique, mais également à une infection initiale non primaire, ou encore à une récurrence lorsque la primo-infection voire de précédents épisodes de récurrence sont passés inaperçus. L'infection initiale primaire est celle qui est le plus à risque pour le nouveau-né.

2 - La mise en évidence de lésions cliniques génitales chez une patiente ayant déjà un antécédent d'infection herpétique sur le même site : il s'agit d'une récurrence. Les co infections génitales HSV1 HSV2 (infections non primaires) sont exceptionnelles et seront considérées comme des récurrences.

3. - Épidémiologie, manifestations de la maladie, prévention et dépistage ([1])

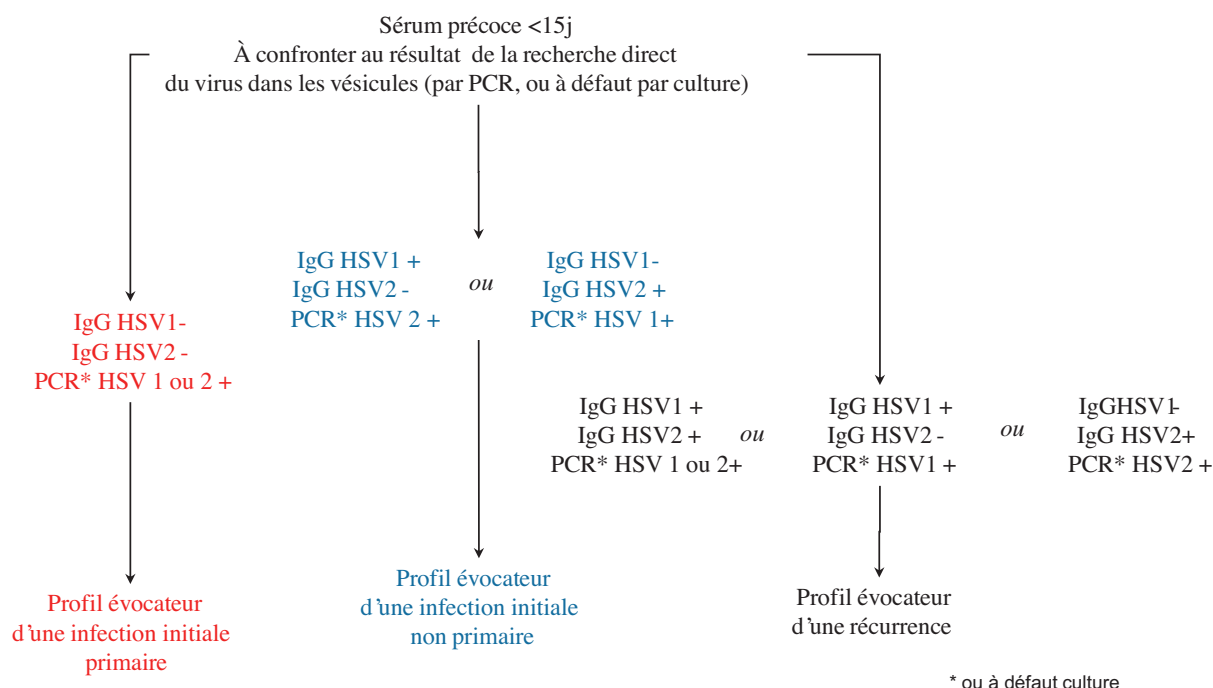
La symptomatologie peut être atypique (NP2). Il n'existe pas d'étude comparant la symptomatologie clinique pendant et en dehors de la grossesse. Par comparaison indirecte, il ne semble pas y avoir de particularité de l'expression clinique de l'herpès génital pendant la grossesse (Accord Professionnel). L'infection génitale est le plus souvent due à HSV2 mais la prévalence de l'infection par HSV1 est en cours d'augmentation ces dernières années (NP2). Soixante dix à 80 % des femmes enceintes ont un antécédent d'infection par un virus Herpès simplex, sans préjuger de la localisation génitale ou labiale et de l'histoire clinique, et celui-ci est dans la majorité des cas de type 1 (NP2). En cas de récurrence herpétique génitale pendant la grossesse, en l'absence de traitement, la prévalence des lésions cliniques d'herpès à l'accouchement est de l'ordre de 14,3 % contre 36 % en cas d'infection initiale sans que le type viral soit précisé (NP4). En l'absence de récurrence pendant la grossesse la prévalence des lésions lors de l'accouchement n'est pas connue. Chez les patientes séropositives pour l'un ou l'autre type viral, l'excrétion herpétique asymptomatique détectée par Polymerase chain reaction (PCR) est de l'ordre de 4 à 10 % (NP 3). Le HSV2 est plus souvent retrouvé que HSV1 (NP2). Le taux d'excrétion augmente chez les patientes VIH+ (de l'ordre de 20 à 30 %) (NP2). Le risque de séroconversion HSV pendant la grossesse est de l'ordre de 1 à 5 % (NP2), mais peut atteindre 20 % en cas de couple séro-discordant (NP2). Le principal facteur de risque de contamination par HSV pendant la grossesse est l'existence d'une autre MST (NP2), le fait d'être en couple depuis peu de temps (NP2) et l'antécédent d'herpès chez le partenaire (NP2). L'interrogatoire n'est pas toujours suffisant pour connaître l'antécédent d'infection herpétique d'une patiente et de son conjoint (NP2). En l'absence de lésion, l'examen clinique a une valeur prédictive négative forte (NP2). En cas de lésion initiale, la valeur prédictive positive de l'examen clinique est assez élevée mais l'importance de faire un diagnostic précis pour la prise en charge la plus adaptée nécessite une confirmation par une PCR sur les lésions (Grade B). Les hépatites herpétiques sont rares et potentiellement graves (NP4). Il faut y penser devant toute cytolysé hépatique inexpliquée pendant la grossesse (Accord professionnel). Devant tout tableau évocateur d'encéphalite fébrile, l'encéphalite herpétique doit être évoqué (grade C) et un traitement antiviral démarré le plus tôt possible (Accord professionnel). Il n'y a pas de lien établi entre l'infection herpétique et les fausses couches (NP3). Il semble exister une association entre l'infection herpétique non traitée et l'accouchement prématuré (NP3). Cette association pourrait disparaître en cas d'infection traitée (NP3). Les fœtopathies herpétiques sont exceptionnelles et peuvent être dues à des infections primaires comme non primaires, à HSV 1 ou 2, en présence ou non de symptômes maternels (NP4). Il n'y a pas d'argument pour recommander une prise en charge spécifique de diagnostic anténatal en cas d'infection herpétique pendant la grossesse (Accord Professionnel). Le port du préservatif diminue le risque d'infection initiale chez la femme non enceinte (NP3). En cas de couple séro-discordant (F-, H+) le port du préservatif au troisième trimestre peut être proposé au couple en l'absence de lésion clinique (Grade C). En cas de lésion clinique il est recommandé de ne pas avoir de rapports sexuels y compris bucco génitaux, particulièrement à l'approche du terme (Accord professionnel). Il n'existe pas de vaccin utilisable à l'heure actuelle (Accord professionnel). Faire des sérologies HSV aux deux membres du couple représenterait certainement un coût important alors que les cas d'herpès néonataux sont très rares en France. Il faudrait en plus que le conjoint soit présent, qu'il réponde sincèrement aux questions sur ce sujet délicat et que le résultat soit

recupéré en temps et en heure. Il faudrait également que ce dépistage soit réalisé de façon exhaustive pour être efficace, ce qui n'est pas possible. Il n'existe pas d'étude clinique évaluant les stratégies de dépistage sérologique. Pour toutes ces raisons, il n'y a pas d'argument suffisant pour justifier une politique de dépistage systématique pendant la grossesse (Accord professionnel).

4. - Outils du diagnostic virologique ([2])

En vue d'une détection directe du virus, il est recommandé de privilégier la PCR à la culture et à la détection antigénique (Accord professionnel). Cependant la PCR n'est actuellement pas inscrite à la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et n'est donc pas remboursée par l'Assurance maladie. Le prescripteur devrait s'enquérir de la technique qui est mise en œuvre dans le laboratoire afin d'adapter le mode de prélèvement et les conditions de transport en conséquence (Accord professionnel). Réciproquement, et au plus tard lorsque ces examens seront inscrits à la NABM, les laboratoires devraient mettre en place les techniques dont les sensibilités et les spécificités sont les plus satisfaisantes, et qui s'adaptent au mieux à l'organisation des soins en particulier concernant le délai de rendu des résultats (Accord professionnel). Concernant la sérologie HSV, la recherche des IgG spécifiques de type doit être privilégiée (grade B). En l'absence de lésion, elle permettra de déterminer le statut immunitaire d'une patiente (grade B). En cas de lésions, sa prescription doit être limitée à la situation clinique d'un épisode herpétique survenant chez une patiente sans antécédent d'herpès génital, en vue de différencier une primo-infection, d'une infection initiale non primaire, ou d'une éventuelle récurrence (Accord professionnel). Cependant la sérologie spécifique de type n'est actuellement pas inscrite à la NABM et n'est donc pas remboursée par l'Assurance maladie. La recherche des IgM n'a aucun intérêt dans le diagnostic de l'herpès génital maternel ou l'herpès néonatal (Grade C). En présence de lésions herpétiques en cours de grossesse chez une patiente qui ne rapporte aucun antécédent d'herpès, il faut distinguer la primo-infection et l'infection initiale non primaire, d'une récurrence dont l'épisode initial serait passé inaperçu. Cette distinction doit reposer sur la recherche directe du virus dans les lésions (par PCR ou à défaut par culture) et la sérologie spécifique de type (recherche des IgG uniquement) (Grade C). Chez une patiente ayant un antécédent d'herpès génital connu, en l'absence de lésion ou de prodrome, quel que soit le moment de la grossesse, qu'une prophylaxie antivirale ait été reçue ou non et quel que soit le délai entre le dernier épisode de récurrence et l'accouchement, il n'est pas recommandé d'effectuer de sérologie ni de prélèvement génital à la recherche d'une excrétion virale asymptomatique (Accord professionnel). Devant une lésion typique et de présentation clinique habituelle chez une femme enceinte ayant un antécédent d'herpès génital connu, le prélèvement en vue de la confirmation virologique n'est pas recommandé pour confirmer qu'il s'agit bien d'une lésion d'herpès y compris en début de travail ou en cas de rupture des membranes (Accord professionnel). En revanche, pendant la grossesse, chez une patiente ayant un antécédent d'herpès génital connu et devant une lésion atypique ou dont la présentation clinique est inhabituelle, un prélèvement en vue de la confirmation virologique est recommandé (Accord professionnel). Enfin, en début de travail ou en cas de rupture des membranes, en cas de prodrome, de lésion atypique ou de présentation clinique est inhabituelle, un prélèvement en vue de la confirmation virologique peut être réalisé lorsqu'un rendu rapide du résultat est possible et que celui-ci peut modifier la prise en charge obstétricale (Accord professionnel). (*Figure 2*). Le diagnostic virologique de l'herpès néonatal doit reposer sur la recherche directe du virus par

Figure 2. - **Interprétation des examens virologiques en cas de signes cliniques évocateurs d'une infection génitale à HSV chez une patiente sans antécédent connu d'herpès génital** (*Interpretation of virological tests in case of clinical signs of genital HSV*).



PCR dès que le nouveau-né est suspect d'herpès néonatal (nouveau-né symptomatique), de préférence avant l'instauration du traitement antiviral mais sans le différer, ou après 24h de vie si le nouveau-né est à risque (majeur ou mineur) d'herpès néonatal mais asymptomatique (Accord professionnel). Les prélèvements doivent au minimum inclure le sang et un prélèvement périphérique, complété par le LCR et d'autres prélèvements périphériques (ou des lésions éventuelles) en cas de risque majeur d'herpès néonatal (primo-infection ou infection initiale non primaire maternelle), de nouveau-nés suspects d'herpès néonatal (nouveau-nés symptomatiques) ou de PCR HSV positive sur les premiers prélèvements (Accord professionnel). Si la PCR est négative mais qu'il y a une forte suspicion clinique d'herpès néonatal, ces prélèvements doivent être répétés et inclure de multiples localisations (Accord professionnel).

5. - Suspicion de lésion d'herpès génital chez une patiente enceinte sans antécédent connu d'herpès génital ([3])

Il n'y a pas d'étude permettant d'évaluer l'efficacité d'un traitement antiviral sur la symptomatologie locale en cas d'épisode initial d'herpès génital chez la femme enceinte. Chez l'homme et la femme non enceinte, un traitement antiviral par comprimés d'aciclovir 200 mg per os répartis en 5 prises par jour, pendant 5 à 10 jours en fonction de l'état clinique, permettrait de réduire la durée des symptômes et des lésions d'un épisode initial d'herpès génital, en particulier lorsqu'il s'agit d'une primo-infection herpétique (NP3). Le valaciclovir 500 mg offre une efficacité semblant similaire avec seulement 2 prises de 2 comprimés par jour (NP3). Il n'y a pas d'argument pour administrer l'aciclovir en intraveineux plutôt que par voie orale en cas d'herpès génital non compliqué (Avis d'expert). Les traitements topiques antiviraux sont moins efficaces que les traitements par voie générale (NP3).

En cas d'herpès disséminé, il est recommandé d'administrer un traitement antiviral par voie intraveineuse de façon précoce et de mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire entre gynécologues-obstétriciens et infectiologues (Accord professionnel). Les données relatives aux potentiels effets secondaires fœtaux et néonataux d'un traitement antiviral par aciclovir ou valaciclovir pendant la grossesse sont rassurantes (NP2).

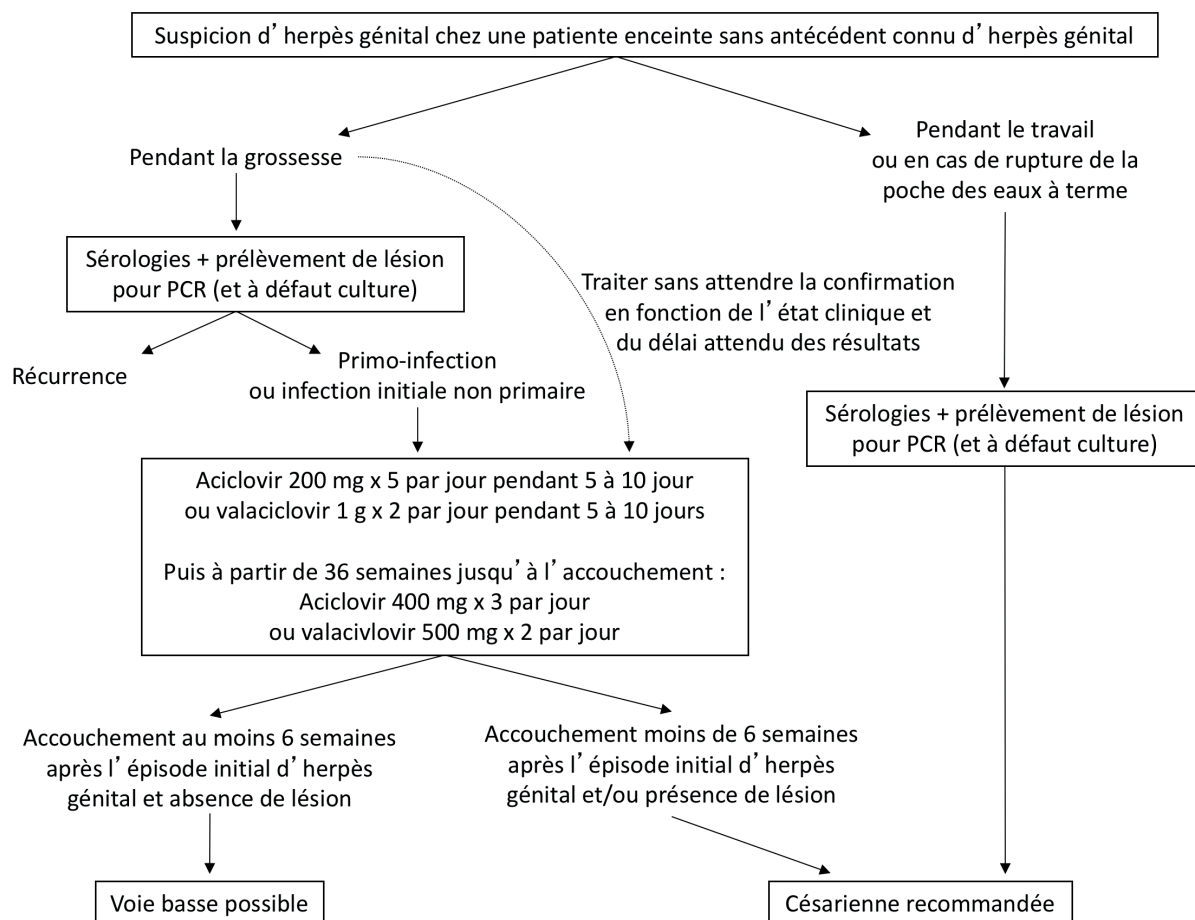
Il est recommandé d'initier un traitement antiviral en cas d'épisode initial d'herpès génital pendant la grossesse (Grade C). Les données concernant l'innocuité de l'aciclovir sur le fœtus sont plus nombreuses mais le valaciclovir peut également être prescrit en raison de la simplicité de son utilisation (Accord professionnel). Le traitement consiste en de l'aciclovir per os à raison d'un comprimé de 200 mg cinq fois par jour, ou alors du valaciclovir à raison de deux comprimés de 500 mg deux fois par jour, pendant 5 à 10 jours en fonction de l'état clinique (Grade C).

Un traitement antiviral peut être initié devant une suspicion d'épisode initial d'herpès génital, sans attendre les résultats des examens biologiques, en fonction de l'état clinique et du délai attendu des résultats (Accord professionnel). L'herpès est une infection sexuellement transmissible et le principal facteur de risque d'infection initiale herpétique pendant la grossesse est l'existence d'une autre infection sexuellement transmissible (NP2). En cas d'herpès génital, le risque de transmission du VIH au partenaire et au nouveau-né est potentiellement majoré (NP4). Le préservatif réduit le risque de transmission des infections sexuellement transmissibles et en particulier l'herpès (NP2). En cas d'épisode initial d'herpès génital pendant la grossesse, il est recommandé de proposer à la patiente une sérologie VIH (Grade B), et de réaliser chez elle et son partenaire un dépistage d'autres infections sexuellement transmissibles en fonction du contexte (Accord professionnel). Il est recommandé de conseiller à la patiente de s'abstenir d'avoir des relations sexuelles en présence d'ulcérations ou de symptômes évocateurs d'herpès génital, afin d'éviter de transmettre l'herpès à son partenaire (Accord professionnel).

Chez les femmes ayant présenté un épisode initial d'herpès génital pendant la grossesse, bien qu'il n'existe pas de bénéfice démontré du traitement prophylactique pour réduire le risque d'herpès néonatal, il est recommandé de mettre en place une prophylaxie antivirale à partir de 36 semaines d'aménorrhée et jusqu'à l'accouchement, afin de réduire le risque de césarienne pour lésion herpétique (Grade B). En cas de grossesse gémellaire, un traitement pourrait être initié dès 32 semaines d'aménorrhée en raison du risque majoré d'accouchement prématuré (Accord professionnel). De même, dans certaines situations à risque important d'accouchement prématuré, un traitement antiviral pourrait être initié précocement (Accord professionnel). Ce traitement consiste en de l'aciclovir per os à raison de deux comprimés de 200 mg fois par jour ou du valaciclovir 500 mg deux fois par jour (*Figure 3*).

Le risque d'herpès néonatal est plus important lorsque l'épisode initial d'herpès génital survient à proximité de l'accouchement, en raison du risque d'excrétion virale et d'absence de séroconversion maternelle protectrice pour le nouveau-né (NP2). Il peut atteindre 44 % en cas de primo-infection et 25 % en cas d'infection initiale non primaire (NP2). Le temps nécessaire à une séroconversion après un épisode initial d'herpès génital est variable mais est le plus souvent inférieur à 6 semaines (NP3). En cas de présence de lésions et/ou de symptômes évocateurs d'un épisode initial d'herpès génital (ou d'épisode initial d'herpès génital confirmé) au moment du travail, il est recommandé de réaliser une césarienne car cela permet vraisemblable-

Figure 3. - **Interprétation des examens virologiques en cas de signes cliniques évocateurs d'une infection génitale à HSV chez une patiente sans antécédent connu d'herpès génital** (*Interpretation of virological tests in case of clinical signs of genital HSV*).



ment de diminuer le risque d'herpès néonatal en cas de primo-infection herpétique (Grade C). En cas d'accouchement moins de 6 semaines après un épisode initial d'herpès génital, il est recommandé de réaliser une césarienne (Accord professionnel). En cas d'épisode initial d'herpès génital pendant la grossesse, de traitement antiviral prophylactique bien conduit et d'absence de lésions et/ou de symptômes évocateurs au moment du travail, un accouchement par voie basse est possible, y compris lorsque cet épisode survient au troisième trimestre tant que l'accouchement a lieu au moins 6 semaines après l'épisode infectieux (Accord professionnel). En cas de présence de lésions et/ou de symptômes évocateurs d'un épisode initial d'herpès génital (ou d'épisode initial d'herpès génital confirmé) et de rupture de la poche des eaux après 37 semaines d'aménorrhée, il est recommandé de réaliser une césarienne, si possible dans les 4 heures suivant la rupture (Accord professionnel) car cela pourrait permettre de diminuer le risque d'herpès néonatal (Avis d'expert). En cas de rupture des membranes prolongée à terme, et même en cas de travail, il est recommandé de réaliser une césarienne plutôt qu'une voie basse (Accord professionnel), car même s'il n'y a pas de données dans la littérature permettant d'évaluer l'intérêt d'une césarienne dans ce cas de figure (NP4), un épisode initial d'herpès génital au moment de l'accouchement est la situation la plus à risque d'herpès néonatal (NP2). En cas d'association d'un épisode initial d'herpès génital et d'une rupture prématurée des membranes, la prise en charge doit être décidée de façon multidisciplinaire, en prenant en compte principalement la problématique de l'âge gestationnel (Accord professionnel). Plus l'âge gestationnel de la rupture est

précoce, plus une expectative avec traitement antiviral sera à privilégier (Accord professionnel). Si l'accouchement a lieu plus de 6 semaines après l'épisode infectieux, un accouchement par voie basse est possible, en cas de rupture prématurée des membranes, en l'absence de lésions et/ou de symptômes évocateurs au moment du travail (Accord professionnel). En cas de découverte d'une lésion herpétique génitale maternelle après l'accouchement, l'appréciation du risque de transmission au nouveau-né permettra au pédiatre d'adapter la prise en charge néonatale (Accord professionnel). Le traitement antiviral de la mère peut se faire selon les modalités habituelles (Grade C).

6. Suspicion de lésion d'herpès génital chez une femme enceinte ayant un antécédent d'herpès génital connu ([4])

Devant une lésion typique et de présentation clinique habituelle chez une femme enceinte ayant un antécédent d'herpès génital connu, il n'est pas recommandé de faire un prélèvement pour confirmer qu'il s'agit d'une lésion d'herpès (Accord Professionnel). Devant une lésion atypique, une confirmation virologique est recommandée par écouvillonnage de la lésion afin de pratiquer une recherche du virus par PCR ou culture (Accord Professionnel). Devant une lésion d'herpès génital chez une femme ayant un antécédent d'herpès génital connu, la probabilité d'infection initiale non primaire est très faible. Un prélèvement n'est pas donc pas nécessaire pour considérer qu'il s'agit d'une récurrence (Grade C). Il n'y a pas d'étude permettant d'évaluer l'efficacité d'un traitement antiviral sur la symptomatologie en cas de récurrence d'herpès génital pendant la grossesse. Un traitement antiviral par aciclovir (200 mg x 5 par jour) ou valaciclovir (500 mg x 2 par jour) peut être proposé pour réduire la durée et l'intensité des symptômes devant des prodromes ou une récurrence d'herpès génital dans les 24 heures suivant le début de l'éruption chez une femme enceinte très invalidée par ses symptômes (Grade C). Néanmoins le bénéfice du traitement est modeste avec une réduction de la durée de l'excrétion virale et de la durée des symptômes de 1 à 2 jours (NP3).

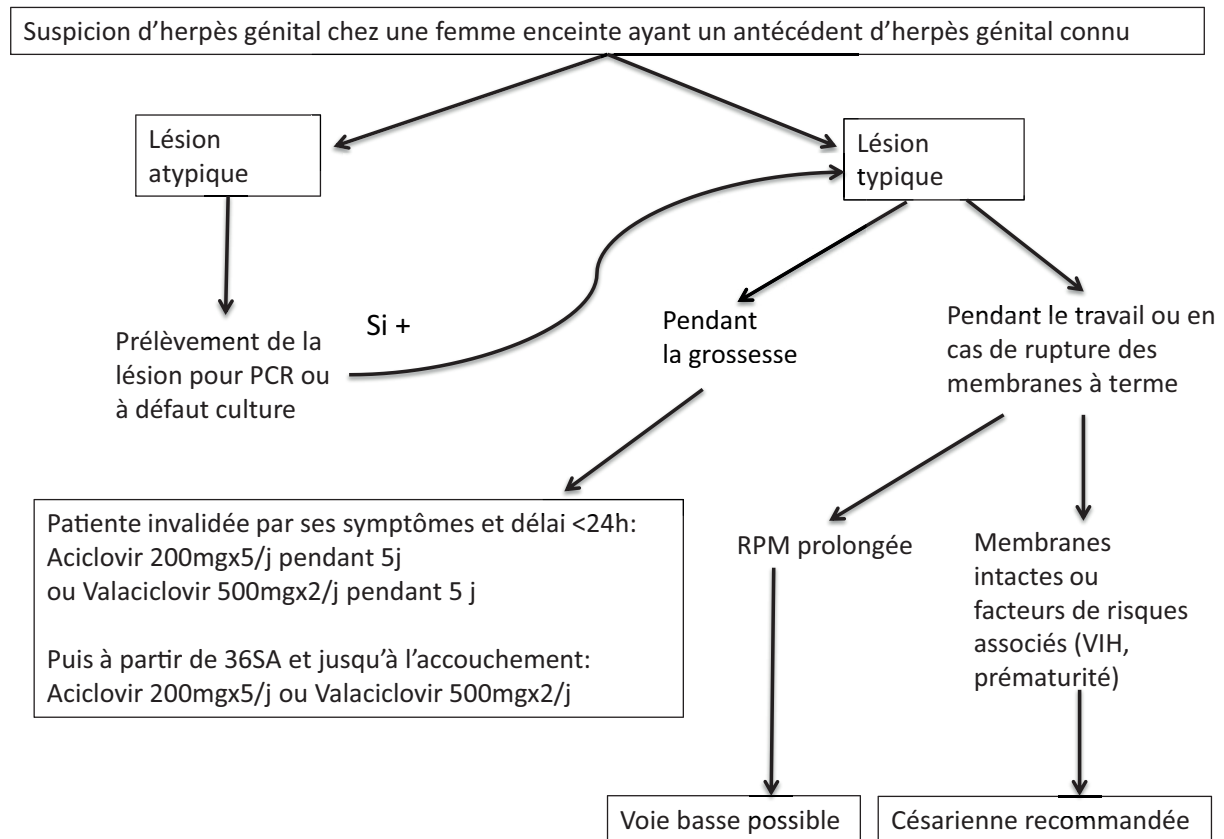
Le traitement consiste en de l'aciclovir à raison de 1cp à 200 mg per os 5 fois par jour pendant 5 jours, ou du valaciclovir à raison de 1cp à 500mg per os 2 fois par jour pendant 5 jours (Grade C). Chez les femmes ayant présenté au moins une récurrence pendant la grossesse, bien qu'il n'existe pas de bénéfice démontré du traitement prophylactique pour réduire le risque d'herpès néonatal, il est recommandé de proposer une prophylaxie antivirale à partir de 36SA afin de réduire le risque de césarienne pour lésion herpétique (Grade B). Les antiviraux recommandés sont l'aciclovir à la posologie de 400mg 3 fois par jour per os ou le valaciclovir à la posologie de 500mg 2 fois par jour per os jusqu'à l'accouchement. Dans les situations à risque de naissance prématurée (menace d'accouchement prématuré, grossesse multiple), la prophylaxie pourra être débutée plus précocement (Accord professionnel). Chez les femmes ayant un antécédent d'herpès génital et pour lesquelles le dernier épisode de récurrence est antérieur à la grossesse, le bénéfice du traitement prophylactique n'est pas démontré. Il n'est donc pas recommandé de proposer systématiquement une prophylaxie antivirale aux femmes qui n'ont pas eu de récurrence pendant la grossesse, mais elle sera d'autant plus à considérer que les récurrences étaient récentes et fréquentes avant la grossesse. (Accord professionnel). Le risque d'herpès néonatal en cas de récurrence herpétique lors de l'accouchement est estimé à environ 1 % (NP3). Devant une lésion typique chez une femme ayant un antécédent d'herpès génital connu en début de travail ou en cas

de rupture des membranes, il n'est pas recommandé de faire un prélèvement pour confirmer qu'il s'agit d'une lésion d'herpès (Accord Professionnel).

Devant une lésion atypique ou en cas de prodrome, une confirmation virologique peut être réalisée par écouvillonnage de la lésion afin de pratiquer une recherche du virus par PCR lorsqu'un rendu en urgence du résultat est possible et lorsque le résultat peut modifier la prise en charge obstétricale (Accord Professionnel). Le risque d'herpès néonatal en cas d'excrétion virale asymptomatique chez une femme ayant un antécédent d'herpès génital est faible (NP3) et il n'existe pas de données dans la littérature pour évaluer la pertinence de la PCR en urgence chez les femmes asymptomatiques. Il n'est donc pas recommandé de réaliser une PCR en urgence en l'absence de lésion ou de prodrome chez une femme ayant un antécédent de récurrence herpétique en début de travail ou en cas de rupture prématurée des membranes, qu'une prophylaxie antivirale ait été reçue ou non et quel que soit le délai entre le dernier épisode de récurrence et l'accouchement (Accord professionnel). En cas de prodrome ou de lésion clinique d'herpès génital chez une femme en début de travail ayant un antécédent d'herpès connu, les données de la littérature ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre (Accord professionnel). Une césarienne sera d'autant plus à considérer que les membranes sont intactes, et/ou en cas de prématurité et/ou en cas de séropositivité au VIH (Accord professionnel). En revanche un accouchement par voie vaginale sera d'autant plus à considérer qu'il existe une rupture des membranes prolongée, après 37 SA et en l'absence de séropositivité au VIH (Accord professionnel). En l'absence de lésion ou de prodrome chez une femme ayant un antécédent d'herpès génital connu, il n'y a pas de contre-indication à la réalisation d'un prélèvement au scalp, à l'utilisation d'électrode de scalp ou à la réalisation d'une extraction instrumentale. Il n'y a pas de contre-indication à la rupture artificielle des membranes. La gestion du travail est habituelle (Accord professionnel). Chez les femmes ayant une récurrence herpétique en cours de travail, en cas d'accouchement par voie vaginale, il n'existe pas de données suffisantes pour déterminer si l'utilisation d'électrode de scalp, la réalisation d'un pH au scalp ou d'une extraction instrumentale augmentent le risque d'herpès néonatal, ni sur l'efficacité d'un traitement antiviral pour réduire le risque d'herpès néonatal (Avis d'expert). Cependant, si un accouchement par voie vaginale est autorisé, il est conseillé, par extrapolation des données connues en cas de primo-infection herpétique, de ne pas réaliser de prélèvement au scalp, de ne pas utiliser d'électrode de scalp et de limiter l'amniotomie aux indications validées mais il n'y a pas de contre-indication à réaliser une extraction instrumentale (Accord professionnel). En cas de récurrence herpétique de localisation péri-anale, fesses ou cuisses, un examen minutieux de la filière génitale à la recherche d'une lésion herpétique génitale est recommandé (Accord Professionnel). En l'absence de lésion génitale concomitante, le risque d'excrétion virale génitale est faible, il n'est pas recommandé de réaliser des prélèvements génitaux à la recherche d'HSV (Accord professionnel). Les modalités de prise en charge de l'accouchement ne doivent être dictées que par des considérations obstétricales (Accord professionnel). En cas de récurrence herpétique chez une femme présentant une rupture prématurée des membranes avant 37SA, les risques liés à la prématurité et les risques d'herpès néonatal doivent être mis en balance. Les données de la littérature sont insuffisantes pour déterminer à partir de quel âge gestationnel un déclenchement du travail doit être recommandé par rapport à une attitude expectative (Accord professionnel). Compte tenu de l'efficacité du traitement antiviral pour réduire l'excrétion virale, un traitement par Aciclovir ou Valaciclovir est recommandé (Accord professionnel). Il n'y

a pas de données suffisantes pour considérer que la prise en charge doit différer de celle habituellement mise en œuvre en cas de rupture prématurée des membranes avant 37SA (Accord Professionnel). (Figure 4)

Figure 4. - **Algorithme de prise en charge d'une récurrence herpétique pendant la grossesse** (*Algorithm for management of woman with genital recurrent herpes during pregnancy*).



7. Epidémiologie, manifestations cliniques et prise en charge de l'herpès néonatal ([5])

L'herpès néonatal est rare (incidence 3/100 000 naissances) (NP3), avec une prédominance pour le sérotype HSV 1 (NP3) sur les études les plus récentes. Les principaux facteurs de risque de transmission mère-enfant sont la primo-infection maternelle et le sérotype HSV-1 (NP 3). L'impact de la prophylaxie anténatale par aciclovir ou valaciclovir sur le risque de transmission mère-enfant est inconnu. La mortalité en cas d'herpès néonatal est élevée et dépend de la forme clinique (mortalité avec traitement : forme cutanéomuqueuse 0 %, atteinte système nerveux central 6 %, atteinte disséminée 31 %) (NP 3). L'administration précoce d'aciclovir intraveineux à forte dose (60mg/kg/j) permet de réduire la mortalité en cas d'atteinte neurologique (NP 3).

La morbidité est principalement neurologique (retard mental, cécité, épilepsie, atteinte neuro motrice) (NP 3) et dépend de la forme clinique (NP 3). Il existe peu de données sur le risque de récurrence pendant l'enfance, notamment depuis la mise en place du traitement supprimeur par aciclovir oral (Avis d'Expert). Il n'existe aucun antécédent d'herpès génital chez la mère dans la majorité des cas d'herpès néonatal (NP 3). La fièvre et les lésions vésiculeuses typiques peuvent être absentes à l'admission et même au cours de l'évolution de la maladie (NP 3).

Le diagnostic doit être évoqué devant tout tableau néonatal atypique (respiratoire, neurologique ou de saignement inexpliqué) ou de sepsis résistant aux antibiotiques (Grade C). Au total, chez un nouveau-né à partir de la fin de la première semaine de vie présentant un syndrome infectieux ou neurologique, le dosage des transaminases peut être réalisé pour évaluer une éventuelle atteinte hépatique (Accord professionnel) qui serait un argument en faveur d'une infection herpétique. Sa normalité n'exclue pas le diagnostic (Avis d'expert).

En cas de suspicion d'atteinte du système nerveux central, des examens complémentaires (Electroencéphalogramme et Imagerie par Résonance Magnétique cérébrale) peuvent être réalisés pour argumenter le diagnostic (accord professionnel).

Le diagnostic de confirmation virologique repose sur la PCR HSV (accord professionnel) :

- Tout nouveau-né suspect d'herpès néonatal doit avoir une ponction lombaire (PCR HSV sur liquide céphalorachidien) (Accord professionnel).
- Pour améliorer la probabilité du diagnostic, les prélèvements pour PCR HSV doivent être multiples et réalisés le plus précocement possible, de préférence avant le traitement mais sans le différer (Accord professionnel).
- En cas de négativité de la PCR HSV et de forte suspicion clinique d'herpès néonatal, les prélèvements pour PCR doivent être répétés, y compris sur d'autres localisations (muqueuses, cutanée) (Accord professionnel).

Chez un nouveau-né suspect d'herpès néonatal, un traitement par aciclovir intraveineux doit être débuté sans attendre la confirmation virologique (Grade A).

Chez le nouveau-né à risque d'herpès néonatal, la prise en charge dépend de l'évaluation du risque de transmission mère-enfant :

- En cas de récurrence (risque de transmission mineure), les prélèvements PCR HSV cutanés et sanguins sont réalisés à 24 heures de vie (Accord professionnel). En cas de positivité, une PCR HSV sur le LCR doit être réalisée et un traitement curatif par aciclovir débuté (Accord professionnel).
- En cas de primo-infection ou infection initiale non primaire (risque de transmission majeur), les prélèvements PCR HSV cutané, sang et LCR doivent être réalisés à 24 heures de vie et un traitement présomptif par aciclovir doit être débuté en attendant les résultats (Accord professionnel).

Le traitement de l'herpès néonatal repose sur l'aciclovir intraveineux à la posologie de 60 mg/kg/j (Grade C).

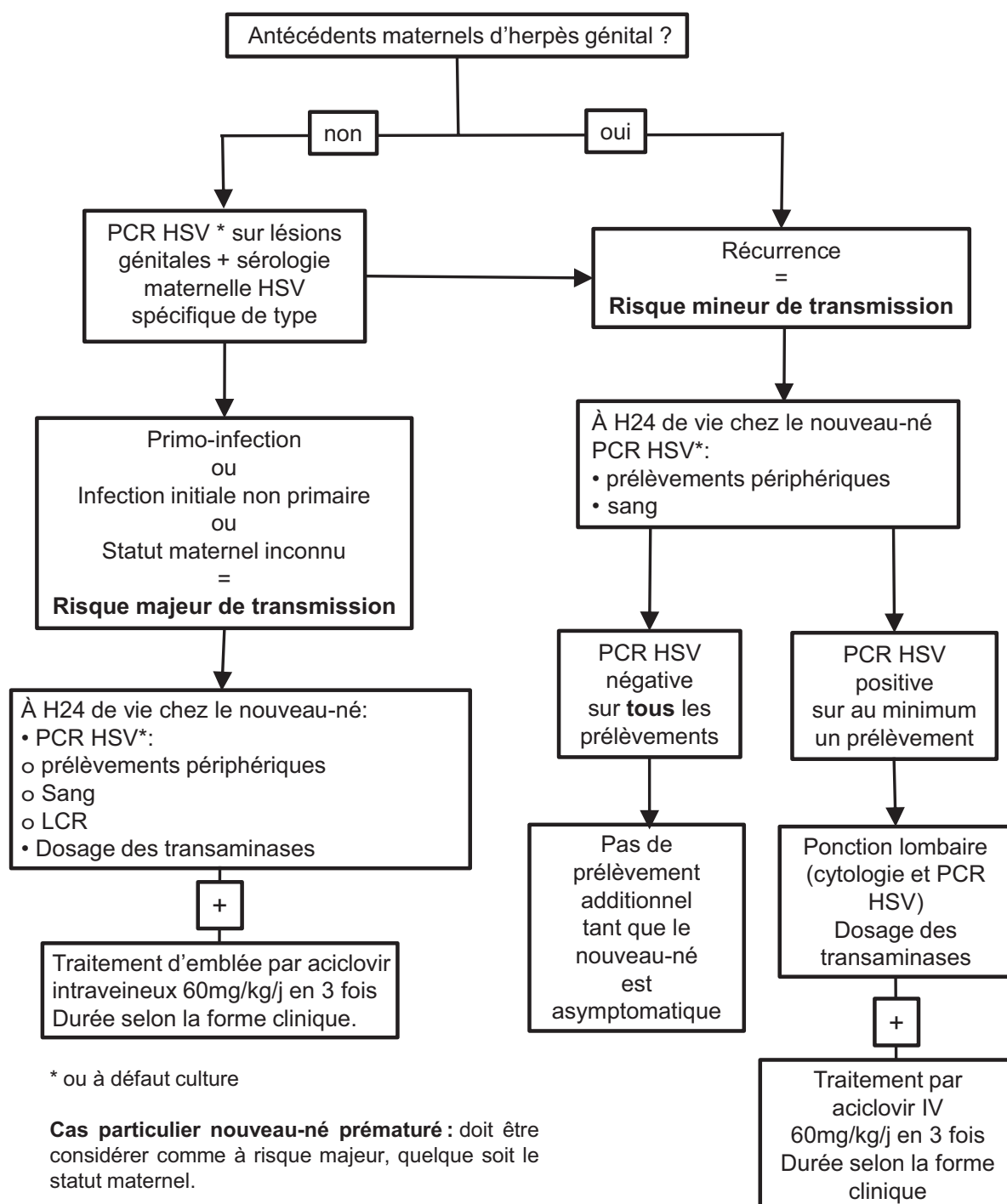
La durée de traitement dépend de l'indication : 14 jours pour les formes cutanéomuqueuses isolées, et 21 jours pour les formes disséminées et cérébro-spinale (Accord professionnel). Concernant le traitement « préventif », la durée proposée est de 10 jours.

En cas d'atteinte isolée ou associée du système nerveux central, une ponction lombaire pour réalisation d'une PCR HSV sur le LCR doit être contrôlée avant la fin du traitement. En cas de positivité, le traitement par aciclovir intraveineux doit être poursuivi jusqu'à négativation de la PCR HSV (Accord professionnel). Un relais par aciclovir oral à la dose de 300 mg/m²/j en 3 fois pour une durée de 6 mois est recommandé quelle que soit la forme clinique afin d'améliorer le pronostic neuro-

logique et de diminuer le risque de récurrence (« suppressive therapy ») (Grade B) (Figure 5). La transmission post-natale concerne principalement HSV 1. La contamination se fait par contact direct entre le nouveau-né et une lésion d'herpès (NP4). Le risque d'une transmission via une excrétion asymptomatique chez une personne ayant un antécédent d'herpès labial est inconnu. L'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué sauf en cas de lésion du mamelon. Il n'existe pas de données sur un risque de transmission via le lait maternel (Accord professionnel).

Figure 5. - **Conduite à tenir chez un nouveau-né asymptomatique né de mère ayant des lésions herpétiques au moment de l'accouchement (naissance par voie vaginale ou césarienne).**

Adapté d'après Kimberlin et al (6)). (Management of an asymptomatic newborn born vaginally or by Cesarean section to mother with active genital herpes lesion. Adaptation from Kimberlin et al (6).



Les règles de prévention de la transmission post natale de l'HSV doivent être connues des parents et de l'entourage mais également du personnel soignant (Accord professionnel).

Promoteur

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)
91 boulevard de Sébastopol – 75002 Paris

Comité d'organisation

JP Laplace, président (Gynerisk, Bordeaux), MV. Senat (gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre, CNGOF), L. Sentilhes, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU, Bordeaux, CNGOF), Yann Sellier (CNSF, Collège national des sages-femmes de France).

Experts du groupe de travail

Olivia Anselem (Gynécologue-Obstétricien, CHU Cochin), Olivier Picone (Gynécologue- Obstétricien CHU Louis Mourier), Laurent Renesme (Pédiatre, CHU Bordeaux), Nicolas Sananès (Gynécologue-Obstétricien CHU Strasbourg), Christelle Vauloup-Fellous (Virologue Groupe Hospitalier Paris Sud).

Relecteurs des textes :

V Acharian (Gynécologue-Obstétricien, Polyclinique Pau), Y Aujard (Pédiatre, CHU, Paris), I Bauvin (Pédiatre, CH Pau), G Besnoit (Gynécologue-Obstétricien, CHU Caen), M Bregamelli (Sage femme), C Chiesa Dubruille (Sage femme), F Coatleven (Gynécologue- Obstétricien, CHU Bordeaux), F Eboué (Gynécologue-Obstétricien, HSPH Paris), P Fournet (Gynécologue-Obstétricien, Centre Hospitalier du Belvédère, Mont Saint Aignan), G Gremmo Feger (Pédiatre, CHU Brest), R Kutnahorsky (Gynécologue-Obstétricien CMC Colmar), B Langer (Gynécologue-Obstétricien, CHU Strasbourg), JP Le Meaux (Gynécologue-Obstétricien, Polyclinique Bordeaux), J Lepercq (Gynécologue-Obstétricien, CHU Paris), G Macé (Gynécologue-Obstétricien CH, Bourg en Bresse), S Marret (Pédiatre, CHU Rouen), E Meunier (Sage femme, Vincennes), I Monnier (Sage femme, Inserm), JR Nelson (Pédiatre, CH Libourne), D Nicobaharaye (Pédiatre, CH Agen), S Parat (Pédiatre, CHU Cochin), A Ricbourg (Pédiatre, CH Neuilly), E Roth (Sage femme, CHU strasbourg), F Rozenberg(Virologue, CHU Cochin), RC Rudigoz (Gynécologue Obstétricien , CHU Lyon), L Salomon (Gynécologue Obstétricien, CHU Paris), J Sarlangue (Pédiatre, CHU Bordeaux), T Schneider (Gynecologue Ostétricien , F Sergent (Gynecolgue Obstétricien CHU Amiens), O Thiebaugeorges (Gynecologue Obstétricien, Toulouse).

RÉFÉRENCES

1. Olivier Picone. Herpès génital et grossesse: épidémiologie, manifestations de la maladie, prévention et dépistage. Recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF). Gyn Obstet Fertil & Sén 2018. Sous presse.
2. Christelle Vauloup-Fellous. Herpès génital et grossesse : outils du diagnostic virologique. Recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF). Gyn Obstet Fertil & Sén. Sous presse.

3. Nicolas Sananes. Suspicion de lésion d'herpès génital chez une patiente enceinte sans antécédent connu d'herpès génital. Recommandations pour la pratique clinique du Collège national des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF). Gyn Obstet Fertil & Sén. Sous presse.
4. Olivia Anselem. Suspicion de lésion d'herpès génital chez une femme enceinte ayant un antécédent d'herpès génital connu. Recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF). Gyn Obstet Fertil & Sén. Sous presse.
5. Laurent Renesme. Herpès néonatal : épidémiologie, manifestations cliniques et prise en charge. Recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF). Gyn Obstet Fertil & Sén. Sous presse.
6. Kimberlin DW, Baley J, Committee on Infectious Diseases, Committee on Fetus and Newborn. Guidance on management of asymptomatic neonates born to women with active genital herpes lesions. Pediatrics. 2013; 131: 383–6.

MOTS CLÉS

Primo-infection herpétique, récurrence, traitement préventif, traitement curatif, mode d'accouchement.

KEYWORDS

first episode of genital herpes, recurrence, prophylactic treatment, mode of delivery.

L'actualité sur l'infection congénitale à cytomégalo virus

Marianne LERUEZ-VILLE - Yann SELLIER

*Laboratoire de Microbiologie Clinique
Hôpital Necker-Enfants-malades
Laboratoire associé - CNR Herpes virus
Maternité
Hôpital Necker-Enfants-malades*

La prévalence de l'infection congénitale à CMV est de 0,7 % dans le monde et de 0,4 % en France. Cette infection est la cause la plus fréquente de handicap neurologique d'origine infectieuse. L'infection fœtale peut faire suite à une primo-infection maternelle ou à une infection maternelle secondaire. Dans les pays où la séroprévalence maternelle est basse ou intermédiaire ($\approx 50\%$) comme c'est le cas dans la plupart des pays européens, la moitié des infections congénitales sont en lien avec une primo-infection maternelle et l'autre moitié avec une infection maternelle secondaire. Des études récentes ont montré que le risque d'être symptomatique à la naissance et de développer des séquelles neuro-sensorielles est identique quel que soit le type d'infection maternelle.

La sérologie CMV incluant la mesure de l'avidité des IgG permet de faire le diagnostic de primo-infection pendant la grossesse avec une bonne sensibilité et spécificité. Cependant, des problèmes persistent notamment l'interprétation des valeurs faibles d'IgG, la concordance entre les différents tests d'avidité, l'interprétation des indices d'avidité intermédiaire. La présence d'ADN CMV dans le sang maternel et dans les urines peut aider à la datation de la primo-infection et à l'évaluation de risque de transmission au fœtus. Il n'y a aucun outil virologique validé à ce jour pour faire le diagnostic d'infection maternelle secondaire.

La mise en évidence d'une primo-infection maternelle ou la présence de symptômes compatibles avec une infection à CMV à l'échographie fœtale doivent faire discuter la réalisation d'une amniocentèse à partir de 20 semaines d'aménorrhée. En cas de primo-infection maternelle, la réalisation du diagnostic prénatal par amniocentèse permet de diminuer le nombre d'interruption volontaire de grossesse engendrée par l'incertitude sur le statut fœtal, ceci est à mettre en balance avec un risque très faible de fausse couche en lien avec le geste invasif. Il y a 5 à 10% de faux négatifs du diagnostic prénatal, cependant le devenir des nouveau-nés infectés alors que le diagnostic prénatal était négatif est très bon. Une PCR sanguine positive dans le sang maternel n'est pas une contre-indication à une amniocentèse concomitante, le risque iatrogène étant négligeable.

Lorsque le fœtus est infecté, il faut procéder au bilan pronostique qui repose sur une combinaison d'imagerie fœtale et de tests de laboratoire. L'association au

moment du diagnostic, soit vers 20-22 semaines d'aménorrhée, d'une charge virale sanguine fœtale basse, d'un taux normal de plaquettes fœtales et d'une imagerie sans anomalies a une valeur prédictive négative d'être symptomatique à la naissance proche de 100 %.

Le respect des mesures d'hygiène par les femmes enceintes qui s'occupe de jeunes enfants pourrait éviter une partie des infections maternelles. Des traitements préventifs de la transmission materno-fœtale et curatifs de l'infection fœtale sont en cours d'étude. L'efficacité des immunoglobulines hyperimmunes injectées à des femmes enceintes en primo-infection pour éviter la transmission au fœtus a montré des résultats décevants lors d'une première étude randomisée, une 2^{ème} étude est actuellement en cours. L'efficacité de différents anticorps monoclonaux anti CMV sont aussi en cours d'étude. Des antiviraux anti CMV pourraient être utilisés pour traiter l'infection fœtale, cependant l'utilisation de ces antiviraux pendant la grossesse est compliquée de par leur toxicité. Le ganciclovir et sa prodrogue le valganciclovir qui sont actuellement les molécules les plus efficaces pour le traitement de l'infection à CMV chez le sujet immunodéprimé ne sont pas recommandées pendant la grossesse car potentiellement tératogènes et carcinogènes. Le valaciclovir n'est pas la meilleure molécule anti CMV mais son efficacité lors d'une administration à forte doses dans la prévention de l'infection à CMV en greffe d'organe est connue. Par ailleurs, le valaciclovir est une molécule très bien tolérée pendant la grossesse et pour laquelle la pharmacovigilance est riche et rassurante. Une étude de Phase II non randomisée a rapporté une efficacité clinique et biologique lorsque des doses élevées de valaciclovir étaient données à des femmes enceintes d'un fœtus infecté et présentant des signes échographique de sévérité modérée. Parmi les nouvelles molécules anti CMV qui sont proches de leur mise sur le marché, le letermovir très bien toléré, pourrait être une molécule prometteuse pour le traitement in utéro.

Les recommandations nationales concernant la prise en charge de l'infection congénitale à CMV datent de 2004 et stipulent que le dépistage systématique de la primo-infection maternelle et celui de l'infection néonatale ne sont pas indiqués. Ces recommandations en cours de discussion pourraient être amendées en 2018.

Au terme de ce point sur les avancées récentes sur l'infection congénitale à CMV, des mises en situation (cas pratiques) seront présentées.

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

Lundi 4 juin 2018
ASIEM - 6 rue Albert de Lapparent - 75007 PARIS

"Le nouveau né : une mission de la sage femme" *

8h30

Accueil

Ouverture de la journée

Sophie GUILLAUME (Présidente du CNSF)

Le nouveau né : de la maternité au domicile

9h00

• Prise en charge de la douleur du nouveau né

Elizabeth WALTER (Paris)

• Accompagner le début de l'allaitement maternel

Agnès DORUT (Clermont Ferrand)

10h30

Pause et visite des stands

Le nouveau né : de la maternité au domicile

11h00

• Critères de retour précoce à domicile

Elisabeth BROCK (Annecy)

• Alimentation, courbes de poids et sortie de maternité

Virginie RIGOURD (Paris)

• Quelle surveillance de l'ictère néonatal en maternité et à domicile ?

Anne CORTEY (Paris)

12h30

Pause déjeuner libre

14h00

Le nouveau né à domicile

• Première visite à domicile : quand, comment, quel examen ?

Alexandra FREYSSINET (Verdun)

• Les rythmes du sommeil : quels conseils ?

Isabelle SOUKSI (Nîmes)

• Guthrie, test auditifs : articulation avec les établissements

Françoise DUMEZ (Paris) - orateur pressenti

David CHEILLAN (Bron) - orateur pressenti

15h30

Pause et visite des stands

Le nouveau né à domicile

16h00

• Place de auscultation cardiaque à domicile

Mathilde MEOT (Paris) - orateur pressenti

Adrien GANTOIS (Le Pré-Saint-Gervais)

• Signes d'appel à domicile pour une consultation spécialisée

Azzedine AYACHI (Verdun)

17h00

Clôture

17h15

Fin de la journée

* Sous réserve de modifications

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

17 rue Souham - 19000 TULLE

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

N° de formation du CNSF : 11940627094

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