

La première consultation

Responsabilités



Évaluer les niveaux de risque



Justice



Violences



Dépasser le terme



Echographie



Prise de poids



Responsabilité de la sage-femme dans le suivi de la grossesse.



Merci pour les mamans

Parce que vous **accompagnez** pas à pas les futurs et jeunes **parents** dès le début de la **grossesse**, et que nous souhaitons tous contribuer à un meilleur accueil de **bébé** dans les foyers, **La Boîte Rose** a imaginé un programme d'accompagnement entièrement **GRATUIT** du début de grossesse jusqu'à la fin de la première année de **bébé**.

♥ Des coffrets **cadeaux** à chaque étape,



1^{er} trimestre
de grossesse



2^{ème} trimestre
de grossesse



Naissance
de bébé

♥ Des supports **d'informations** dont les contenus sont validés par nos experts*, et qui relayent les messages de **santé publique**,



Guides



Site web



Appli

Qui sont nos experts ?

Docteur E. LETAMENDIA, Pédiatre,

Madame S. GUILLAUME, Sage-Femme Cadre

Professeur M-H. DELCROIX, Gynécologue-obstétricien,
Président de l'APPRI-Maternité sans tabac

Madame C. GOMEZ, Sage-Femme Cadre,
Présidente de l'ANSFT

La Boîte Rose soutient les associations actives en périnatalité



Plus d'infos ! Un programme gratuit et sans engagement : serviceclient@laboiterose.fr

ÉDITO

Le champ des compétences des sages-femmes s'élargit de plus en plus. Cette année encore, nous observons la publication de nouveaux arrêtés.

. Arrêté du 8 août 2016 modifiant celui du 22 mars 2005 modifié fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer.

. Arrêté du 8 août 2016 modifiant celui du 12 octobre 2011 modifié fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes.

Ces textes publiés en pleine période estivale, doivent être bien connus des sages-femmes en exercice. En effet, c'est à partir de ces cadrages législatifs que la responsabilité de la sage-femme est définie.

Ce nouveau dossier thématique coordonné par Anthony Weber, administrateur du CNSF et Silvio Nicita, adhérent, que je remercie vivement pour leur travail, vous permettra, à partir de quelques exemples ciblés sur le suivi de grossesse, de mesurer les limites du champ de compétences et son corollaire : la responsabilité.

Le CNSF, soucieux de vous apporter de la connaissance est heureux de vous proposer cette nouvelle édition et vous présente ses meilleurs vœux pour 2017.

Sophie Guillaume
Présidente CNSF

AUTEURS

- **Agathe BOUGAULT**
Juriste - Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes
- **Philippe VIOSSAT**
Sage-Femme Echographiste
Saint Martin d'Hères
- **Adrien GANTOIS**
Sage-Femme Libérale
Le Pré-Saint-Gervais - 93
- **Mathilde DELESPINE**
Sage-Femme, Coordinatrice de la Maison des femmes
Saint Denis.
- **Béatrice MARQUET**
Sage-Femme

- **Docteur Eric MOXHON**
Chef de Service - Service de Gynécologie-Obstétrique
Centre Hospitalier Le Cateau
Le Cateau-Cambrésis
- **Docteur Gabrielle AUBRY**
Gynécologue-obstétricien
Colmar
- **Docteur Norbet WINER**
Gynécologue-obstétricien
CHU Nantes UMR 1280
Physiologie des Adaptations Nutritionnelles
INRA & Université de Nantes
- **Céline MEHATS**
institut Cochin, Inserm,
CNRS, Université Paris
Descartes - Paris.

COMITÉ DE RELECTURE

- **Sophie GUILLAUME**
- **Michèle RIVIERE**
- **Fabienne GALLEY-RAULIN**
- **Cécile DAZELLE**
- **Christine ISOLA**
- **Membre du CA du CNSF**

COORDINATION

- **Silvio NICITA - Adhérent**
- **Anthony WEBER - Membre du Conseil d'administration**

La responsabilité professionnelle est pour la sage-femme une question particulièrement anxiogène. Pourtant, la pratique quotidienne peut parfois faire oublier la difficile compréhension des risques professionnels du fait d'un système de santé complexe et technique. Face à la médiatisation des affaires médicales en obstétrique, le Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF)

a souhaité proposer, à travers différentes pratiques quotidiennes, l'enjeu de la responsabilité de la sage-femme. Introduit par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF), ce dossier thématique abordera au fil de la grossesse, la responsabilité de la sage-femme dans l'orientation et la prise en charge des femmes.

A. WEBER & S. NICITA

SOMMAIRE

RESPONSABILITE DE LA SAGE-FEMME DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE

CHAPITRE I

L'EXERCICE À COMPÉTENCES DÉFINIES, UNE RESPONSABILITÉ À PART ENTIÈRE

- 1 Responsabilité des sages-femmes du point de vue du CNOSF
- 2 Échographie, les clichés, leur lecture et les responsabilités partagées
 - A Les obligations de l'échographiste
 - B Les obligations du demandeur de l'examen
 - C Les clichés recommandés

CHAPITRE II

IDENTIFIER LES SITUATIONS À RISQUE ET ADAPTER LE SUIVI DE GROSSESSE : LE RÔLE CLÉ DE LA SAGE-FEMME

- 1 La première consultation prénatale : délimiter un parcours de santé adaptée à la patiente et au couple

- 2 Caractéristiques des patientes présentant une prise de poids excessive au cours de la grossesse. Une étude cas-témoin
- 3 Le rôle des sages-femmes auprès d'une femme victime de violences : quelques pistes pour la pratique clinique
 - A Connaître les violences faites aux femmes
 - B Repérer les femmes victimes

CHAPITRE III

LE 9^{ÈME} MOIS - PRONOSTIC OBSTÉTRICAL ET INFORMATIONS AU COUPLE, UNE RESPONSABILITÉ PLURI- PROFESSIONNELLE

- 1 Place du pelvi-scanner dans le choix de la voie d'accouchement en 2016
- 2 Le dépassement de terme : les enjeux et le rôle de la sage-femme
- 3 Le décollement des membranes : est-il nécessaire ? Faut-il le faire ?
- 4 Pour aller plus loin : déterminisme de la parturition humaine

L'EXERCICE À COMPÉTENCES DÉFINIES, UNE RESPONSABILITÉ À PART ENTIÈRE

1 - Responsabilité des sages-femmes du point de vue du CNOSF

Agathe Bougault - Juriste pour le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

La profession de sage-femme n'a cessé, depuis plusieurs années, de connaître un élargissement de son champ de compétence entraînant un accroissement de l'implication médico-légale des sages-femmes. Plus largement, la France connaît une augmentation du contentieux médical. Ce phénomène reflète la difficile adéquation entre les progrès techniques fulgurants que connaît la médecine, l'évolution des techniques de prise en charge et le besoin toujours plus accru de sécurité.

S'attacher à la thématique de la responsabilité médicale prend dès lors tout son sens.

La faute médicale constitue le siège du mécanisme de la responsabilité médicale. Mise en exergue par la célèbre jurisprudence MERCIER (décision de la Cour de cassation du 20 mai 1936), ce principe a ensuite été consacré par la loi du 4 mars 2002. La responsabilité d'une sage-femme ne peut donc être retenue qu'à la condition qu'il soit prouvé que cette dernière a commis une faute dans l'exercice de son art.

La responsabilité de la sage-femme n'est pas fondée sur une "obligation de résultat" : l'échec d'une prise en charge n'entraîne pas par lui-même le déclenchement de sa responsabilité. Cette dernière repose sur une obligation dite "de moyens" : les soins doivent être adéquats, délivrés avec compétence et conscience.

Le magistrat pourra sanctionner la sage-femme si l'on peut retenir à son encontre une faute dans les moyens qu'elle a employés (faute technique, défaut de surveillance, négligence, imprudence). Le juge appréciera le comportement de la sage-femme au regard de l'attitude d'une sage-femme normalement diligente.

L'appréciation des fautes médicales s'avère le plus souvent délicate. Elle est appuyée par une expertise.

La responsabilité de la sage-femme est personnelle et indépendante. En effet, *"dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né"* (article R.4127-325 du code de la santé publique). Autrement dit, les actes que la sage-femme accomplit elle-même dans le cadre de l'exercice de sa profession, sont susceptibles d'engager sa responsabilité en cas de faute.

La responsabilité de la sage-femme revêt diverses natures. Elle peut être civile ou administrative (autrement dit indemnitaire : la victime d'une faute commise par une sage-femme sollicite l'indemnisation de son préjudice), pénale (infraction à la loi pénale), ordinale (manquement aux règles déontologiques), disciplinaire (agissements du salarié que l'employeur considère comme fautifs).

Le suivi de grossesse ou encore la prescription médicamenteuse constituent des moments délicats qui requièrent une vigilance renforcée de la sage-femme. **Ils forment de parfaites illustrations quant à la complexité de la responsabilité médicale au regard de la spécificité de la profession de sage-femme.**

La responsabilité de la sage-femme et le suivi de grossesse

Acteur principal de la surveillance de la grossesse physiologique, la sage-femme doit mettre en œuvre tous les moyens dont elle dispose afin de garantir une évolution la plus favorable possible de la grossesse.

La sage-femme doit donc faire preuve d'une attention particulière tout au long du suivi de grossesse, autrement dit respecter les principes de surveillance régulière et adaptée à chaque patiente. Lors de cette surveillance, la professionnelle de santé sera amenée à accomplir des actes de dépistage, de prescription et de soins pour lesquels sa responsabilité personnelle pourra être engagée en cas de faute. En outre, soulignons qu'une meilleure maîtrise des complications médicales ultérieures dépend en partie de la qualité de cette surveillance. La minutie devra dès lors être de rigueur.

En cas de pathologie, la sage-femme sera tenue d'adresser la patiente auprès d'un médecin. Le suivi pourra dès lors s'organiser en collaboration avec ce dernier et au besoin avec d'autres professionnels de santé. La recherche des responsabilités en sera d'autant plus complexe (en cas d'examens complémentaires, de consultations spécialisées...) et de nature à entraîner de nombreuses interrogations (la responsabilité partagée, solidaire, ou encore l'indépendance professionnelle de la sage-femme...).

Lorsque la sage-femme sera seule à assurer le suivi de grossesse, la détermination des responsabilités sera aisée : l'acteur des soins est unique, seule sa responsabilité pourra être mise en jeu.

La responsabilité de la sage-femme et le droit de prescription

Le droit de prescription de la sage-femme est strictement encadré par des dispositions législatives (article L.4151-4 du code de la santé publique) et réglementaires. Dans les limites textuelles précitées, la sage-femme demeure libre dans ses prescriptions. Elle peut prescrire tous les examens nécessaires à l'exercice de son art, les médicaments et les dispositifs médicaux figurant sur la liste établie par arrêté ministériel ainsi que les arrêts de travail dans les conditions fixées par le Code de la sécurité sociale. La liberté dont dispose la sage-femme dans ses prescriptions a pour corollaire sa responsabilité professionnelle.

Ainsi, la sage-femme sera tenue de respecter la réglementation entourant l'établissement d'une prescription (règles de rédaction, mentions légales obligatoires, support des ordonnances...). En outre, elle doit dans "[ses prescriptions observer la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des soins et l'intérêt de sa patiente](#)" (article R.4127-312 du code de la santé publique).

La sage-femme devra assurer un rôle de conseil auprès de sa patiente. Il reviendra notamment à celle-ci de l'informer sur les bénéfices/risques de la thérapeutique, la posologie, les contre-indications ou encore les effets secondaires. La sage-femme doit dispenser à la patiente tous les soins que nécessite son état de santé. Si elle n'est pas soumise à une obligation de résultat, elle est tenue par une obligation de moyens. En conséquence, en cas d'indication d'une thérapeutique qu'elle ne peut prescrire elle-même, elle devra adresser la patiente à un médecin. À défaut, sa responsabilité pourra être engagée.

2 - Échographie, les clichés, leur lecture et les responsabilités partagées

Philippe Viossat - Sage-Femme Echographe - Saint Martin d'Hères

La pratique de l'échographie obstétricale est devenue une spécialité à part entière et cela s'accompagne d'une bipartition des rôles (le demandeur et celui qui réalise l'examen). Ceci s'accompagne d'une répartition, d'un partage des responsabilités concernant la mission de dépistage prénatal. Il convient de discuter et caractériser les connaissances nécessaires au praticien demandeur sur le contenu de l'examen échographique afin qu'il puisse remplir son rôle en vérifiant sa cohérence.

A. Les obligations de l'échographe

Concernant la production de clichés d'échographie lors des trois échographies de dépistage de la grossesse, des obligations incombent à l'échographe.

En termes réglementaires, l'échographe doit connaître et respecter l'arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de

diagnostic prénatal avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21. Celui-ci a été rédigé en collaboration avec la Conférence Nationale d'Échographie Obstétricale et Fœtale (CNÉOF), et insiste sur la nécessité d'une qualité suffisante de la mesure de la clarté nucale et de la longueur crânio-caudale. Pour le calcul du risque combiné, on "prend notamment en compte les résultats de l'échographie prénatale du premier trimestre, lorsque ces résultats sont disponibles et que les critères de mise en œuvre en matière de mesures échographiques sont satisfaits".

Il est très clair, précisant que l'échographiste doit produire des images documentant la qualité des mesures. Deux clichés explicites figurent dans le dossier médical et permettent de juger :

- de la qualité du plan sagittal, de la position des curseurs, de l'agrandissement pour le cliché de la clarté nucale,
- de la qualité du cliché de la longueur crânio-caudale

Il indique également que :

- s'il n'est pas possible d'obtenir une image satisfaisante, la mesure de la clarté nucale (CN) n'est pas rendue par l'échographiste,
 - le calcul du risque combiné du 1^{er} trimestre ne sera pas réalisé si :
 - une ou plusieurs données sont manquantes,
 - s'il y a un doute sur la qualité d'au moins une des données
- ou encore s'il y a :
- une impossibilité technique d'obtenir une mesure adéquate de la clarté nucale ou de la longueur crânio-caudale (LCC),
 - une absence d'identification de l'échographiste au sein d'un réseau de périnatalité

On peut concevoir que "le doute" auquel il est fait allusion ne viendrait pas de l'échographiste qui n'aurait, a priori, pas mis ce cliché dans son compte-rendu si sa qualité ne lui paraissait pas satisfaisante...

Cet arrêté rend donc obligatoire la production de deux clichés lors de l'échographie du premier trimestre qui permet de juger de leur qualité. Il donne également des clés pour évaluer cette qualité en énonçant les critères majeurs.

Sur un plan réglementaire, les sages-femmes échographistes doivent respecter les termes de la convention de la profession avec l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM).

Dans la décision du 14 février 2013 de l'UNCAM relative à la liste des actes et prestations pris en charge, qu'il est stipulé que l'on doit accompagner l'examen d'un compte rendu détaillé et d'une iconographie appropriée portant sur chacun des organes étudiés.

Depuis mars 2016, les sages-femmes ont accès à la codification listée dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour les actes à compétences partagées avec les médecins, comme l'échographie. Ainsi, les sages-femmes, comme les médecins, doivent observer les règles des dispositions générales et diverses de la CCAM. Dans le Livre 1, Article I-5, il est précisé que "Pour l'application de l'article I-4, chaque acte doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit et détaillé qui sert de document de liaison afin de faciliter la continuité des soins. Le compte-rendu doit comporter notamment : les renseignements d'ordre administratif, les renseignements d'ordre médical, l'indication de l'acte, les modalités techniques précises quand cela est nécessaire, les résultats quantitatifs et qualitatifs pertinents, les conclusions motivées. Il est accompagné éventuellement d'un tracé ou d'une iconographie approprié. Il est réalisé et signé par le médecin ou la sage-femme ayant pratiqué l'acte et peut être adressé au contrôle médical sur sa demande".

Par ailleurs, dans la décision du 21 mars 2013 relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel (JO) le 16 mai 2013, le contenu de la rubrique est rappelé : scores de travail et de durée des actes avec un temps d'examen estimé par des experts lors de la hiérarchisation des actes : 23 minutes pour l'échographie du premier trimestre, 41 pour la deuxième et 35 pour la troisième (38, 60 et 56 min. pour les grossesses multiples). Les clichés (date et heure figurant dessus) peuvent être utilisés également en cas de procédure pour vérifier un temps d'examen réaliste.

L'échographiste doit, conformément à l'Article R.4127-304 du Code de la Santé Publique, entretenir et perfectionner ses connaissances.

Il devra donc observer de près les recommandations scientifiques. Dans notre propos, il convient de faire allusion au guide des bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) publié en juin 2016 concernant la démarche d'assurance qualité des pratiques professionnelles en matière de dépistage combiné de la trisomie 21.

Celui-ci a fait appel aux différentes sociétés savantes dans le domaine. Parmi les points retenus pour améliorer la qualité du dépistage, la qualité des clichés échographiques est évoquée. Il est précisé à nouveau la nécessité de produire les clichés et qu'en cas de mesure de la clarté nucale ne répondant pas aux critères de qualité décrits dans la note technique des recommandations, on ne doit pas inscrire la mesure de la clarté nucale dans le compte-rendu (conformément à l'arrêté du 23 juin 2009), puis renouveler l'examen (LCC + CN) si l'âge gestationnel le permet et si la femme, après information, le souhaite.

Les différents critères de qualité sont décrits avec une grande précision, de façon consensuelle dans la charte des organismes qui sera révisée et actualisée au besoin (annexe 2 de ces recommandations). L'échographiste doit les connaître et y répondre dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Il s'agit des critères utilisés depuis 2003 en Rhône-Alpes (Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal - CPDPN de Grenoble), et depuis 2010 au niveau national dans la grille de lecture lors de l'analyse des clichés soumis aux Organismes Agréés pour l'obtention d'un identifiant réseau permettant le calcul du risque combiné. Le score d'Herman a eu un intérêt historique certain dans la mise en œuvre des contrôles de qualité ; il est désormais insuffisamment rigoureux et ne prend pas en compte la qualité de la mesure de la longueur crânio-caudale.

Les autres recommandations que l'échographiste doit appliquer sont celles de la Conférence Nationale de l'Échographie Obstétricale et Foetale. Les objectifs actuels de cette commission sont de promouvoir une politique d'assurance qualité des examens d'échographie obstétricale et foetale, favoriser l'accès homogène à une offre de soins de qualité à travers le territoire, constituer les nouveaux référentiels professionnels en matière d'échographie obstétricale et foetale.

Ainsi, les recommandations émises par cette commission auront force de loi lors d'une éventuelle procédure, le respect de celles-ci seront, en effet, un des premiers éléments contrôlés.

Dans son rôle d'élaboration des règles de bonnes pratiques, la CNÉOF a publié en 2005 un rapport définissant les recommandations sur le contenu de l'examen échographique obstétrical de dépistage. Cette commission a poursuivi son travail et a élaboré en 2010 un rapport équivalent, concernant cette fois-ci les échographies dites de diagnostic ou de deuxième intention. Les membres de la CNÉOF se sont attachés à faire une lecture critique du rapport de 2005

du CNTEDP afin d'en faire une mise à jour, tenant compte de l'évolution des dix années écoulées, sur le plan technique, réglementaire et des recommandations. Elle s'inscrit ainsi dans la même démarche de double sécurité, avec une opposabilité dans les deux sens : sécurité sanitaire pour les familles, sécurité de la pratique pour les professionnels. Ce document décrit un minimum attendu du contenu de l'examen, un point de départ et non pas un réellement objectif à atteindre.

La version réactualisée des recommandations sur le contenu de l'échographie de dépistage voit ainsi le jour en été 2016. Dans celles-ci figurent, entre autres choses, les items que le compte-rendu doit renseigner et des schémas représentant des appels à images, aux clichés que doit fournir l'échographiste pour accompagner le compte-rendu : trois au premier, treize au deuxième et neuf au troisième trimestre.

B. Les obligations du demandeur de l'examen

Dans son dernier rapport, la CNÉOF recommande l'utilisation d'un formulaire type de demande d'examen. Même s'il s'agit d'une demande d'examen et non d'une prescription, la sage-femme ou le médecin demandant une échographie obstétricale doit répondre à une obligation réglementaire, l'article R.4127-334 du Code de la santé publique (CSP) (pour les sages-femmes), **"La sage-femme doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté nécessaire. Elle doit veiller à la bonne compréhension de celles-ci par la patiente et son entourage. Elle doit s'efforcer d'obtenir la bonne exécution du traitement."**, ou l'article R.4127-34 pour les médecins, "Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution".

Le demandeur de l'examen se voit donc chargé d'une mission d'audit dans ce cadre, il y a une relation de maître d'œuvre – maître d'ouvrage. Certes, le praticien demandeur n'a pas les compétences de l'échographiste mais doit veiller à la cohérence du contenu du compte-rendu de l'examen échographique ainsi que des clichés fournis. Il est de son devoir de connaître les textes réglementaires incombant à l'échographiste. Il en est de même pour les recommandations puisqu'il doit respecter également son obligation d'entretien et perfectionnement des connaissances (Article R.4127-304 du CSP).

On attend du demandeur de l'examen une relecture du compte-rendu et des clichés fournis. Il vérifiera le nombre de clichés, la présence de chaque cliché recommandé et la présence d'une erreur grossière.

En lisant ce compte-rendu, et le cas échéant en ne réagissant pas, il l'accepte. Le devoir de celui-ci est également de demander un examen de contrôle si nécessaire, anomalie avérée ou suspectée, données insuffisantes, défaut de qualité de l'examen. En effet, une faute caractérisée est entendue comme "une faute qui, par son intensité et son évidence, dépasse la marge d'erreur habituelle d'appréciation, compte tenu des difficultés inhérentes au diagnostic anténatal" (Cass. civ. 1^{ère}, 16 janvier 2013, n°12-14.020). Des condamnations ont eu lieu en s'appuyant sur l'incohérence entre le contenu du compte-rendu et une anomalie révélée à la naissance. Dans ces cas, les assurances en responsabilité civile et/ou pénale cherchent à partager les responsabilités pour partager les indemnités versées à la famille plaignante, à l'instar des assureurs automobile cherchant à obtenir le statut de "torts partagés" où chacun prendra en charge ses dégâts. **La responsabilité du demandeur d'examen sera alors recherchée systématiquement puisqu'il a la responsabilité de la relecture du rapport d'examen échographique.**

Pour les clichés du 1^{er} trimestre (clarté nucale et longueur crânio-caudale), l'exigence est encore plus haute puisque des critères de qualités sont énoncés réglementairement. Le défaut de qualité doit conduire le praticien à demander un nouvel examen. **Il est donc essentiel que les praticiens demandeurs de ces examens aient connaissance du contenu du rapport de la CNÉOF sur les recommandations de l'échographie obstétricale de dépistage.**

C. Les clichés recommandés

Les clichés recommandés par la CNÉOF selon le rapport de 2016 sont :

- Lors de l'échographie du premier trimestre, qui doit se réaliser entre 11 SA + 0 jour et 13 SA + 6 jours (LCC entre 45 et 84 mm compris), trois clichés sont recommandés : coupe sagittale du fœtus avec mesure de la longueur crânio-caudale (LCC), coupe sagittale su tiers crânial du fœtus avec mesure de la clarté nucale et coupe transversale du crâne fœtal avec mesure du diamètre bipariétal, les deux premiers étant également une obligation réglementaire. Le lecteur du cliché de la clarté nucale devra vérifier la qualité de la "sagittalité" du plan de coupe, si le zoom est suffisant et les calipers bien en place. Il devra vérifier également la bonne qualité du cliché de la LCC.
- Lors de l'échographie du deuxième trimestre (entre 20 et 25 SA), treize clichés sont recommandés : coupe transversale du diamètre bipariétal et du périmètre céphalique, coupe du cervelet, coupe frontale montrant le nez et la bouche, coupe sagittale montrant l'interface

thoraco-abdominale, coupe transversale des quatre cavités cardiaques, de l'aorte, de l'artère pulmonaire, coupe de la mesure du périmètre abdominal, coupe sagittale du rachis, coupe transversale des deux reins, du fémur et coupe sagittale de l'insertion placentaire.

- Lors de l'échographie du troisième trimestre, les clichés recommandés sont les mêmes, exceptions faites des clichés du cervelet, nez-bouche, interface thoraco-abdominale et insertion placentaire.

Enfin, concernant l'échographie dite de diagnostic, certains clichés supplémentaires sont demandés en plus de ceux décrits pour l'échographie de dépistage au deuxième trimestre : coupe sagittale avec corps calleux, coupe sagittale avec vermis, coupe transversale du cervelet (qui a été ajoutée pour l'échographie de dépistage en 2016), coupe transversale avec mesure d'un carrefour ventriculaire, coupe coronale à l'étage sus-tentorial, coupe de profil avec front-nez- menton, coupe des trois vaisseaux ou trois coupes documentant ventricule droit / artère pulmonaire / ventricule gauche / aorte / crosse de l'aorte, image de la vessie entourée de ses artères ombilicales.

La production de clichés illustrant les structures examinées peut aussi être considérée comme un moyen simple d'autocontrôle de la qualité de l'examen. À l'instar de certaines sociétés savantes, le CNTEDP avait proposé dès 2005 une liste d'images à fournir en accompagnement du rapport d'examen. Volontairement, le rapport de la CNÉOF a fait appel à des coupes stylisés, schématiques, constituant plutôt un "appel à image", une "silhouette", qu'un modèle parfait à reproduire à l'identique. Ces schémas ne servent qu'à indiquer la (ou les) structure(s) dont l'image doit être produite. Il ne s'agit pas de modèles anatomiques parfaits à reproduire strictement même s'ils représentent un support récurrent dans l'enseignement et sont en accord avec les recommandations internationales. La définition précise des plans de coupe et de leur contenu est susceptible d'évoluer en fonction des acquisitions scientifiques et des progrès technologiques, de ce qu'il est convenu d'appeler "l'état de l'Art". Elle ne saurait être figée dans un rapport, par définition statique. Cette définition évolutive relève des sociétés savantes. En cas d'impossibilité de produire l'une de ces images un contrôle secondaire est recommandé.

Chaque praticien est cependant libre d'inclure plus d'items ou d'iconographies dans son rapport d'examen. Par ailleurs, il paraît préférable que toute affirmation d'importance du compte-rendu soit illustrée par un ou plusieurs clichés significatifs.

IDENTIFIER LES SITUATIONS A RISQUE ET ADAPTER LE SUIVI DE GROSSESSE : LE RÔLE CLÉ DE LA SAGE-FEMME

1 - La première consultation prénatale : délimiter un parcours de santé adaptée à la patiente et au couple

Adrien Gantois - Sage-Femme Libérale - Le Pré-Saint-Gervais - 93.

Cette première consultation est indispensable car elle permet de délimiter un parcours de santé adaptée à la patiente et au couple. En outre, elle est le premier échange entre le professionnel de périnatalité et le couple, fondateur d'une relation de confiance réciproque.

Les caractéristiques et le déroulement habituel de la grossesse sont connus. Elle est la plupart du temps exempte de complications. En France, les données de la littérature ne permettent pas d'avancer de chiffres concernant le nombre de femmes enceintes dont la grossesse s'est déroulée sans complications ou avec un faible niveau de risque, et ayant accouché sans complications d'un enfant en bonne santé. La grossesse doit se dérouler sous une surveillance médicale attentive. Les risques relatifs de survenue de complications au cours de la grossesse ou de l'accouchement sont élevés en présence de certaines pathologies ou de certains antécédents. En fonction de la fréquence et de la nature du risque, certaines grossesses doivent faire l'objet d'investigations complémentaires afin d'orienter si besoin la femme vers un suivi adapté.

La surveillance de la grossesse est une démarche continue et évolutive au fur et à mesure de la grossesse, et ce jusqu'à la consultation du 9^{ème} mois ou l'accouchement. Il est recommandé que le niveau de risque soit apprécié le plus précocement possible, autant que possible avant la grossesse dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime son désir de grossesse (principe d'une consultation préconceptionnelle) ou lors de la première consultation de suivi de grossesse avant 10 semaines d'aménorrhée (SA).

Cette anticipation vise à recommander précocement des changements dans les comportements à risque, à prévenir certains risques, notamment infectieux, et éventuellement des troubles métaboliques au cours de la grossesse.

En cas de consultation préconceptionnelle, celle-ci peut être réalisée, selon le choix de la femme, par le médecin traitant, le gynécologue médical, le gynécologue-obstétricien ou la sage-femme. Il est recommandé que tout autre spécialiste qui suit éventuellement la femme pour une pathologie chronique préexistante adopte la même démarche afin d'équilibrer cette pathologie ou d'adapter les traitements en cours.

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées. Recommandation professionnelle. HAS, mai 2016. (cf. tableau ci-contre)

CONTENU DE SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1 ^{ère} consultation avant 10 SA	2 ^{ème} consultation avant 15 SA
Examens cliniques et biologiques	-	Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse	Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement
	Examen gynécologique Frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique général et gynécologique PA, taille, examen des seins, frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique PA, poids, hauteur utérine à partir du 4 ^{ème} mois, si possible bruits du cœur fœtal
	Sérologies prescrites • groupes sanguins, (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) • toxoplasmose et rubéole • recherche d'agglutinines irrégulières	Sérologies prescrites obligatoirement (1) • groupes sanguins, (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) • toxoplasmose et rubéole • syphilis • glycosurie et protéinurie • recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B • recherche de l'antigène HBs	Sériologies prescrites • toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent • rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA) • glycosurie et protéinurie
	Sérologie proposée VIH (population à risque)	Examens proposés systématiquement (2) • sérologie VIH 1 et 2, information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH • dépistage combiné du 1 ^{er} trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1 ^{ère} échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre)	Examens proposés systématiquement • dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2 ^{ème} trimestre et l'absence d'un dépistage combiné au 1 ^{er} trimestre
		Examens proposés éventuellement • examen cytotobactériologique des urines (ECBU) • dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risques	
Informations et prévention	Recherche de facteurs de risques ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète)		Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille)
	Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et médicaments tératogènes		
	Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 µg/jour		
	Informers sur le suivi de grossesse		
	-	Débuter l'élaboration d'un projet de naissance	Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité

L'un des objectifs majeurs de la première consultation est d'identifier les éventuelles situations à risque afin d'évaluer le niveau de risque. Il en résulte le type de suivi possible et la demande d'un avis spécialisé éventuel. **Deux types de suivi (suivi A et suivi B) et deux procédures d'orientation (demande d'avis A1 et demande d'avis A2) sont définis par accord professionnel**, en fonction des professionnels de santé impliqués ou à solliciter (cf. encadré ci-dessous).

Différents suivis et demandes d'avis possibles pour les grossesses

Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme

Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé

Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire

Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien

Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées. Recommandation professionnelle. HAS, mai 2016.

En fonction de la situation à risque, à l'issue de la demande d'avis A1 ou bien A2, si le risque est infirmé ou si le pronostic est favorable, la grossesse est maintenue dans le suivi d'origine (suivi A). Dans le cas contraire, si le risque est confirmé ou si l'évolution est défavorable, la grossesse est considérée à haut risque et le suivi devient un suivi B.

Cet état peut être transitoire et un retour à une situation de bas risque et à un suivi A sont possibles.

Il est recommandé que les médecins généralistes, comme tous les professionnels impliqués dans le suivi des grossesses, bénéficient d'une formation théorique et pratique adaptées, et qu'ils exercent dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et, selon les possibilités locales, dans un réseau de périnatalité. **Les médecins généralistes et les gynécologues médicaux ou les sages-femmes (acteurs de soins de santé primaires) ont la responsabilité d'évaluer le niveau de risque des femmes et d'en référer, en cas de présence ou d'apparition de facteurs de risque, auprès des gynécologues-obstétriciens (acteurs de soins de santé secondaires).** La femme est libre du choix du professionnel de santé qui la suit. Elle doit être informée des différentes modalités de suivi, notamment du champ de compétence de chacun des professionnels impliqués.

Comment choisir la structure de soins pour l'accouchement ?

Il est nécessaire de prévoir le lieu de naissance au cours du suivi de la grossesse, afin d'assurer la continuité des soins. Le choix du lieu de naissance est fonction essentiellement :

- des préférences de la femme ou du couple ;
- du lieu d'habitation et des structures en place ;
- du niveau de risque (risque maternel et risque fœtal).

Selon l'article D. 6124-35 du Code de la santé publique, toutes les maternités doivent pouvoir assurer la prise en charge (en termes de consultation à partir du 7^{ème} mois, d'examen d'échographie et de préparation à la naissance) des femmes résidant à leur proximité, y compris les femmes ayant un faible niveau de risque. L'offre de soins existant actuellement en France propose 3 modes d'organisation, qui correspondent à un "type" de maternité (respectivement I, II et III).

L'article R. 6123-39 du Code de la santé publique stipule que "les établissements assurant la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés comprennent, sur le même site :

- soit une unité d'obstétrique
- soit une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie
- soit une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie et une unité de réanimation néonatale."

Pour chacune de ces unités, la réglementation (articles D6124-35 à D. 6124-63 du Code de la santé publique) fixe le minimum requis en termes de locaux, nombre de lits, matériels et personnels (qualité, effectif et astreinte) nécessaires. Cette classification des maternités ne prend en compte que le risque pour l'enfant à naître et ne peut être utilisée seule. **Il est recommandé que le choix du lieu de naissance soit adapté en fonction des risques maternels et fœtaux prévisibles pour les femmes relevant d'un suivi B ou ayant recours à une demande d'avis A1 ou A2 au cours de leur suivi.**

Ce sujet fera l'objet de recommandations spécifiques complémentaires visant à adapter le choix de la structure de soins avec les niveaux de risque de la mère et de son enfant. Les femmes relevant d'un suivi de type A ou présentant certaines situations à risque relevant

d'une demande d'avis A1 ou A2 peuvent accoucher dans tout établissement autorisé qui comporte une unité d'obstétrique. D'autres lieux d'accouchement peuvent être actuellement choisis par les femmes présentant un faible niveau de risque, notamment les espaces dits "physiologiques" (internes à une maternité) ou le domicile.

Cette première consultation prénatale est dense. Elle est dans certains établissements fragmentée en deux consultations, pouvant ainsi adapter temps d'écoute et prise en charge. **Elle est vouée à être pratiquée davantage par les sages-femmes.** En effet, la sage-femme est devenue au fur et à mesure des années un professionnel de proximité. Le nombre d'installations en libéral en est un signe. **De plus, les compétences des sages-femmes sont adaptées aux missions de cette première consultation prénatale.**

2 - Caractéristiques des patientes présentant une prise de poids excessive au cours de la grossesse. Une étude cas-témoin

Béatrice Marquet - Sage-Femme

Contexte : Selon l'OMS, chaque année 2,8 millions de personnes meurent des conséquences du surpoids ou de l'obésité dans le monde. **40 à 50% des femmes évoquent la grossesse comme un facteur déclenchant de l'obésité.** Au delà des conséquences connues obstétricales et néonatales néfastes d'une prise de poids excessive pendant la grossesse, **le CNGOF note qu'il existe un risque accru à long terme d'obésité et de syndrome métabolique pour les fœtus de mères obèses.** Existe-il une population dite "à risque" de prise de poids excessive au cours de la grossesse auprès de laquelle accentuer les conseils prophylactiques ? Les recommandations de l'Institute of medicine ont été utilisées pour définir une prise de poids excessive. La prise de poids maximale tolérée au cours de la grossesse dépendait de l'indice de masse corporelle initial. Le critère de jugement principal était la prise de poids au cours des 9 mois.

Objectif : Définir des caractéristiques propres aux patientes présentant une prise de poids excessive pendant la grossesse en comparant une population présentant une prise de poids excessive à une population respectant la prise de poids maximale recommandée.

Schéma d'étude : Étude cas-témoins, rétrospective, monocentrique réalisée au CHU d'Angers (maternité de type III) entre le 1^{er} juillet 2014 et le 3 août 2014.

Matériel et méthode : Les patientes étaient des accouchées recrutées en suites de couches au CHU d'Angers du 1^{er} juillet 2014 au 3 août 2014. Nous n'avons pas effectué d'appariement entre le groupe des cas et celui des témoins. La sélection des cas et des témoins a été effectuée sur la même période. Deux témoins étaient sélectionnés pour un cas. Au total 59 cas ont été recrutés pour 118 témoins. Le recueil de données a été effectué par l'intermédiaire d'auto-questionnaires. Le questionnaire papier était proposé aux patientes en suites de couches après des explications sur l'étude, sur la garantie de l'anonymat et sur le caractère facultatif de la participation.

Les distributions étaient effectuées par le même opérateur du 1^{er} juillet au 3 août 2014. Chaque patiente était libre de refuser la participation à l'étude et de ne pas remplir ou rendre le questionnaire par la suite. Afin de pouvoir calculer le pourcentage des prises de poids excessives relevées et notées dans les dossiers par les praticiens, il a été nécessaire de reprendre les dossiers de toutes les accouchées hospitalisées en suites de couches du 1^{er} juillet au 3 août 2014. Nous avons recalculé l'ensemble des prises de poids et répertorié le nombre des prises de poids excessives diagnostiquées et notées au cours des consultations.

Les variables étudiées étaient les caractéristiques familiales et sociales, les antécédents personnels et familiaux, les habitudes alimentaires et l'activité physique, le déroulement de la grossesse. Le masque de saisie des données a été réalisé avec le logiciel Épidata. L'analyse statistique a été effectuée avec le logiciel d'analyse de données épianalysis. Les variables qualitatives des 2 groupes ont été comparées avec le test du Chi2. Lorsque l'un des effectifs était inférieur à 5, le test exact de Fisher était utilisé. Le test de Student a été effectué pour comparer les variables quantitatives. Le risque de 1^{ère} espèce à 95% a été choisi. Afin d'évaluer le degré de dépendance entre des variables aléatoires qualitatives, l'Odds Ratio et son indice de confiance à 95% ont été utilisés. Lorsque l'intervalle de confiance contenait la valeur 1, l'augmentation du risque évalué par l'Odds ratio était jugée "non significative".

Résultats principaux : 63,6% de taux de réponse aux questionnaires ont été obtenu pour le groupe des cas versus 74,2% pour le groupe des témoins.

Sur l'ensemble des dossiers, le pourcentage de patientes présentant une prise de poids excessive était de 38,4%. Un tiers de ces prises de poids excessives était noté dans le dossier au sein de la partie "diagnostic".

Caractéristiques propres à la population présentant une prise de poids excessive pendant la grossesse :

- Indice de masse corporelle (IMC) initial élevé (moyenne = 25,81 vs 22,91 kg/m², p=0,0002)
- Inactivité professionnelle (30,5% vs 17,1%, p=0,0412)
- Antécédent personnel de régime afin de perdre du poids (44,1% vs 26,3%, p= 0,0169)
- Antécédent de prise de poids excessive pendant la grossesse (59,4% vs 25,8%, p=0,0014)
- Présence de nausées et/ou vomissements au premier trimestre (76,3% vs 59%, p=0,0233).

Il n'existait aucune différence significative concernant les habitudes alimentaires avant la grossesse entre le groupe des cas et celui des témoins. Une femme sur quatre déclarait sauter des repas de manière régulière, un peu moins de la moitié consommait 5 fruits et légumes par jour, plus de 4 femmes sur 10 répondaient grignoter régulièrement... Plus de 90% des femmes incluses répondaient ne pas effectuer l'équivalent de 30 minutes de marche rapide par jour. En l'absence de différence significative entre nos deux groupes, l'arrêt du tabac pendant la grossesse ne paraît pas être un facteur de risque de prise de poids excessive.

Biais/limites : 63,6% de taux de réponse aux questionnaires ont été obtenu pour le groupe des cas versus 74,2% pour le groupe des témoins. Cette différence était non significative mais nous pouvons tout de même relever une tendance : de manière générale, les femmes ayant eu une prise de poids excessive pendant la grossesse étaient plus réticentes à aborder ce sujet. Cela constituait un biais de sélection et il s'agissait donc d'une première limite à la mise en œuvre de l'étude. Le recours à l'auto-questionnaire a induit les biais suivants connus : biais lié à l'estime de soi, effet de contamination, biais de compréhension. Avant la mise en place définitive de l'étude, nous avons testé notre questionnaire en suites de couches sur une quinzaine de patientes ce qui nous avait permis d'améliorer la pertinence de nos questions. Il n'existait pas de différence significative pour l'âge et la parité entre les groupes cas et témoins, nos deux populations étaient donc comparables.

Conclusion : Dans une époque où la prévention et l'éducation thérapeutique sont des enjeux clés, il est intéressant de savoir auprès de quelle population accentuer les conseils prophylactiques. Il pourrait s'agir d'une étude préliminaire à une étude plus puissante permettant de faire ressortir un plus grand nombre de critères et d'étudier des liens de causalité.

L'enjeu se résume en trois mots-clés : éducation alimentaire, prévention et... femmes.

Quelques conseils simples...

- Dispenser des conseils et prospectus dès la première consultation de grossesse. Ne pas hésitez à s'appuyer sur "Le guide nutrition pendant et après la grossesse" rédigé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES - Santé Publique-France)
- Proposer une diététicienne face aux situations à risque de prise de poids excessive
- Organiser une pesée chaque mois sur la même balance
- Noter systématiquement la prise de poids dans le dossier
- Donner aux professionnels de santé les recommandations de prise de poids par trimestre, en fonction de l'IMC de départ
- Encourager l'activité physique et rassurer les patientes concernant la pratique sportive durant la grossesse.

3 - Le rôle des sages-femmes auprès d'une femme victime de violences : quelques pistes pour la pratique clinique

Mathilde Delespine - Sage-Femme, Coordinatrice de la Maison des femmes - Saint Denis.

La violence à l'encontre des femmes est un problème majeur de santé publique et une violation grave des droits humains. L'ampleur et la gravité de ces violences ne nous laissent pas d'autre choix que de s'engager aux côtés des femmes victimes. Nous, sages-femmes, sommes au cœur du processus pouvant tout autant aggraver cette violence et ses conséquences, que la freiner et prévenir sa répétition. Pour cela la compréhension des mécanismes en jeu est primordiale. Un positionnement juste est à trouver afin d'aider les femmes à retrouver leurs capacités. La connaissance du réseau de partenaires est également indispensable, afin que ces femmes puissent être accompagnées de façon adaptée par des équipes pluridisciplinaires au sein desquelles les sages-femmes ont un rôle déterminant.

A. Connaître les violences faites aux femmes

Définition : En 1993, dans sa déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes, l'ONU propose une définition devenue aujourd'hui une référence : "Tout acte de violence dirigé contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée"¹

Conséquences en termes de morbidité

materno-fœtale : Les violences envers les femmes entraînent à court et long terme de graves problèmes de santé physique, mentale, sexuelle et génésique pour les victimes et leurs enfants. Elles ont de ce fait des coûts sociaux et économiques élevés.² La grossesse est un catalyseur des violences et de leurs conséquences, que ce soit au sein du couple, du milieu professionnel ou par la réactivation de traumatismes antérieurs.³

La violence à l'encontre des femmes peut avoir une issue mortelle, qu'il s'agisse d'homicides ou de suicides. Elle entraîne des traumatismes et des blessures dans 42% des cas de violences physiques au sein du couple.

L'enquête de 2013 de l'OMS "Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence

du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire" révèle qu'une femme victime de violences conjugales a recours deux fois plus souvent à une IVG et présente un risque deux fois plus grand de souffrir de dépression ou d'alcoolisme et une fois et demie plus grand d'infections sexuellement transmissibles qu'une femme non victime. Une enquête de 2006, montre que la violence au sein du couple accroît significativement le risque de pathologies obstétricales comme les menaces d'accouchements prématurés, les naissances prématurées et la rupture prématurée des membranes qui sont augmentés de 60%. Elle retrouve aussi une élévation du risque de diabète et d'hyper tension artérielle (+40%), de métrorragies (+90%), d'infections urinaires, de vomissements incoercibles et de fausses couches (+60%).⁴ Les enfants grandissant dans un tel contexte sont en danger. En effet ils sont autant impactés dans leur développement psycho-moteur que les enfants subissant des violences directes.

B. Repérer les femmes victimes

La grossesse est reconnue comme un moment privilégié pour dépister les violences passées ou actuelles, subies par une femme. En effet la fréquence des consultations prénatales et le lien de confiance qui s'établit, entre la sage-femme et la patiente rendent ce moment propice à la révélation d'une situation que jusque là la femme n'a pu évoquer.⁵ Si le dépistage est plus aisé lorsque l'on constate des lésions physiques évidentes, il l'est beaucoup moins devant des séquelles inhomogènes, une décompensation de pathologies chroniques, des troubles psychosomatiques ou des complications obstétricales. Le dépistage est particulièrement difficile lorsque les troubles sont principalement psychiques ou que la femme n'expose aucun symptôme. C'est pour ces raisons qu'il convient de poser quelques questions simples et explicites, à toutes nos patientes, une fois que l'on sent une confiance installée et lors d'un entretien avec la femme seule.

Les consultations prénatales ne sont pas le seul moment où il est possible d'évoquer les traumatismes subis. La préparation à la naissance et à la parentalité et notamment l'entretien prénatal précoce sont également propices à l'évocation de tels événements de vie.

Les objectifs de ce dernier sont notamment la prévention et l'orientation, réalisées grâce à une approche de "santé globale" de la femme et un "repérage systématique des facteurs de vulnérabilité". Dans ses recommandations en 2005, la Haute Autorité de Santé (HAS) préconise particulièrement de persuader avec diplomatie les femmes à parler des violences conjugales tout en respectant leur rythme personnel pour faire évoluer leur situation.⁶

De façon globale, tout suivi d'une femme dans le cadre obstétrical et gynécologique doit être débuté par un temps de rencontre tant sur le plan humain que médical. Il est indispensable que ce temps contienne notamment des questions sur les éventuels traumatismes subis.

Le seul fait que la sage-femme s'enquière de la possibilité que sa patiente ait pu subir des actes violents est de nature à l'aider. Elle se sent potentiellement comprise, considérée. Une simple question sur son éventuel vécu de violences peut diminuer son sentiment de honte, sa peur d'en parler. L'écoute fait partie du rôle propre du professionnel.⁷ De plus si la femme entrevoit, grâce à ces questions, qu'elle n'est pas porteuse d'une tare indélébile mais bien victime d'un traumatisme, la sage-femme lui aura permis un grand pas. Il est important de lui dire que ce n'est pas elle, la coupable. Elle doit entendre que rien ne justifie la violence. Peut-être verra-t-elle alors qu'elle peut être aidée.

Dans ce but, quelques éléments conceptuels et théoriques peuvent nous aider :

Distinguer le conflit de la violence.

Un conflit implique une interaction, un débat et est à même d'entraîner une négociation. Il peut faire évoluer les points de vue dans un rapport d'égalité. La violence est un processus de domination au cours duquel l'un des deux protagonistes installe et exerce une emprise sur l'autre.

Envisager le repérage systématique comme indispensable.

Souvent les campagnes de prévention incitent les femmes victimes à parler de ce qu'elles subissent ou ont subi. Il serait également intéressant et productif d'encourager les professionnels dans ce sens.

"Le dépistage contribue à réduire la durée de tolérance à la violence, le nombre de récidives, l'aggravation des risques et les conséquences profondes sur la personnalité de la victime."⁸ Le repérage systématique est un "aller vers" qui permet de libérer la parole. Il permet de briser la loi du silence qui n'est jamais un choix de la victime mais toujours un dictat que l'agresseur lui impose pour garantir son impunité. Il permet aussi de rompre la solitude dans laquelle une majorité de victimes se trouvent. Enfin il donne l'opportunité aux femmes de comprendre que parler de violence est possible au sein d'une consultation médicale et que ce n'est pas "hors sujet". Poser une question est en soit un acte thérapeutique, une porte que l'on ouvre et dans laquelle la victime entrera lorsqu'elle se sentira prête.

¹ ONU, Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, 20 décembre 1993, p.3

² OMS, Aide-mémoire N°239, La violence à l'encontre des femmes Violence d'un partenaire intime et violence sexuelle à l'encontre des femmes, Octobre 2013, p.1

³ DIQULOU J.-Y., AMAR P., BOYER S., MONTILLA F., KAROUBI R., Les troubles du comportement des femmes enceintes secondaires aux mauvais traitements antérieurement subis, La Revue Sage-Femme, 2008, 7 : p .203-216.

⁴ SILVERMAN J. G., DECKER M. R., REED E., RAJ. A., 2006, Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 U.S. states: Associations with maternal and neonatal health, American Journal of Obstetrics and Gynecology, n°195, 140-148.

⁵ HENRION R., 2005, Les violences conjugales pendant la grossesse : dépistage et orientation par les soignants, J Gynecol Obstet Biol Reprod, Volume 34, supplément au n°1, 2S62-2S67.

⁶ HAS, 2005, Recommandations professionnelles : Préparation à la Naissance et à la Parentalité.

⁷ DIQULOU J.-Y., AMAR P., BOYER S., MONTILLA F., KAROUBI R., Août 2008, Les troubles du comportement des femmes enceintes secondaires aux mauvais traitements antérieurement subis, La Revue Sage-Femme, 7, 203-216.

⁸ C. MORVANT, Le médecin face aux violences conjugales : Analyse à partir d'une étude auprès des médecins généralistes, Thèse du diplôme d'état de docteur en médecine, Paris, Université Pierre et Marie Curie, 2000.

La forme de ces questions doit être propre à chaque professionnel. Il est nécessaire, au cours d'un entretien avec la femme seule, de poser clairement la question de l'existence de traumatismes antérieurs y compris sexuels. Nous pouvons demander aux femmes si elles ont été malmenées, violentées. Dans notre expérience nous demandons "si, au cours de leur vie, elles ont subi des événements qui leur ont fait du mal et qui continuent à leur faire du mal actuellement".

Lutter contre les obstacles.

La question de l'intrusion dans l'intimité est souvent citée comme obstacle. Il est important de garder en tête que l'intimité ne peut pas correspondre à des actes condamnés par le code pénal. L'atteinte à l'intégrité de la personne ne fait donc pas partie de la vie privée. Quand un professionnel de santé ne recherche pas les antécédents traumatiques c'est parce qu'il a peur de la réponse, par manque de formation et d'outil pour accompagner son patient en cas de réponse positive.

Connaître la législation.

Notre code de déontologie indique à l'article R.4127 316 du code de la santé publique qu'une sage-femme a le devoir d'intervenir pour protéger les patientes ou leurs enfants victimes de sévices. Bien sûr nous avons un devoir de respect du secret établi en faveur des patientes, pour tout ce nous avons pu connaître dans le cadre de notre exercice, ainsi nous devons faire preuve de circonspection lors de l'accompagnement de ces patientes et prendre notre temps lors de la rédaction de nos écrits. La constatation de violences ou de blessures sur un mineur ou une personne vulnérable implique d'agir dans l'intérêt de la victime et de faire un signalement aux autorités administratives ou judiciaires. Ceci est une dérogation légale au secret professionnel (article 226-14 du code pénal) et une obligation déontologique.

Dans ce sens il est tout à fait possible pour une sage-femme de rédiger un certificat médical de constatation pour attester de l'existence de signes, de lésions traumatiques ou d'une souffrance psychologique. Ceci constitue un élément objectif sur lequel l'autorité judiciaire pourra s'appuyer pour décider des suites à donner en cas d'enquête par les services de police ou de gendarmerie. Cet écrit doit toujours être remis en main propre à la patiente concernée, après l'avoir vue et examinée et il doit impérativement être daté du jour de l'examen, même si les faits relatés sont antérieurs. Il ne doit pas contenir d'affirmation quand à la responsabilité d'un tiers et n'a pas pour objectif d'estimer l'Incapacité Total de Travail (ITT) qui ne doit

être déterminée que par un médecin légiste ou dans le cadre d'une réquisition judiciaire.

De la même façon, une sage-femme peut rédiger un signalement concernant une victime mineure sans condition. Ceci est également possible pour une victime majeure à la condition qu'elle soit consentante ou qu'elle ne soit pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique. Lorsque que la situation nécessite une protection judiciaire sans délai, il est nécessaire de faire un signalement au Procureur de la République du Tribunal de Grande Instance du lieu de résidence habituel de la victime. Ce dernier pourra alors décider d'ouvrir une enquête même si la victime n'a pas directement porté plainte. Si le risque existe mais n'est pas imminent, nous pouvons transmettre à la cellule départementale de recueil et d'évaluation des informations préoccupantes (CRIP) toute information concernant une personne mineure en danger ou risquant de l'être. Ceci peut donc concerner l'enfant à naître dans les situations obstétricales inquiétantes. En effet, bien que la CRIP n'est pas en mesure de prendre une décision pour un enfant qui n'est pas né, ni pour une personne majeure mais elle peut informer l'ensemble des maternités du même département. L'idée est de permettre aux femmes d'être accompagnées de façon adaptée quelque soit leur lieu d'accouchement.

Caractéristique d'une femme victime de violence.

Une femme victime n'identifie pas toujours la violence et souvent ne demande pas d'aide. Il y a une vraie nécessité de voir au-delà et d'adopter une conduite pro-active. C'est un procédé délicat d' "aller-vers" sans être trop intrusif. Il est primordial de ne pas laisser la victime dans l'abandon, mais de rester dans une proposition sans en faire une obligation.⁹

L'idée est d'être dans un positionnement bienveillant en accueillant et encourageant sa parole par des reformulations et des verbalisations afin de mettre des mots sur ses symptômes. Cela nécessite une certaine disponibilité psychique, un mouvement d'ouverture vers la patiente qui la "confirme dans son existence". Ceci va lui permettre d'identifier qu'elle est digne d'intérêt, car être victime c'est toujours "subir un événement qui n'aurait pas dû arriver".

Cette subordination durant l'épisode violent provoque chez la victime un sentiment d'être "hors humanité", d'être un objet. Nos actions doivent s'inscrire dans un mouvement de réhabilitation en tant que personne humaine, actrice de sa vie. Lui permettre de verbaliser

l'évènement en respectant ses limites, lui redonner la parole notamment en lui posant des questions sont des actions thérapeutiques qui vont à l'encontre des conséquences négatives provoquées par l'agression. Le fait de travailler dans l'autorisation, de lui faire sentir qu'elle a réellement le choix dans les soins que nous lui proposons va dans le même sens. Cette sollicitude permet d'exprimer notre humanité et d'instaurer une "réciprocité dans une relation pourtant asymétrique".¹⁰

Nous n'avons pas d'autre choix que de travailler à partir de sa parole et il n'est pas de notre rôle de faire des investigations pour connaître la vérité. A notre place, il est nécessaire de croire ce qu'elle nous révèle et de le lui dire. Il faut être vigilant à ne pas répéter l'histoire traumatique notamment en posant un cadre. Ceci évite de lui faire revivre un sentiment d'abandon. Ce cadre

correspond à la solidité et au caractère contenant que la disponibilité dans la relation à l'autre permet. Il donne les moyens à la victime de comprendre son parcours de prise en charge. Le but est de respecter ses choix et de les accompagner. Il est primordial de ne pas prendre de décision à sa place, notamment sur sa séparation, sauf en cas de danger imminent.

L'idée d'une prise en charge globale est plus que jamais indispensable. En effet un tel évènement de vie non pris en charge risque de réduire à néant les efforts faits par ailleurs sur d'autres facteurs de risque de la patiente.

NB : certificat médical de constatation de maltraitance disponible sur le site du CNOSF : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/reporter-un-incident-de-maltraitance/>

⁹ DELESPINE M., Prévention des violences conjugales en périnatalité : la part du soin et du processus pénal, Mémoire de Master 2 prise en charge des victimes et des auteurs d'agressions, Université Paris Descartes, 2012

¹⁰ RICOEUR P., Lectures. Tome I : Autour du politique, Seuil, 1999

LE 9^{ème} MOIS - PRONOSTIC OBSTÉTRICAL ET INFORMATIONS AU COUPLE, UNE RESPONSABILITÉ PLURI-PROFESSIONNELLE

1 - Place du pelvi-scanner dans le choix de la voie d'accouchement en 2016

Docteur Eric Moxhon - Gynécologue-Obstétricien - Le Cateau-Cambrésis

La radiopelvimétrie fut adoptée il y a plus de 50 ans sans aucune étude clinique prospective préalable. Son objectif initial était de prévoir les chances de succès d'une voie basse avant l'entrée en travail. Cependant, d'aide à la décision, la radiopelvimétrie est devenue progressivement une contrainte médico-légale. Les diverses techniques de pelvimétrie ont évolué dans le temps. Au départ, il s'agissait d'une radiopelvimétrie conventionnelle qui était peu précise puisqu'on a pu retrouver des différences de plus d'un centimètre dans les diamètres en fonction des opérateurs. Les mesures, par ailleurs, étaient parfois difficiles à réaliser en raison d'une mauvaise visualisation de la structure osseuse. A noter également une irradiation fœto-maternelle non négligeable.

Actuellement, la pelvimétrie se fait surtout par scanner même si on peut aussi l'effectuer par IRM, mesure directe et non irradiante mais très coûteuse. La pelvimétrie par scanner est aussi une mesure directe, en principe plus précise même si ANDERSON dans une publication en 2005 notait une erreur aléatoire possible pouvant aller jusqu'à 6 mm. Il faut aussi noter une réduction considérable de la radiation par rapport à la pelvimétrie conventionnelle.

La pelvimétrie comporte cependant plusieurs biais :

1. La mesure elle-même n'est pas parfaitement précise.
2. La pelvimétrie est effectuée avec la parturiente allongée sur le dos, jambes tendues. Or, on sait que les changements posturaux affectent les dimensions du bassin via la contre nutation puis nutation qui facilitent le passage du fœtus dans le détroit supérieur puis inférieur. L'amplitude de ces mouvements est de 3 à 12 mm pour le détroit supérieur et de 15 à 17 mm pour le détroit inférieur.

3. Par ailleurs, l'impact des changements hormonaux qui distendent les ligaments et augmentent donc la mobilité du bassin n'est pas non plus évalué.

Les indications de la radio pelvimétrie sont classiquement au nombre de 4 : utérus cicatriciel, disproportion fœtopelvienne, grossesse gémellaire et présentation du siège.

Utérus cicatriciel : Il y a quelques années, de nombreux services de maternité recommandaient la pratique d'une radiopelvimétrie (RPM) en cas d'utérus cicatriciel. L'idée sous-jacente était de ne pas proposer inutilement une épreuve de travail à des femmes présentant un bassin rétréci, et leur faire courir ainsi le risque d'une rupture utérine évitable.

À la fin des années 80, FLAMM et collaborateurs aux USA ont mené une étude multicentrique sur plus de 5000 grossesses sur utérus cicatriciel avec épreuve de travail qui se sont conclues par 75 % d'accouchements par voie basse. Aucune surmorbimortalité fœto-maternelle n'a été retrouvée. Une étude prospective randomisée conduite en Afrique du sud sur 306 patientes avec utérus cicatriciel concluait à l'inutilité de la RPM avec, de surcroît, une augmentation du nombre de césariennes sans bénéfice maternel ou néo-natal (THUBISI et collaborateurs, BJOG-5/1993). Une étude publiée en 1990 (KRISHNAMURTHY) a étudié l'intérêt d'une RPM après une césarienne pour la gestion d'une grossesse ultérieure.

331 patientes ont été étudiées parmi lesquelles 248 avaient un bassin considéré comme rétréci. Parmi ces patientes, 76 ont été acceptées en épreuve du travail parmi lesquelles 61 ont accouché par voie basse. Sur les 83 patientes à bassin considéré comme "normal" : 61 ont accouché par voie basse. Dans l'étude, il y a eu 3 ruptures utérines, toutes dans le groupe étiqueté bassin "normal".

Certes, ces études sont anciennes et portent sur des cohortes peu importantes mais (comme d'autres études) elles vont toutes dans le même sens : **la RPM dans le cas d'utérus cicatriciel ne prédit ni l'issue du travail, ni le risque de rupture utérine et n'améliore pas non plus la morbidité materno-fœtale.**

Disproportion foetopelvienne (DFP) : L'intérêt de la RPM pour prédire le succès d'une épreuve de travail dans le cadre d'une suspicion de disproportion foetopelvienne a fait l'objet de nombreuses études avec des conclusions contradictoires. Ces études sont cependant peu exploitables portant sur des effectifs faibles, rétrospectives et sans randomisation. Une étude intéressante cependant, même si elle n'a été effectuée que sur 100 patientes, pointe la variété postérieure de la présentation plus que la dimension du bassin maternel comme source de dystocie (MARPEAU). FREMONDIÈRE, dans une étude prospective publiée en 2011, note que seules 55% des patientes césarisées pour DFP avaient un indice de MAGNIN inférieur à 23 cm.

De ces études, il ressort surtout que la RPM effectuée en cas de suspicion de DFP ne modifie pas l'état néonatal et doit être évitée en cas de présentation céphalique car elle tend plutôt à augmenter le taux de césarienne sans bénéfice materno-fœtal.

Il faut ici comme ailleurs revenir à l'EBM et proposer la RPM au cas par cas en fonction de son expérience, des attentes de la patiente, lorsque certains éléments du dossier peuvent le justifier comme des antécédents de dystocie des épaules, d'échec de Forceps, de petite taille maternelle avec macrosomie fœtale,...

Grossesse gémellaire : Le problème posé par l'accouchement par voie basse de jumeaux est surtout le risque accru d'asphyxie du deuxième jumeau (cf. l'étude de SMITH en 2002). Les jumeaux étant de poids plus faible que les singletons et naissant en général plus tôt, le risque de DFP est très réduit. La RPM n'a pas fait la preuve de son intérêt dans l'amélioration du pronostic maternel et fœtal. Les RPC du CNGOF en 2009 sur les grossesses gémellaires ne recommandent pas la RPM. **Sauf cas particuliers (certaines primigestes), la RPM ne devrait plus être effectuée systématiquement en cas de grossesse gémellaire.**

Présentation de siège : La publication de HANNAH en 2000, étude randomisée sur 2088 patientes avec fœtus en présentation de siège concluait à une morbidité fœtale plus importante pour l'accouchement par voie

basse que par césarienne électorale. Il faut cependant noter que la pelvimétrie était réalisée dans moins de 10% des cas et la surveillance par monitoring du rythme cardiaque fœtal continu que dans un tiers des cas. Cette étude avait cependant conduit de très nombreuses équipes, de chaque côté de l'Atlantique, à proposer systématiquement des césariennes en cas de présentation de siège.

L'étude PREMODA qui était une étude observationnelle en France et en Belgique entre 2001 et 2002 sur plus de 8000 patientes avait par contre conclu que si on respectait des critères stricts d'acceptabilité et notamment en effectuant une RPM, la voie basse n'était pas pourvoyeuse de morbidité fœtale supérieure à la césarienne électorale.

Une étude intéressante en 1997 (VAN LOON) avait randomisé deux groupes de patientes avec pelvimétrie par IRM en prénatal, un groupe de 118 patientes avec résultat transmis à l'obstétricien avant le terme, un autre groupe de 117 patientes avec résultat transmis en post-partum. Le taux de césariennes était équivalent dans les deux groupes mais il y avait plus de césariennes en urgence dans le deuxième groupe. La morbidité était par ailleurs équivalente pour les deux groupes.

Cette étude que l'on peut considérer comme valable sur le plan méthodologique nous permet de ne pas césarianiser de femmes en travail avec des conditions d'accouchement par voie basse favorable pour la seule raison que l'on ne dispose pas de pelvimétrie. Une radiopelvimétrie correcte n'est cependant pas un critère suffisant pour accepter une voie basse pour une présentation de siège. Il existe en effet d'autres éléments à prendre en compte dont le terme (on sait qu'il y a un sur-risque de rétention de tête dernière en cas de prématurité), la parité (l'accouchement par le siège sera plus facile chez une patiente dont le bassin a "fait ses preuves"), le poids de l'enfant et le volume du pôle céphalique. Il y a en France, un consensus sur avis d'experts de recommander la radiopelvimétrie chez la primigeste. Par contre au Canada, notamment, la RPM ne fait pas partie des exigences avant d'accepter un accouchement de siège par voie basse.

En conclusion, **la présentation de siège reste la seule indication pour recommander une RPM au moins chez la primigeste.** Cependant, outre les divers éléments à prendre en compte dont le terme, la parité, le poids de l'enfant et le volume du pôle céphalique, il y a certains prérequis indispensables avant d'accepter

un accouchement du siège par voie basse : l'expérience du praticien, sa relation de confiance avec la patiente et la disponibilité d'une équipe homogène et efficace pour la prise en charge de l'accouchement.

Et le médico-légal ? Le recours à la pelvimétrie avant d'accepter une voie basse ne fait l'objet d'aucune recommandation de société savante ou de la Haute Autorité de Santé. La radiopelvimétrie en cas de siège chez une primigeste n'est qu'un consensus sur avis d'expert. Dans ces conditions, la seule "contrainte légale" pour la Sage-Femme est le respect des protocoles de service. Il faut aussi rappeler de manière plus générale que la

Sage-Femme hospitalière dispose du statut de la Fonction Publique et qu'à ce titre, en cas de faute, la responsabilité de l'administration est d'emblée recherchée. Toutefois, la responsabilité de la Sage-Femme peut être engagée en cas de faute détachable du service comme l'abandon de poste ou le refus de se déplacer. La Sage-Femme hospitalière peut cependant faire l'objet d'une sanction disciplinaire prononcée par son Directeur d'établissement. Dans le secteur privé, la Sage-Femme salariée qui agit sans excéder les limites de la mission qui lui est impartie par l'établissement de santé privé n'engage pas sa responsabilité à l'égard de la patiente (arrêt de la Cour de Cassation 2004).

2 - Le dépassement de terme : les enjeux et le rôle de la sage-femme

Docteur Gabrielle Aubry - Gynécologue-Obstétricien - Colmar

Rappels : La durée exacte de la gestation n'est pas précisément connue et est variable en fonction de facteurs divers (âge, parité, BMI, antécédents personnels). Par conséquent, définir une date d'accouchement précise est difficile. Les recommandations nationales du CNGOF de 2011 ont choisi de mettre des "bornes" à la période du terme, défini entre 37SA et 42SA :

- à partir de 41SA, la grossesse est dite prolongée
- à partir de 42SA, le terme est dit dépassé.

En réalité, on sait qu'entre 39 SA et 41+5SA, les patientes ont 70% de chance d'accoucher. Les grossesses prolongées concernant 18,3% des femmes en France et 0,3% pour les dépassements de terme (ce faible pourcentage étant probablement lié aux politiques de déclenchement des maternités à 41+5SA), la prise en charge spécifique de ces patientes doit être connue.

Enjeux : Le choix de ces deux seuils repose sur le fait que les morbidités maternelle et fœtale s'accroissent à partir de 41 SA et encore plus nettement à 42SA. Les conséquences périnatales les plus sévères sont (CNGOF, 2011) :

- la mortalité périnatale OR= 1,3 (NP2)
- la mortinatalité OR= 1,4 (grade B)
- le syndrome d'inhalation méconiale OR= 2,2 à 3 (NP2)
- asphyxie périnatale OR=1,5 (NP2).

Cependant, ces événements restent relativement rares en valeur absolue (par exemple, mortinatalité : 2 cas pour 1000 naissances) et sont donc à modérer. À long terme, aucune étude n'a retrouvé de conséquence neuro-développementale (Olesen, BJOG 2015). Enfin, il faudra rappeler que la complication la plus fréquente - mais aussi la plus prévisible est la macrosomie OR= 5,6 (NP2), avec ses risques de complications (dystocie des épaules RR= 1,3 et fracture osseuse RR= 1,7). Les conséquences maternelles sont la césarienne RR=1,5 (NP2), l'hémorragie du post partum OR=1,3 (NP2), les lésions périnéales sévères (3^{ème} et 4^{ème} degré) RR=1,9 (NP3). Les infections maternelles comme la chorio-amnionite (RR=1,7 NP3) ou l'endométrite (RR=1,8 NP3) sont aussi plus fréquentes mais leur imputabilité aux grossesses prolongées est moins démontrée. Une fois de plus, ces risques restent faibles en valeur absolue.

Surveillance : Les risques maternels et périnataux associés à ces grossesses doivent faire adopter une attitude rigoureuse de prise en charge. La prolongation de la grossesse n'est envisageable qu'en l'absence de complications maternelles (diabète, HTA...) ou fœtales (macrosomie, RCIU...). La surveillance commence à partir de 41 SA, doit être bi voire tri-hebdomadaire et peut s'étendre jusqu'à 42+6 SA. Elle repose uniquement sur la mesure de la grande citerne à l'échographie (norme > 2cm) et sur l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal. Le score de Manning ne fait pas partie des recommandations, même s'il paraît légitime de signaler aux patientes la nécessité de consulter en cas de diminution des mouvements actifs fœtaux.

Déclenchement : Un déclenchement peut être proposé dès 41 SA et il n'y a pas de recommandations sur le type de déclenchement. L'indication indiscutable sera l'anomalie de l'un des critères de surveillance. Le souhait de la patiente ou un statut cervical favorable seront aussi des paramètres à privilégier. La dernière méta-analyse réalisée en 2012 incluant 12 essais n'a pas montré d'augmentation du taux de césarienne ou d'hémorragie de la délivrance en cas de déclenchement, même en cas de statut cervical défavorable (Gülmezoglu, Cochrane 2012).

Le déclenchement ne réduisait pas le nombre de mort fœtale in utero mais diminuait significativement le taux de syndrome d'inhalation méconiale (RR=0,61) et le taux de macrosomie (RR=0,85). Enfin, il a été rapporté que le déclenchement du travail était associé à des contractions plus douloureuses (Helmstad, Acta Obstet

Gynecol Scand 2007) et que la perspective "imprévue" d'un déclenchement n'était pas bien vécue par certaines patientes (Gatwar, Women and birth 2010).

Conduite à tenir : L'essentiel de la prise en charge de ces grossesses repose sur le dialogue avec le couple parental et leur information éclairée. Il conviendra de leur exposer les risques inhérents à la prolongation de la grossesse ainsi que les modalités de surveillance et les modalités de déclenchement (propres à chaque maternité). Ce dialogue doit permettre de guider le couple afin qu'il détermine s'il est prêt à "prendre ces risques" (sans information alarmiste en les nuancant par les risques absolus et par la possibilité de changer d'avis) ou s'il est plus rassuré par un déclenchement, qui n'entraîne pas de morbidité maternelle ni fœtale.

Rôle de la sage-femme : l'information du couple est essentielle

- . Risques périnataux et maternels
- . Modalités de prise en charge (suivi/déclenchement)
- . Aide à la prise de décision (statut cervical favorable ou non, suspicion de macrosomie, terrain psychologique fragile de la patiente)

À ne pas oublier

- . Vérifier le mode de détermination du début de grossesse : il doit être idéalement déterminé entre 11 et 13+6 SA par une mesure échographique de la longueur crânio-caudale, selon des critères qualitatifs conformes.
- . Recalculer le terme le jour de la consultation, afin d'éviter de sur ou sous diagnostiquer une grossesse prolongée.

À proposer

Le décollement des membranes diminuerait le taux de grossesse prolongées (RR=0,59) et de terme dépassé (RR=0,23) (Boulvain, Cochrane Database Syst Rev, 2005).

Il peut être intéressant de proposer un décollement des membranes à partir de 39SA, en informant préalablement les patientes qu'il s'agit d'un geste assez douloureux, qui peut entraîner des métrorragies minimes mais surtout des contractions douloureuses pendant quelques jours.

3 - Le décollement des membranes : est-il nécessaire ? Faut-il le faire ?

Docteur Norbet Winer - Gynécologue-Obstétricien - Nantes

La plupart des études évaluent le décollement des membranes (DDM) entre 37 à 38 SA et 40SA+6 pour raccourcir la durée de la grossesse et faciliter la mise en travail spontanée sans avoir à recourir au déclenchement du travail au-delà de 41 SA. Il s'agit d'un décollement digital du pôle inférieur de l'oeuf ayant pour effet supposé - par des actions mécaniques et biochimiques conjuguées - la libération d'endoproglandines locales. Il s'agit d'une procédure permettant, dans un certain nombre de cas, d'éviter le déclenchement pour grossesse prolongée ou terme dépassé.

Une méta-analyse sur le sujet porte sur 22 essais et près de 2800 femmes, dont la plupart compare le décollement des membranes à l'abstention, et plus rarement aux prostaglandines (trois essais) et à l'ocytocine (deux essais).

Cette procédure éventuellement répétitive n'augmente pas le taux de césarienne comparé à l'expectative (RR 0,90, 95% CI 0,70—1,15), **réduirait de 41% le recours au déclenchement** pour terme (41 SA) (RR 0,59, 95% CI 0,46—0,74) et de 72% pour terme dépassé (42 SA) (RR 0,28, 95% CI 0,15—0,50).

Le décollement des membranes ne laisse que 3% des patientes qui n'ont pas accouché à 42 SA contre 12% pour celles qui n'ont pas eu cette procédure. Il faut faire un décollement des membranes à huit femmes pour éviter un déclenchement pour terme dépassé (41+6 SA). La crainte théorique du risque de rupture des membranes n'est pas retrouvée sur 10 essais regroupant 1525 patientes (RR 1,14, 95% CI 0,89—1,45), ni l'augmentation du risque infectieux maternel (RR 1,05, 95% CI 0,68—1,65) ou néonatal (RR 0,92, 95% CI 0,30—2,82). Le décollement des membranes permet de diminuer de près de 30% le nombre de patientes qui n'ont pas accouché dans la semaine qui suit la procédure (RR 0,71, 95% CI 0,65—0,78), soit 46% des patientes n'ont pas accouché dans la semaine suivant le décollement contre 63% des patientes qui ne l'ont pas eu ($p < 0,05$). Les effets secondaires du décollement sont plus fréquents comme les contractions inefficaces non suivies de mise en travail (RR 3,20, 95% CI 1,63, 6,28), les douleurs ou l'inconfort qui en résultent (RR 2,83, 95% CI 2,03—3,96) ou encore l'existence de métrorragies (RR 1,75, 95% CI 1,08—2,83).

En 2001, les experts du NICE ont conclu que le décollement des membranes permet de diminuer la fréquence du recours à d'autres moyens utéro-toniques pour déclencher le travail. Cette réduction était de 41% (RR 0,59 ; IC 95% 0,50—0,70).

Cette méta-analyse regroupe des essais dont les effectifs restent toutefois assez faibles pour chacun d'entre eux et dont la méthodologie est hétérogène (âge gestationnel du décollement, répétition des gestes et fréquence des procédures, homogénéité des protocoles, groupe témoin, parité, score de Bishop...). Le décollement des membranes apporterait ainsi des bénéfices modérés potentiels au prix d'un inconfort maternel possible. Cette procédure est recommandée par les canadiens avec l'information préalable qui en découle. En ce qui concerne la comparaison avec les prostaglandines E2 (PGE2) ou l'ocytocine, les effectifs sont trop restreints et les études trop rares pour en tirer des conclusions fiables.

Depuis la publication en 2005 de la métaanalyse issue de la base Cochrane, la revue de la littérature retrouve une étude randomisée qui confirme que dans une population avec col défavorable (score de Bishop ≤ 4) entre 38 et 40 SA, le décollement des membranes réduit la durée de la grossesse par une diminution significative du nombre de patientes n'ayant pas eu une induction spontanée du travail dans la semaine suivant le décollement (OR 0,2, 95% CI 0,18—0,46). On ne retrouve pas plus d'effets délétères ni pour la mère ni pour le fœtus. En revanche, pour une population de femmes ayant un utérus cicatriciel, le décollement de membranes hebdomadaire à partir de 37 SA ($n = 108$) comparé au simple TV sans décollement ($n = 105$) ne raccourcirait pas la durée de la grossesse ni le taux de césarienne.

Cette étude manque toutefois de puissance d'autant que plus de 30% des césariennes l'ont été par choix maternel après l'acceptation de l'accouchement par voie naturelle diminuant encore l'entrée possible en travail des patientes. Ce procédé est par ailleurs indépendant du raccourcissement cervical confirmé par l'évaluation échographique cervicale avant et après décollement des membranes.

Deux autres études également randomisées retrouvent des résultats différents. Hill et al. en 2008 rapportent un essai randomisé sur 300 patientes bénéficiant ou non d'un décollement des membranes une fois par semaine à partir de 38 SA. Il n'y a pas de différence sur la réduction de la postmaturité, ni sur l'incidence globale des ruptures des membranes sauf si le col était ouvert à plus de un doigt (RR 1,10, 95% IC 1,03—1,18). Inversement en débutant le décollement à 41 SA toutes les 48 heures jusqu'à 42 SA (versus pas d'intervention), De Miranda et al. dans un essai randomisé multicentrique rapportent une diminution globale des patientes qui arrivaient à ce terme grâce au décollement des membranes (RR 0,57, 95% CI 0,46—0,71) aussi bien chez les patientes nullipares (RR 0,62 95% CI 0,48—0,81) que chez les multipares (RR 0,49 95% CI 0,34—0,73).

Ces auteurs soulignent à nouveau l'augmentation des métrorragies même sans gravité liées à cette technique. En ce qui concerne l'utérus cicatriciel, cible privilégiée puisque l'on cherche à éviter des déclenchements pour limiter le risque de rupture utérine, il semble que l'efficacité soit modérée ou nulle. Le taux d'entrée en travail spontanée est de 78.5% (DDM) vs 72.1% (RR 1.1, 95% [CI] 0.9– 1.3;) P.34). Le taux de déclenchement est de 12.1% vs 9.6% (RR 1.3, 95% CI 0.6 –2.8; P.66) et le taux de cs est de 40.2% vs 44.2% (RR 0.9, 95% CI 0.7–1.2; P.58) . L' AG à la naissance est de 39,6 SA $\pm$ 1 vs 39,6 SA $\pm$ 0,9 (P=0,84). Les limites de cette étude sont les effectifs de faible puissance, Pas de stratification sur le score de bishop, mais globalement col très défavorable (2.96 $\pm$ 0.89 vs 2.44 $\pm$ 0.50) et Comment est fait le DDM en cas de col bouclé ?

Une étude danoise sur 407 patientes singletons céphaliques étudie 4 groupes avec Randomisation entre 41+3 and 41+5 SA

- Acupuncture
- DDM
- Acupuncture + DDM
- Control

On ne retrouve pas d'effet favorable du bras acupuncture, par contre en cumulant les patientes qui ont eu un DDM, on augmente le nombre de patientes entrant spontanément en travail (RR 1,22, 95% CI 1,03–1.43; P.0,02). En reprenant les dernières métaanalyses de la base Cochrane, 2797 patientes ont pu bénéficier d'un comparaison entre DDM vs ocytocine, PGE2, ou pas traitement : on ne retrouve pas de différence dans le taux de césarienne, le mode d'accouchement, la morbidité et la mortalité néonatale en comparant DDM vs pas de traitement. Les conclusions confirment les métaanalyses précédentes

- Le DDM diminue de 23% le nombre de femmes qui n'entrent pas en travail spontané dans les 48H (5 études , 726 femmes RR 0.77, 95% CI 0.70 to 0.84) NNT = 6
- Le DDM est associé à une diminution de 29% du risque de ne pas avoir accouché dans la semaine (9 études , 1375 patientes, RR 0.71, 95% CI 0.65 to 0.78; NNT = 6).
- Le DDM est cependant associé à une augmentation des métrorragies (3 études , 391 femmes 35/200 versus 18/191; RR 1.75, 95% CI 1.08 to 2.83; NNH = 15)
- Une augmentation de l'inconfort (2 études , 320 femmes, 94/163 versus 32/157; RR 2.83, 95% CI 2.03 to 3.96; NNH = 3) vs expectative

Au total, le décollement des membranes peut réduire la durée de la grossesse par une augmentation du nombre de patientes entrant en travail spontanément dans la semaine suivant le décollement (NP2). Comparé à l'expectative, il n'augmente pas le taux de césarienne (NP1) et réduit le recours au déclenchement de 41% à 41+0 SA et de 72% à 42+0 SA (NP2). Il n'augmente ni le risque de rupture des membranes, ni les risques infectieux maternel et néonatal (NP2), mais ses désagréments (contractions, métrorragies, douleurs) doivent être clairement exposés et acceptés avant son éventuelle réalisation. *Compte tenu de ses inconvénients, le décollement des membranes ne doit pas être réalisé lors d'un examen systématique sans information et sans accord préalable de la patiente.*

4 - Pour aller plus loin : déterminisme de la parturition humaine

Céline Mehats, 1 AP-HP - Maternité Port Royal, Service de Gynécologie Obstétrique II et Médecine de la Reproduction, Paris.. 2 Institut Cochin, Inserm, CNRS, Université Paris Descartes, Paris.

La parturition est l'ensemble des phénomènes dynamiques et mécaniques qui conduisent à l'expulsion spontanée et à terme du fœtus de l'utérus. La parturition humaine est définie cliniquement par les trois événements qui caractérisent le travail obstétrical : les contractions du myomètre, la maturation du col (dilatation et effacement) et la rupture des membranes fœtales. Si le début du travail peut avoir une manifestation soudaine, il fait toutefois suite à une maturation biochimique progressive du myomètre, du col et des membranes fœtales au cours des dernières semaines de la grossesse. Alors que le myomètre est maintenu dans une quiescence relative tout au long de la grossesse permettant une distension en rapport avec la croissance fœtale, il produit progressivement les molécules indispensables pour générer les contractions utérines du travail obstétrical. Alors que progresse la grossesse, l'expression par le myomètre des récepteurs spécifiques aux facteurs contracturants (tels que les prostaglandines ou l'ocytocine) et de jonctions communicantes fonctionnelles entre les myocytes augmentent. Ces jonctions communicantes assurent le couplage entre les cellules musculaires lisses et garantissent la coordination et la propagation de la contraction à tous les myocytes utérins. Le remodelage du col commence par son ramollissement, un processus lent et modulé durant la grossesse.

Ce ramollissement se caractérise par une augmentation de la compliance du tissu. Une réorganisation de la structure des fibrilles de collagène et l'augmentation de glycosaminoglycanes et protéoglycanes spécifiques, formant un gel hydraté, participent à cette modification de la force élastique du col. La rupture des membranes n'est pas simplement la conséquence physique de micro-cassures induites par les contractions utérines de l'accouchement mais fait aussi suite à une maturation biochimique du tissu au niveau de la région recouvrant le col. Cette zone présente des faiblesses physiques liées à un remodelage important de la matrice extracellulaire dans les dernières semaines de la grossesse.

Le déterminisme de la parturition reste très mal compris dans l'espèce humaine. Les questions d'une activation soudaine des mécanismes du travail et/ou à une levée d'inhibition de ces mécanismes restent ouvertes.

Des éléments de réponse ont été apportés par l'étude chez les rongeurs, les lagomorphes et les ruminants. Ainsi, la progestérone est reconnue comme l'hormone-clé de la grossesse. Initialement, des études chez la lapine avaient permis de montrer que l'ablation de l'ovaire en fin de gestation induit la mise-bas en 24h. Le rôle endocrine du corps jaune a été précisé peu après par la démonstration que l'injection d'extraits de corps jaune garantit l'implantation et le maintien de la gestation chez la lapine ovariectomisée et cela même au-delà du terme. L'idée qu'une hormone sécrétée par le corps jaune puisse être responsable de changements "pro-gestationnels" de l'organisme maternel nécessaire au déroulement normal de la grossesse était née.

La progestérone fut purifiée à partir du corps jaune peu après ces découvertes. L'observation de l'absence de nécessité du corps jaune pour le maintien de la grossesse chez la femme après les premières semaines de grossesse et la découverte de la production placentaire de progestérone ont permis de mettre en évidence que le placenta est la source principale de progestérone chez la femme enceinte. Le concept du "bloc progestéronique" a été ensuite énoncé par Csapo en 1956. Il avait montré que cette hormone a un effet local sur le myomètre en perturbant l'équilibre ionique cellulaire, entraînant une diminution de la propagation des potentiels de membranes et bloquant le couplage excitation-contraction ; l'activité contractile ne peut se propager et générer une contraction globale organisée. La levée de cette contrainte par la chute de la concentration plasmatique de la progestérone précède la mise-bas chez les rongeurs, la lapine et les ruminants.

Cette diminution brusque est provoquée par la lutéolyse chez les rongeurs, déclenchée par l'augmentation de prostaglandines dans l'utérus. Chez la brebis, la maturation de l'axe hypothalamo-hypophysaire fœtal entraîne la production surrénalienne de glucocorticoïdes ; le cortisol fœtal va induire la synthèse d'une enzyme placentaire qui convertit la progestérone en précurseur des œstrogènes. Cependant, la théorie du "bloc progestéronique" trouve ses limites pour l'espèce humaine : l'administration de progestérone ne peut maintenir indéfiniment la grossesse et la concentration

plasmatique de progestérone ne diminue pas avant l'accouchement. Il a été évoqué que l'action locale de la progestérone n'est pas dépendante de sa concentration sérique. Aussi, le concept de blocage fonctionnel périphérique de la progestérone a émergé et plusieurs mécanismes possiblement redondants sont évoqués : un catabolisme local de l'hormone dans la décidue maternelle, les membranes fœtales et/ou le myomètre, une modification de l'équilibre entre récepteurs activateurs et répresseurs de la progestérone, une modification de l'équilibre de facteurs de transcription ou co-régulateurs des récepteurs à la progestérone, et plus récemment des régulations possibles par des microARNs.

Le travail obstétrical chez la femme est associé à une inflammation intra-utérine, caractérisée par une augmentation locale des concentrations de cytokines pro-inflammatoires dans le liquide amniotique, une signature d'inflammation aiguë dans les membranes fœtales après rupture et accouchement par les voies naturelles et l'infiltration de neutrophiles et de macrophages dans le myomètre et le col. Des études *in vitro* ont montré que les cytokines pro-inflammatoires induisent la production de prostaglandines et de protéases dans les membranes fœtales et les cellules cervicales et l'activation de facteurs de transcription capables de bloquer les récepteurs à la progestérone dans le myomètre. Il est aujourd'hui proposé que cette inflammation alimente une cascade

qui culminerait avec la parturition. Cependant, à ce jour le déterminant de cette inflammation stérile reste inconnu. En effet la question du signal déclencheur de la parturition n'est pas connue dans l'espèce humaine : s'agit-il d'un signal maternel, d'un signal fœtal, d'un signal placentaire ou simplement l'atteinte d'un seuil critique de maturation ? L'agneau déclenche la parturition chez la brebis via la production de cortisol, lié au degré de maturité de son axe hypothalamo-hypophysaire.

Chez la souris, il existe un lien entre maturation pulmonaire et déclenchement de la mise-bas, où l'augmentation de surfactant pulmonaire et d'autres lipides nécessaires au poumon pour la vie extra-utérine entraîne l'activation d'une inflammation dans le myomètre maternel et une chute de l'effet de la progestérone. Cependant, dans l'espèce humaine, l'existence d'un signal fœtal ou placentaire et son lien avec l'activation d'événements pro-inflammatoires à l'origine de la parturition restent à établir. En perspective, la composante immunologique a toute sa légitimité dans le déclenchement de la parturition. Le rôle de l'immunité adaptative est bien documenté au cours de l'implantation et dans le maintien de la gestation d'un embryon semi-allogénique, c'est-à-dire immunologiquement différent de sa mère. Le bon déroulement de la grossesse pourrait reposer, en partie, sur un verrou immunologique qui assure une tolérance materno-fœtale pendant toute la durée de la grossesse et qui pourrait être lever à l'approche de la parturition, à terme.



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

15èmes journées
30 et 31 janvier 2017 Issy-Les-Moulineaux

Journée à thème
le 6 juin 2017 à Paris



Des données scientifiques,
des recommandations
professionnelles,
chaque année,
les sages-femmes
de plus en plus
mobilisées.

Renseignements
et inscriptions

CERC : 05 55 26 18 87

17 rue Souham 19000 Tulle
contact@cerc-congres.com
www.cerc-congres.com

www.cnsf.asso.fr
contact@cnsf.asso.fr

CNSF est une association loi 1901



Grâce au gingembre **FINI LES NAUSÉES !**

**Toute l'efficacité du gingembre dans un
petit comprimé facile à avaler !**

50 mg d'extrait sec de gingembre standardisé à
10 % de gingérols

- Équivalent à 500 mg de poudre
- Concentration en principe actif garantie

**10 x plus concentré qu'une poudre de
gingembre traditionnelle !**

Complément alimentaire



C'Zen États Nauséeux 30 comprimés

3401581591487

Prix Public généralement constaté : 5.50 € à 7€



Mal des transports

Prendre un comprimé 1 h
avant le départ



Nausées matinales

Dès le 1^{er} mois de
grossesse



Digestion difficile,

excès alimentaire ou
régime alimentaire
inhabituel



Convient aux enfants
dès 6 ans

CONSEIL D'UTILISATION :

Enfant 6 à 11 ans :

1 comprimé, 1 à 4x/jour

Adultes et enfants à partir de 12 ans :

2 comprimés 1 à 4x/jour

Femmes enceintes (dès le 1^{er} mois) :

1 comprimé, le matin et le midi

Ne convient pas en cas d'obstruction biliaire.

Complément alimentaire. À utiliser en complément d'une alimentation variée et d'un mode de vie sain.