

Périnat AURA

3^{ÈME} CONGRÈS RÉGIONAL DE MÉDECINE PÉRINATALE

25/26
JUN 2026
AIX-LES-BAINS

AUVERGNE RHÔNE-ALPES



Médecine
fœtale

Dépistage
prévention

Obstétrique

Néonatalogie

Accompagnement

Innovation

LIVRET DES RÉSUMÉS



25/26
JUN 2026
AIX-LES-BAINS

Périnat AURA

3^{ÈME} CONGRÈS RÉGIONAL
DE MÉDECINE PÉRINATALE

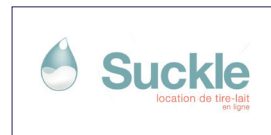
AUVERGNE RHÔNE-ALPES



REMERCIEMENTS



PARTENAIRES INDUSTRIELS



ASSOCIATIONS PARTENAIRES





ÉDITORIAL

Nous sommes heureux de vous convier à la troisième manifestation regroupant tous les acteurs de la périnatalité en région Auvergne Rhône Alpes : PÉRINAT'AURA, une manifestation unique, rassemblant les professionnels de la médecine fœtale, de la génétique, du dépistage néonatal, de l'obstétrique, de la néonatalogie et du suivi des enfants vulnérables.

Cette manifestation, pour son organisation logistique, s'appuie sur le fond de dotation pour le **D**éveloppement et l'**É**valuation de l'**A**ctivité de **D**épistage **A**nténatal et **N**éonatal (DEVADAN) et sur l'agence événementielle AToutCom Event.

La troisième édition a lieu les 25 et 26 Juin 2026, à Aix-les-Bains. Le choix de ce lieu est lié à son caractère convivial en région AURA. Cette manifestation comportera des tables rondes, des ateliers, des séances de communication libre, des conférences d'actualité sur la médecine périnatale.

Nous vous remercions pour votre présence et vous souhaitons un bon congrès !

Pr Hugues Patural, Président du fond de dotation de Devadan et du comité d'organisation

Dr Jérôme Massardier, Président du Comité Scientifique

Mme Marianne Jeannin, Sage-Femme coordinatrice RPAI





COMITÉS

COMITÉ ORGANISATION

Pr Hugues Patural
Pédiatre - Saint - Étienne & Réseau ELENA

Mme Marianne Jeannin
Sage-Femme coordinatrice RPAI

Dr Jérôme Massardier
Gynécologue - Obstétricien - Lyon

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr Tiphaine Barjat
Gynécologue - Obstétricienne - Saint-Étienne & Réseau ELENA

Pr Antoine Giraud
Pédiatre - Saint Etienne

Mme Charline Cartellier
Conseillère en génétique - Lyon

Mme Alexia Grail,
Sage-Femme Coordinatrice Réseau ELENA

Dr Nicolas Chatron
Généticien - Lyon

Mme Marianne Jeannin
Sage-Femme coordinatrice RPAI

Dr David Cheillan
Biologiste - Lyon

Dr Isabelle Jordan
Pédiatre - Lyon & Réseau AURORE

Dr Fabrice Cneude
Pédiatre - Grenoble

Dr Anne Legrand
Médecin Santé Publique - Réseau RSPA

Dr Christelle Corne
Biologiste - Grenoble

Dr Jérôme Massardier
Gynécologue - Obstétricien - Lyon

Dr Karen Coste
Pédiatre - Clermont - Ferrand

Mme Blandine Pastor-Diez
Puéricultrice - Lyon

Dr Emmanuel Decroisette
Gynécologue - Obstétricien - Chambéry

Pr Hugues Patural
Pédiatre - Saint - Étienne & Réseau ELENA

Dr Amélie Delabaere
Gynécologue - Obstétricienne - Clermont - Ferrand

Dr Magali Pettazoni
Biologiste - Lyon

Dr Klaus Dieterich
Généticien - Grenoble

Pr Sylvie Viaux-Savelon
Pédopsychiatre - Lyon

Dr Véronique Equy
Gynécologue - Obstétricienne - Grenoble & Réseau RPAI

Mme Stéphanie Weiss
Sage-Femme - Grenoble

25/26
JUN 2026
AIX-LES-BAINS

Périnat AURA

3^{ÈME} CONGRÈS RÉGIONAL
DE MÉDECINE PÉRINATALE

AUVERGNE RHÔNE-ALPES



SOMMAIRE

| | |
|---|---------|
| REMERCIEMENTS | 2 |
| ÉDITORIAL | 3 |
| COMITÉS | 4 |
| SOMMAIRE | 5 |
| PROGRAMME DES JOURNÉES | 6 - 14 |
| JEUDI 25 JUN 2026 | 7 - 8 |
| VENDREDI 26 JUN 2026 | 9 - 12 |
| INTERVENANTS | 13 - 14 |
| COMMUNICATIONS LIBRES - 10h00 - 12h00 | 15 - 23 |
| POSTERS | 24 - 28 |
| LISTE DES POSTERS | 25 |
| RÉSUMÉS DES POSTERS | 26 - 28 |
| SOIRÉE DU CONGRÈS | 29 |

25/26
JUN 2026
AIX-LES-BAINS

Périnat AURA

AUVERGNE RHÔNE-ALPES

3^{ÈME} CONGRÈS RÉGIONAL
DE MÉDECINE PÉRinataLE



PROGRAMME DES JOURNÉES

25/26
JUN 2026
AIX-LES-BAINS

Périnat AURA

3^{ÈME} CONGRÈS RÉGIONAL
DE MÉDECINE PÉRINATALE

AUVERGNE RHÔNE-ALPES



JEUDI 25 JUN 2026

07h45 - 08h15 Accueil des participants

08h15 - 09h30 Réunion des Sociétés Savantes

09h30 - 10h00 Café d'accueil & échanges avec les partenaires

10h00 - 10h15 **OUVERTURE DU CONGRÈS**

• Le mot de Devadan, *H. Patural, Pédiatre, Président de Devadan - Saint - Étienne*

10h15 - 13h15 **SESSION DES RÉSEAUX DE PÉRINATALITÉ AURA**

Modération : *T. Barjat, Gynécologue - Obstétricienne - Réseau ELENA*

A. Grail, Sage-Femme Coordinatrice - Réseau ELENA

E. Basson, Pédiatre - Réseau AURORE

10h15 - 11h45 **THÈME 1 : Activité physique adaptée en périnatalité**

• Activité physique, femme enceinte, diabète gestationnel : Recommandations et pratiques

C. Dupont, Sage-Femme enseignant-chercheur - Lyon & A. Atallah, Gynécologue Obstétricien - Lyon

• Comment bien pratiquer une activité physique pendant la grossesse ?

C. Barasinski, Sage-Femme enseignant-chercheur - Clermont-Ferrand

J. Finaud, Responsable du pôle ASM Sport-Santé Vitalité, partenaire du projet Pregmouv et PhD en STAPS

• L'activité adaptée pour les enfants vulnérables

H. Patural & G. Teyssier, Pédiatres - Saint - Étienne

11h45 - 12h05 **Thème 2 : Entretien prénatal précoce et entretien postnatal précoce : résultats de l'enquête menée auprès des sages-femmes en aura**



R. Stroppiana, Sage-Femme Coordinatrice RSPA

& M. Marquand, Sage-Femme coordinatrice RP2S

12h05 - 12h15 Discussion

12h15 - 13h15 **THÈME 3 : Parentalité et handicap**

• L'œil des usagers

Présentation filmée

• « Cap parents » Alpysia

R. Mendy, Directeur Adjoint Alpysia - Arc Alpin & C. Gapihan, Puéricultrice - Alpysia - Arc Alpin

• Futurs parents sourds : accompagnement de la grossesse et parentalité

V. Equy, Gynécologue Obstétricienne Grenoble & Réseau RPAI

13h15 - 14h30 Déjeuner autour des partenaires

OU Symposium SANOFI - Salle Parc 1

La prévention du VRS : un enjeu de parcours mère-enfant (*Inscription obligatoire - Lunch box prévues*)

25/26
JUN 2026
AIX-LES-BAINS

Périnat'AURA

3^{ÈME} CONGRÈS RÉGIONAL
DE MÉDECINE PÉRINATALE

AUVERGNE RHÔNE-ALPES



JEUDI 25 JUN 2026

14h30 - 17h30 **SESSION PLÉNIÈRE - MALFORMATION CONGÉNITALE DE LA FACE & SÉQUENCE PIERRE ROBIN, DE L'ANTÉ AU POST NATAL**

Modération : *H. Patural, Pédiatre, Président de Devadan - Saint - Étienne*
& *S. Viaux-Savelon, Pédopsychiatre - Lyon*

- Dépistage et échographie de référence d'une séquence de Pierre Robin
L. Gitz, Gynécologue Obstétricienne - Grenoble
- L'annonce dans les malformations de la face
A. Lassausaie, Chirurgienne maxillo-faciale & Stomatologue - Clermont-Ferrand
- Le généticien face à une séquence de Pierre Robin
A. Putoux, Généticienne - Lyon
- Comment prendre en charge un enfant suspect de séquence de Pierre Robin en salle de naissance ?
C. Epiard, Médecin Réanimateur Néonatale - Grenoble
- Discussion

15h45 - 16h15 **Pause & échanges avec les partenaires**

- Évaluation respiratoire initiale de l'enfant Pierre Robin et polysomnographie
L. Coutier, Pneumologue - Lyon
- Plaque de Tübingen : expérience d'une équipe française
A. Giuseppi, Pédiatre - Paris
- Alimentation de l'enfant porteur d'une séquence de Pierre Robin
S. Rivière, Infirmière - Lyon & M. Masclef, Puéricultrice - Lyon
- Le rôle du chirurgien dans une séquence de Pierre Robin
J. Chauvel-Picard, Chirurgienne maxillo-faciale - Saint Etienne
- Le mot de l'Association Tremplin
D. Vissac, Présidente de l'Association Tremplin
- Discussion

17h30 - 18h15 **CONFÉRENCE INSPIRANTE**

Primates : le pari chromosomique du spermatozoïde
G. Martinez, Généticien - Grenoble

19h00 **La Foulée de Périnat'AURA : Footing ou marche au parc du Bois Vidal**
Départ du centre du congrès à 18h30

20h00 **Dîner du Congrès à La Plage d'Aix Restaurant**

25/26
JUN 2026
AIX-LES-BAINS

Périnat AURA

3^{ÈME} CONGRÈS RÉGIONAL
DE MÉDECINE PÉRINATALE

AUVERGNE RHÔNE-ALPES



VENDREDI 26 JUIN 2026

08h00 - 08h30 Accueil des participants

08h30 - 09h30 ATELIERS EN PARALLÈLES

| | Salle Parc 1 | | Salle Parc 5 | Salle Parc 4 |
|---------------------|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| 08h30 - 09h30 | Atelier 1 Néonatalogie | Atelier 2 <i>Annulé</i> | Atelier 3 Biologie | Atelier 4 Psychopathologie |

Détail des Ateliers :

- Atelier 1

Néonatalogie :

Examen du nouveau-né en situation d'hypoxie périnatale

F. Cneude, Médecin Réanimateur Néonatale - Grenoble & K. Coste, Pédiatre - Clermont - Ferrand

- Atelier 2

Annulé

- Atelier 3

Biologie :

Biochimie Fœtale : quand et quoi demander ?

M. Pettazzoni, Biologiste Médicale, Biochimie - Lyon & D. Gallot, Gynécologue - Obstétricien - Clermont - Ferrand

- Atelier 4

Psychopathologie :

Dépression du post partum : repérage et prise en charge

S. Viaux-Savelon, Pédopsychiatre - Lyon

Équipe UTAP, Grenoble : J. Pastol, Psychiatre & V. Lloret, Sage-Femme & D. Cognée, Pédopsychiatrie - Saint-Etienne

09h30 - 10h00 Pause & échanges avec les partenaires



VENDREDI 26 JUN 2026

10h00 - 12h00 SESSIONS PARALLÈLES

Salle Parc 1

- Session CMV : **SAMSUNG**

Modération : *T. Barjat, Gynécologue - Obstétricienne - Saint Étienne*
& *D. Gallot, Gynécologue - Obstétricien - Clermont - Ferrand*

- Comment interpréter les sérologies anténatales ?
S. Alain, Médecin Biologiste - Limoges (Visioconférence)
- Que faut il expliquer aux patientes sur le traitement anténatal ?
A. Atallah, Gynécologue Obstétricien - Lyon
- Quels signes rechercher en échographie ?
T. Barjat, Gynécologue - Obstétricienne - Saint-Étienne
- Les conséquences sensorielles d'une infection à CMV : dépistage et prise en charge
A. Hitter, Médecin ORL - Annecy
- Outils de la prévention pour le CMV en médecine de ville
S. Weiss, Sage-Femme - Grenoble
- La prise en charge globale d'un enfant atteint par le CMV
M. Butin, Pédiatre - Lyon

Salle Parc 4

- Session encéphalopathie anoxo ischémique per partum :

Modération : *M. Chevallier, Pédiatre - Grenoble*
& *A. Giraud, Praticien Hospitalier - Saint - Étienne*

- Un peu d'histoire : de la souffrance fœtale à l'encéphalopathie néonatale
T. Debillon, Pédiatre - Grenoble
- Comment bien interpréter le RCF ?
J. Bibbo, Sage-Femme - Bron
- Qu'est ce qu'une encéphalopathie anoxo ischémique ?
M. Chevallier, Pédiatre - Grenoble
- Comment bien interpréter l'EEG d'amplitude ?
A. Giraud, Praticien Hospitalier - Saint - Étienne
- Bases physiologiques et déroulement d'une mise en hypothermie
M. Chevallier, Pédiatre - Grenoble
- Devenir des enfants après encéphalopathie anoxo ischémique
P. Vo Van, Pédiatre - Lyon

25/26
JUN 2026
AIX-LES-BAINS

Périnat AURA

3^{ÈME} CONGRÈS RÉGIONAL
DE MÉDECINE PÉRINATALE

AUVERGNE RHÔNE-ALPES



VENDREDI 26 JUN 2026

Salle 3
Parc 5

- Session Communications Libres : 8 communications

Modération : *D. Cheillan, Biologiste - Lyon*

& *E. Decroisette, Gynécologue - Obstétricien - Chambéry*

- Réévaluation de l'intérêt de l'alpha-fœtoprotéine dans le liquide amniotique en diagnostic prénatal
M. Pettazoni, Bron
- Présentation des résultats de l'étude HICE Spectre : hyperéchogénicité intestinale confirmée par évaluation de spectres de gris
L. Lecharny, Bron
- Maladie de Gaucher périnatale létale : quand y penser ? Etude rétrospective de 15 cas
C. Rochet-Capellan, Lyon
- Prenatal assessment of arthrogryposis: ultrasonographic and genetic findings according to etiological subgroups
K. Dieterich, Grenoble
- Déclenchement par Misoprostol oral versus ballonnet combiné à l'ocytocine dans les ruptures des membranes à terme chez les nullipares : essai multicentrique, randomisé RUBAPRO2
M. Rouzaire & A. Triolaire, Clermont-Ferrand
- Revue de la littérature et méta-analyse de l'efficacité de l'aspirine à faible dose dans la prévention de la rupture prématurée des membranes avant terme
M. Roussin, Clermont-Ferrand
- Evaluation de l'impact de la mise en place d'une checklist sur la température d'admission en réanimation néonatale des nouveau-nés prématurés de moins de 32 semaines d'aménorrhée
L. Léger, Grenoble
- Une expérience accrue et précoce/avant terme aux visages masqués des nourrissons prématurés altère-t-elle leur traitement des visages ?
O. Gaiton, Grenoble

12h00 - 12h30 Remise des 3 bourses DEVADAN

K. Coste, Pédiatre - Clermont - Ferrand, J. Massardier, Gynécologue - Obstétricien - Lyon
& *H. Patural, Pédiatre, Président de Devadan - Saint - Étienne*

12h30 - 14h00 Déjeuner autour des partenaires



VENDREDI 26 JUN 2026

14h00 - 16h00 SESSION PLÉNIÈRE L'ACTUALITÉ DE NOTRE EXERCICE EN PÉRINATALITÉ

Quelle offre optimale de soin en périnatalité en AURA ? Situation actuelle et perspectives

Modération : *H. Patural, Pédiatre - Saint - Étienne & Réseau ELENA*

- Bilan des EIGS en AURA et actions mises en place :
 - Présentation de la nouvelle procédure de déclaration en AuRA
C. Grangié-Vachet, Sage-Femme coordinatrice Réseau AURORE & M. Jeannin, Sage-Femme coordinatrice RPAI
 - Les EIG sur la région AuRA : Bilan suite à la mise en place de la procédure régionale
C. Grangié-Vachet, Sage-Femme coordinatrice Réseau AURORE & M. Jeannin, Sage-Femme coordinatrice RPAI
- Enquête SFN/FFRSP sur l'état des lieux des services de néonatalogies : focus sur la région AURA
I. Jordan, Pédiatre - Lyon & Réseau AURORE
- Démographie des équipes de maternité
C. Bertholdt, Gynécologue Obstétricienne - Nancy
- Enquête DRESS : accès aux maternités : distances et accouchements :
qui pourrait accéder aux hôtels hospitaliers ?
G. Baudet, DRESS - Paris (Visioconférence)

16h00 Mot de clôture & Fin du congrès

T. Debillon, Pédiatre - Grenoble



25/26
JUN 2026
AIX-LES-BAINS

Périnat AURA

3^{ÈME} CONGRÈS RÉGIONAL
DE MÉDECINE PÉRINATALE

AUVERGNE RHÔNE-ALPES



INTERVENANTS

Pr Sophie Alain, Médecin Biologiste - Limoges

Dr Anthony Atallah, Gynécologue Obstétricien - Lyon

Mme Chloé Barasinski, Sage-Femme enseignant-chercheur - Clermont-Ferrand

Pr Tiphaine Barjat, Gynécologue - Obstétricienne - Saint-Étienne & Réseau ELENA

Dr Eliane Basson, Pédiatre - Réseau AURORE

Mme Gladys Baudet, DRESS - Paris

Pr Charline Bertholdt, Gynécologue Obstétricienne - Nancy

Mme Julie Bibbo, Sage-Femme - Bron

Dr Marine Butin, Pédiatre - Lyon

Dr Julie Chauvel-Picard, Chirurgienne maxillo-faciale - Saint Etienne

Dr David Cheillan, Biologiste - Lyon

Pr Marie Chevallier, Pédiatre - Grenoble

Dr Fabrice Cneude, Médecin Réanimateur Néonatale - Grenoble

Dr David Cognée, Pédiopsychiatrie - Saint-Etienne

Dr Karen Coste, Pédiatre - Clermont - Ferrand

Dr Laurianne Coutier, Pneumologue - Lyon

Pr Thierry Debillon, Pédiatre - Grenoble

Dr Emmanuel Decroisette, Gynécologue - Obstétricien - Chambéry & Réseau RP2S

Pr Corinne Dupont, Sage-Femme - Lyon & Réseau AURORE

Dr Chloé Epiard, Médecin Réanimateur Néonatale - Grenoble

Dr Véronique Equy, Gynécologue Obstétricienne Grenoble & Réseau RPAI

M. Julien Finaud, Responsable du pôle ASM Sport-Santé Vitalité, partenaire du projet Pregmouv et PhD en STAPS

Pr Denis Gallot, Gynécologue - Obstétricien - Clermont - Ferrand

Mme Christelle Gapihan, Puéricultrice - Alpysia - Arc Alpin

Pr Antoine Giraud, Praticien Hospitalier - Saint - Étienne

Dr Laurence Gitz, Gynécologue Obstétricienne - Grenoble

Dr Agnès Giuseppi, Pédiatre - Paris



INTERVENANTS

Mme Alexia Grail, Sage-Femme Coordinatrice Réseau ELENA

Mme Caroline Grangié-Vachet, Sage-Femme coordinatrice Réseau Aurore

Dr Alice Hitter, Médecin ORL - Annecy

Mme Marianne Jeannin, Sage-Femme coordinatrice RPAI

Dr Isabelle Jordan, Pédiatre - Lyon & Réseau AURORE

Dr Anaïs Lassausaie, Chirurgienne maxillo-faciale & Stomatologue - Clermont-Ferrand

Mme Véronique Lloret, Sage-Femme, Équipe UTAP, Grenoble

Mme Marine Marquand, Sage-Femme coordinatrice RP2S

Dr Guillaume Martinez, Généticien - Grenoble

Mme Marion Masclef, Puéricultrice - Lyon

Dr Jérôme Massardier, Gynécologue - Obstétricien - Lyon

M. Raymond Mendy, Directeur Adjoint Alpysia - Arc Alpin

Pr Julia Pastol, Psychiatre, Équipe UTAP, Grenoble

Pr Hugues Patural, Pédiatre, Président de Devadan - Saint - Étienne & Réseau ELENA

Dr Magali Pettazoni, Biologiste Médicale, Biochimie - Lyon

Dr Audrey Putoux, Généticienne - Lyon

Mme Sandrine Rivière, Infirmière - Lyon

Mme Rebecca Stroppiana, Sage-Femme Coordinatrice RSPA

Pr Georges Teyssier, Pédiatre - Saint - Étienne & Réseau FEVE

Pr Sylvie Viaux-Savelon, Pédopsychiatre - Lyon

Mme Delphine Vissac, Présidente de l'Association Tremplin

Dr Philippe Vo Van, Pédiatre - Lyon

Mme Stéphanie Weiss, Sage-Femme - Grenoble

25/26
JUN 2026
AIX-LES-BAINS

Périnat AURA

AUVERGNE RHÔNE-ALPES

3^{ÈME} CONGRÈS RÉGIONAL
DE MÉDECINE PÉRinataLE



COMMUNICATIONS LIBRES

10H00 - 12H00

Modérateurs : D. Cheillan & E. Decroisette



COMMUNICATIONS LIBRES

10H00 - 12H00

Magali PETTAZZONI¹

Céline Renoux¹, Gauthier Barfety², Cyril Huissoud², Jérôme Massardier², Nicolas Chatron³, Axel Fichez⁴, Mona Massoud⁵, David Cheillan¹, Anthony Atallah²

1. Hospices Civils de Lyon, Biologie fœto-maternelle, LBMMS, Service de biochimie et biologie moléculaire, Groupement Hospitalier Est, Lyon, France

2. Hospices Civils de Lyon, Service de gynécologie-obstétrique et médecine fœtale, Groupement Hospitalier Est, Lyon, France

3. Hospices Civils de Lyon, LBMMS, Service de génétique, laboratoire de cytogénétique et maladies du développement, Groupement Hospitalier Est, Lyon, France

4. Hospices Civils de Lyon, Service de gynécologie-obstétrique et médecine fœtale, Hôpital de la Croix-Rousse, Lyon, France

5. Hospices Civils de Lyon, Service de gynécologie-obstétrique, Groupement Hospitalier Sud, Université Claude Bernard Lyon 1, 165 chemin du Grand Revoyet, Oullins-Pierre-Bénite 69495, France.

Réévaluation de l'intérêt de l'alpha-fœtoprotéine dans le liquide amniotique en diagnostic prénatal

1) Introduction, objectifs

Introduit dans les années 1970, le dosage de l'alpha-foetoprotéine (AFP) dans le liquide amniotique constitue un outil historique du dépistage des anomalies de fermeture du tube neural (DFTN) ouverts. L'objectif de cette étude était de réévaluer son intérêt en médecine fœtale dans un large spectre de pathologies fœtales.

2) Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique incluant 4 570 grossesses singleton ayant bénéficié d'une amniocentèse entre 2004 et 2019, avec issue connue. Les performances diagnostiques ont été analysées et les distributions d'AFP comparées selon les principales anomalies fœtales.

3) Résultats, discussion

Concernant les DFTN (n = 69), l'AFP présente une excellente performance diagnostique, avec une normalité dans 100 % des formes fermées (n = 37). Pour les formes ouvertes (n = 32), l'abaissement du seuil de 2,5 à 2,0 multiples de la médiane des témoins (n=2 429) améliore la sensibilité de 63 % à 84 % (courbe ROC, AUC = 0,965), sans perte de spécificité, tandis que l'acétylcholinestérase reste systématiquement positive (sensibilité 100 %).

En dehors des DFTN, des élévations marquées d'AFP sont principalement associées à des situations de rupture de l'intégrité tissulaire fœtale, telles que les anomalies de la paroi abdominale (n = 57), et les morts fœtales in utero (n = 50), ou dans les atrésies digestives (n = 21). La majorité des anomalies structurales (n = 1 515) et chromosomiques (n = 529) présentent un important chevauchement avec les valeurs normales et une dispersion des résultats, limitant sa spécificité diagnostique. Des valeurs plus basses sont observées dans certaines trisomies 21 sans anomalie échographique associée.

4) Conclusion

Ces résultats montrent l'importance d'une interprétation contextualisée de l'AFP dans le liquide amniotique en diagnostic prénatal. La sensibilité de l'AFP dans la détection des DFTN ouverts, malgré un seuil optimisé à 2.0 MoM est de 84%, et il convient de l'associer avec la recherche d'acétylcholinestérase, toujours anormale. Son élévation n'est pas spécifique des DFTN ouverts, et son intérêt clinique repose sur une utilisation ciblée, intégrée aux données échographiques et génétiques, plutôt que comme outil de dépistage isolé. Une démarche de juste prescription a été engagée en 2024 pour limiter son dosage systématique.



COMMUNICATIONS LIBRES

10H00 - 12H00

Louise LECHARNY,

A. Atallah, J. Berthiller, C. Huissoud, M. Murraciale, M. Pesanti, E. Rault, J. Massardier

Hôpital Femme Mère Enfant, Bron, France

Présentation des résultats de l'étude HICE Spectre : hyperéchogénicité intestinale confirmée par évaluation de spectres de gris

Introduction :

Les intestins hyperéchogènes fœtaux (IHE) constituent un signe échographique associé à des pathologies variées, avec un pronostic hétérogène. Leur diagnostic repose sur une évaluation subjective, influencée par les réglages échographiques et source d'une variabilité inter- et intra-opérateur. Le développement d'une méthode d'évaluation objective, reproductible et utilisable en routine apparaît nécessaire. L'objectif de cette étude est d'évaluer la faisabilité d'une approche standardisée d'évaluation objective de l'échogénicité intestinale fœtale en conditions de pratique courante.

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective monocentrique. Les échographies ont été réalisées avec un appareil pour lequel il a été défini un pré-réglage spécifique « Intestins ». Pour chaque patiente, des mesures quantitatives de niveaux de gris ont été effectuées sur les intestins et l'os avant et après application du pré-réglage. Des ratios intestin/os ont également été calculés. Les analyses statistiques reposaient sur des tests non paramétriques appariés.

Résultats et Discussion :

L'ensemble des acquisitions a été réalisable en pratique courante, avec un temps d'analyse inférieur à 5 minutes par patiente. L'application du pré-réglage « Intestins » a entraîné une diminution significative du niveau de gris des intestins (119,9 vs 55,3 ; $p < 0,001$), sans modification significative de celui de l'os. Aucune influence significative de l'IMC n'a été observée.

Cela met en évidence l'impact majeur des réglages échographiques sur l'échogénicité intestinale et souligne la nécessité d'une standardisation. La méthode proposée permet une mesure objective, simple, rapide et reproductible en conditions réelles, sans recours à un post-traitement. Elle apparaît robuste malgré l'hétérogénéité des opérateurs. Les limites incluent le caractère unicentrique, la dépendance au matériel utilisé et l'absence de cas pathologiques.

Conclusion :

Une évaluation objective et standardisée de l'échogénicité intestinale fœtale est réalisable en pratique courante. Cette approche pourrait améliorer la fiabilité diagnostique des IHE et réduire les faux positifs.



COMMUNICATIONS LIBRES

10H00 - 12H00

Camila ROCHET-CAPELLAN¹,

Roseline Froissart², Sophie Collardeau-Frachon³, Mona Massoud⁴, Magali Pettazzoni⁵

1. Service de diagnostic anténatal, Hôpital Femme Mère Enfant

2. Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques, Centre de Biologie et de Pathologie Est, Hospices Civils de Lyon, Bron

3. Service de Biochimie et Biologie Moléculaire, Centre de Biologie et de Pathologie Est, Hospices Civils de Lyon, Bron

4. Service de gynécologie obstétrique, centre hospitalier Lyon-Sud, Pierre Bénite;

5. Service de gynécologie obstétrique, groupement hospitalier Est, Bron

Maladie de Gaucher périnatale létale : quand y penser ? Étude rétrospective de 15 cas

Introduction

Les maladies lysosomales représentent environ 5 % des anasarques fœtales non immunes. Parmi elles, la maladie de Gaucher périnatale létale (MGPL) constitue une cause exceptionnelle mais particulièrement sévère, liée à des variants pathogènes bi-alléliques du gène GBA1 responsables d'un déficit en glucocérébrosidase. Son spectre phénotypique anténatal est exceptionnel (<1% des cas) et reste insuffisamment caractérisé. Nous rapportons ici une analyse rétrospective exhaustive des cas diagnostiqués dans notre laboratoire à Lyon depuis 20 ans.

Méthodes / Résultats

Quinze fœtus issus de 14 familles, dont 7 consanguines, ont été diagnostiqués entre 2002 et 2025. L'âge gestationnel moyen au diagnostic était de 26,5 SA [22-34]. L'évolution était constamment sévère (8 MFIU et 7 IMG).

L'échographie montrait principalement une anasarque fœtale non immune (12/15), parfois associée à une ascite (4/12), une diminution des mouvements fœtaux (7/15), une arthrogrypose (2/15), une hépatomégalie (5/15) et des anomalies cérébrales (10/14), dominées par une microcéphalie, une hypoplasie cérébelleuse et des anomalies du corps calleux.

L'examen fœtopathologique (12/15) confirmait systématiquement l'anasarque et retrouvait systématiquement une splénomégalie (12/12), associée fréquemment à une hépatomégalie (10/12), une arthrogrypose (11/12), une hypoplasie pulmonaire (8/12), une microcéphalie (7/12) et une hypoplasie cérébelleuse (5/12) et plus rarement une ichtyose (2/12). Une infiltration diffuse par des cellules de Gaucher PAS-positives était observée dans la majorité des cas ; le placenta était œdématisé et hypertrophique.

Dans tous les cas testés, l'activité glucocérébrosidase fœtale était effondrée (11/15) et le lysoglucosylcéramide mesuré dans le liquide amniotique était très augmenté (6/15). Des variants pathogènes bi-alléliques ont été identifiés dans toutes les familles étudiées (12/14). Dans un cas, l'exome prénatal était faussement négatif.

Conclusion

La MGPL est une cause génétique rare d'anasarque fœtale non immune. L'association d'une anasarque sévère à une hépatosplénomégalie, des anomalies cérébrales et une arthrogrypose, doit faire évoquer ce diagnostic. Les analyses biologiques ciblées permettent un diagnostic anténatal rapide essentiel pour la prise en charge immédiate, et pour proposer un diagnostic prénatal pour les grossesses ultérieures, ainsi qu'un conseil génétique familial.



COMMUNICATIONS LIBRES

10H00 - 12H00

Klaus DIETERICH¹,

Alicia Coudert^{*1}, Anthony Maino², Julien Faure², Marjolaine Gauthier¹, Cécile Lachaud³, Anne Ego³, Charles Coutton¹, John Rendu²

1. Univ. Grenoble Alpes, Inserm U1209, IAB, CHU Grenoble Alpes, Grenoble, France

2. Univ. Grenoble Alpes, Inserm U1216, GIN, CHU Grenoble Alpes, Grenoble, France

3. Univ. Grenoble Alpes, Inserm U1406, Centre d'Investigation Clinique Plurithématique, CHU Grenoble Alpes, Grenoble, France

*Auteur Principal

Prenatal assessment of arthrogryposis: ultrasonographic and genetic findings according to etiological subgroups

Background: Arthrogryposis multiplex congenita (AMC) is a clinical sign of congenital joint limitations affecting at least two joint levels. Reduced fetal movement is the common mechanism. More than 500 genes are currently associated with AMC. Prenatal diagnosis is based on ultrasound, which has very limited sensitivity. The current classification identifies three groups: 1) Amyoplasia, 2) distal arthrogryposes, and 3) the third group. While the intellectual prognosis is always normal in the first two groups, and malformations or functional organ abnormalities are rare, the overall prognosis is more variable in the third group. Prenatal counselling therefore remains difficult.

The objective of our study is to evaluate the prenatal detection rate of joint limitations in AMC, compare the frequency of ultrasound findings between groups, and describe the frequency of genetic diagnoses.

Methods: We relied on data from CHUGA's "Pediatric and adult registry for arthrogryposis" (PARART, NCT05673265, n = 260 individuals). Clinical, maternal, prenatal, perinatal, and genetic data were analyzed.

Results: The cohort included 118 individuals with Amyoplasia (45%), 73 with distal arthrogryposes (28%), and 69 from the third group (27%). Genetic testing was performed in 79% of individuals. A molecular diagnosis was established in 48%. The five most frequently identified genes were PIEZO2, MYH3, ECEL1, ZC4H2, and TPM2. Prenatal ultrasound revealed joint position abnormalities in 30%. The distribution of joint abnormalities detected prenatally did not differ significantly between groups. The most common abnormal joint positions were clubfoot (n = 42) and clubhand (n = 32).

Conclusion: Our results highlight the limitations of current approaches to achieve a precise prenatal diagnosis of AMC. No ultrasound sign is specific to any group of AMC. Other approaches, such as MRI and fetal muscle ultrasound, need to be developed to better anticipate perinatal needs, prepare families, and improve overall individual care.



COMMUNICATIONS LIBRES

10H00 - 12H00

Marion ROUZAIRE¹ & Alexia TRIOLAIRE¹

R. Guittard¹, L. Sentilhes², C. Vayssière³, T. Barjat⁴, D. Luton⁵, M. Accoceberry¹, A. Delabaere¹, P. Bouchet¹, L. Roussel¹, C. Houille¹, F. Petillon¹, A. Cabrespine⁶, B. Pereira⁶, D. Gallot¹

1. Service d'Obstétrique, CHU Clermont-Ferrand, INSERM, CIC 1405, CRECHE Unit, Clermont-Ferrand, France F-63000

2. Service d'Obstétrique, CHU Bordeaux, Bordeaux, France

3. Service d'Obstétrique, CHU Toulouse, Toulouse, France

4. Service d'obstétrique, CHU Saint-Etienne, Hôpital nord, Saint-Etienne, France

5. Service d'Obstétrique, AP-HP, Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France

6. Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France F-63000

Déclenchement par Misoprostol oral versus ballonnet combiné à l'ocytocine dans les ruptures des membranes à terme chez les nullipares : essai multicentrique, randomisé RUBAPRO2

CONTEXTE

La stratégie optimale de déclenchement du travail en cas de rupture prématurée des membranes à terme avant travail (RMTAT) avec col défavorable reste incertaine, en particulier chez les femmes nullipares. Aucune méthode de déclenchement n'a démontré de supériorité claire en termes d'efficacité ou de satisfaction maternelle.

OBJECTIFS

Évaluer si un déclenchement par cathéter à ballonnet associé à une administration d'ocytocine précoce permet d'augmenter le taux d'accouchement par voie basse en moins de 24 heures et d'améliorer la satisfaction des patientes, comparativement à une faible dose de misoprostol oral.

MÉTHODE

RUBAPRO 2 est un essai thérapeutique multicentrique, randomisé, contrôlé, en ouvert, à deux bras parallèles, mené chez des femmes nullipares présentant une RMTAT sans travail spontané au-delà de 12 heures et avec un col défavorable (score de Bishop < 6). Après randomisation (1:1, stratifiée par centre), les patientes reçoivent soit un cathéter à ballonnet pendant 12 heures avec introduction d'ocytocine après 6 heures, soit du misoprostol oral (25 µg toutes les 2 heures, maximum huit doses). Le déclenchement est poursuivi par oxytocine si nécessaire.

RÉSULTATS

Compte tenu de l'absence de tendance favorable et d'une faible probabilité de mettre en évidence une différence cliniquement pertinente à l'effectif final, l'étude a été arrêtée de manière anticipée pour futilité à l'issue de la première analyse intermédiaire prévue à 25% des inclusions. L'analyse finale en intention de traiter porte sur 152 patientes et montre des taux comparables d'accouchement par voie basse en moins de 24 heures entre les deux bras, sans différence significative (68.9 % pour le groupe ballonnet vs 62.3 % pour le groupe misoprostol oral). Les scores de satisfaction maternelle évalués par le questionnaire EXIT ne diffèrent pas significativement entre les stratégies. Aucun signal de sécurité maternelle ou néonatale n'a été identifié à ce stade.

CONCLUSION

Le déclenchement par ballonnet associé à une oxytocine précoce ne montre pas de supériorité par rapport au misoprostol oral en situation de rupture des membranes à terme chez la nullipare ni en termes d'efficacité ni pour la satisfaction maternelle, sans signal de sécurité défavorable.



COMMUNICATIONS LIBRES

10H00 - 12H00

Marie ROUSSIN

M. Rouzaire, A. Triolaire, B. Pereira, D. Gallot

CHU Clermont-Ferrand

Revue de la littérature et méta-analyse de l'efficacité de l'aspirine à faible dose dans la prévention de la rupture prématurée des membranes avant terme

Contexte : La rupture prématurée des membranes avant terme est une cause majeure de morbidité et de mortalité périnatales dans le monde. En France, elle complique 2 à 3 % des grossesses et est responsable de 30 % des naissances prématurées spontanées.

Certains essais récents mettent en évidence un effet de l'aspirine à faible dose dans la prévention de la prématurité, ce qui soulève la question de son effet, plus spécifiquement sur la prévention de la rupture prématurée des membranes avant terme.

Objectif : L'objectif principal de notre étude est d'évaluer l'efficacité de l'aspirine à faible dose pour réduire la prévalence de la rupture prématurée des membranes avant terme.

Méthode : Une recherche systématique a été effectuée dans PubMed, la Cochrane Library et Web of Sciences. Le critère d'évaluation principal est la survenue d'une rupture prématurée des membranes avant terme.

Résultats : Six études ont été incluses, regroupant un total de 6720 patientes. Il y a eu une survenue de 273 ruptures, soit une prévalence d'environ 4%.

Les articles inclus semblent mettre en évidence un effet protecteur de l'aspirine dans la survenue de RPM, avec une diminution de 21%, avec un risque ratio à 0.79 [IC 95% : 0.63-1.00], avec un p value à 0.054, en statistique classique. Le risque ratio est à 0.78 [IC95% : 0,57 ; 1,05] en analyse bayésienne. Les résultats ne sont pas significatifs.

Conclusion : Cette méta analyse semble mettre en avant un potentiel effet protecteur de l'aspirine, bien que les résultats ne soient pas significatifs. Le nombre d'études incluses reste faible et il existe peu d'essais justifiant de poursuivre les investigations à ce sujet.



COMMUNICATIONS LIBRES

10H00 - 12H00

Laurianne LÉGER¹,

Fabrice Cneude¹, Marie Chevallier¹, Johanna Parra²

1. CHU Grenoble

2. CHMS

Evaluation de l'impact de la mise en place d'une checklist sur la température d'admission en réanimation néonatale des nouveau-nés prématurés de moins de 32 semaines d'aménorrhée

Contexte: Il persiste un taux conséquent d'hypothermie à l'admission en réanimation néonatale chez les nouveau-nés prématurés malgré les connaissances scientifiques sur la nécessité de maintenir l'homéothermie pour diminuer la morbi-mortalité.

Plusieurs études ont montré une augmentation du taux de normothermie chez le nouveau-né prématuré ou de faible poids de naissance après une standardisation des pratiques à l'aide d'un protocole.

Objectifs: L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'efficacité de la mise en place d'une check-list sur la température d'admission en réanimation néonatale des nouveaux nés prématurés de moins de 32 SA.

Méthodes: Une analyse avant-après de données a été réalisée chez des nouveau-nés entre 23 et 32 semaines d'aménorrhée (SA) admis dans les services de réanimation néonatale du CHU de Grenoble (CHUGA) et du CH Métropole Savoie (CHMS). Les données rétrospectives et prospectives portaient respectivement sur les pratiques courantes avant et après mise en place de la check-list.

Résultats: Dans cette étude 97 nouveaux-nés de moins de 32 SA ont été inclus dans le groupe avant mise en place de la check-list et 46 dans le groupe après. La température médiane d'admission était de 36,9°C [36,5; 37,2] dans les deux groupes ($p > 0,05$) et le taux de normothermie de 69,5% [IC95% 60,2-78,8] dans le groupe avant et 63,6% [(IC95 % : 49,4-77,8] après ($p > 0,05$). Il n'a pas été montré de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Conclusion: La mise en place d'une checklist de thermorégulation dans deux unités de niveau III n'a pas permis d'améliorer le taux de normothermie à l'admission. Ce résultat s'explique premièrement par le non-respect de la température recommandée dans la salle de naissance, deuxièmement par l'impact du clampage retardé et troisièmement par une adhésion globale suffisante à la check-list mais une observance incomplète associée à une augmentation du risque d'hypothermie à l'échelle individuelle. Des actions ciblées de formation, des ajustements logistiques et l'optimisation des procédures pourraient améliorer la thermorégulation chez les nouveau-nés prématurés.



COMMUNICATIONS LIBRES

10H00 - 12H00

Oriane GAITON,

Caroline Bertrand

CHU Grenoble

Une expérience accrue et précoce/avant terme aux visages masqués des nourrissons prématurés altère-t-elle leur traitement des visages ?

Introduction. Reconnaître les visages est crucial pour le développement social. Dès la naissance, les nouveau-nés à terme disposent d'un système de détection visuelle des visages efficace, sensible à la configuration spatiale « yeux en haut, bouche en bas » qui leur permet de s'orienter préférentiellement, quelques minutes après la naissance, vers un visage plutôt qu'un « non visage » (e.g., visage présenté la tête en bas). Cette préférence n'est pas présente chez les nouveau-nés prématurés testés quelques heures après la naissance. Notre objectif est de tester si cette préférence est retrouvée chez les nourrissons prématurés à terme, ayant une expérience visuelle plus importante que les nouveau-nés prématurés, mais atypique par rapport aux à terme, car davantage exposés à des visages masqués (port du masque en néonatalogie).

Méthodes. L'inclusion et les tests (40 prématurés nés avant 34 SA, arrivés à terme) ont été réalisés en maternité de CHU de type 3 entre 01/23 et 07/25 (avis favorables du CPP les 29/10/2021 et 26/12/2022). A chaque essai, deux visages féminin caucasien étaient présentés côte à côte sur un écran, à 40 cm devant chaque nouveau-né, lui-même assis sur les genoux d'un parent. L'étude comprenait 2 conditions : Condition 1 (N = 14) : 2 visages à l'endroit, l'un masqué avec un masque chirurgical l'autre non; Condition 2 (N = 16) : 2 visages masqués, l'un à l'endroit, l'autre à l'envers. Les temps de regard des nourrissons ont été enregistrés par une caméra placée au-dessus de l'écran. Après codage manuel en aveugle de ces enregistrements, la proportion du temps de regard total (PTLT) passé à regarder chaque visage a été calculée.

Résultats. Aucune préférence significative n'a été retrouvée en condition 1 ($p > .20$), comme chez les nouveau-nés à terme. Cependant, en condition 2, les nourrissons prématurés arrivant à terme ne montrent toujours pas de préférence pour les visages masqués à l'endroit ($p > .30$), contrairement aux nouveau-nés à terme.

Conclusion. Si nos résultats se confirment (objectif : N = 25 dans chaque condition), notre étude suggère qu'à la différence des nouveau-nés à terme, le port du masque pourrait interférer, du moins de manière transitoire, avec le développement précoce du système de traitement des visages des prématurés.

25/26
JUN 2026
AIX-LES-BAINS

Périnat AURA

3^{ÈME} CONGRÈS RÉGIONAL
DE MÉDECINE PÉRinataLE

AUVERGNE RHÔNE-ALPES



POSTERS



LISTE DES POSTERS

| Nom | Prénom | Titre |
|------------|---------|---|
| ROUZAIRE | Marion | Biomarqueurs sériques précoces pour la prédiction de RPM avant terme : revue systématique et méta-analyse. |
| ROUZAIRE | Marion | Distribution géographique et temporelle de la rupture prématurée des membranes (RPM) avant terme en France métropolitaine, 2015-2023 |
| STROPPIANA | Rebecca | Entretien prénatal précoce et entretien post natal précoce : Résultat de l'enquête auprès des sages-femmes en région Auvergne Rhône Alpes |



POSTER

Marion ROUZAIRE¹,

Alexia Triolaire¹, Bruno Pereira², Marie De Antonio², Damien Bouvier^{3,4}, Vincent Sapin^{3,4}, Loïc Blanchon⁴, Fanny Petillon¹, Denis Gallot^{1,4}

1. Department of Obstetrics and Gynaecology, Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand, 63000 Clermont-Ferrand, France

2. Biostatistics Unit, DRCl, Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand, 63000 Clermont-Ferrand, France

3. Department of Biochemistry and Molecular Genetic, Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand, 63000 Clermont-Ferrand, France

4. iGRed, CNRS, INSERM, Université Clermont Auvergne, Clermont-Ferrand, France

Biomarqueurs sériques précoces pour la prédiction de RPM avant terme : revue systématique et méta-analyse.

1) Introduction et objectifs

L'identification de biomarqueurs précoces et robustes constitue un enjeu majeur pour identifier les patientes à risque et optimiser les stratégies de prévention de la rupture prématurée des membranes (RPM) avant terme. L'objectif de cette revue est de décrire et évaluer les biomarqueurs sériques du premier trimestre dans la prédiction du risque de RPM avant terme.

2) Matériel et méthodes

Cette revue systématique a été réalisée selon les recommandations PRISMA. Les articles ont été extraits des bases de données Medline, Embase et Web of Science à l'aide des mots-clés « premier trimestre » et « rupture prématurée des membranes ». Le risque de biais des études incluses a été évalué par l'outil d'évaluation du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN).

3) Résultats et discussion

Au total, 28 études incluant 7 928 cas de RPM avant-terme ont été analysées. Treize biomarqueurs ont montré une association significative avec la RPM avant-terme. Cependant, aucun biomarqueur pris isolément n'a permis une prédiction fiable. Une méta-analyse a pu être réalisée pour les biomarqueurs étudiés dans au moins deux études avec des données disponibles: PAPP-A, AGE, CX3CL1 et les plaquettes. PAPP-A était le biomarqueur le plus étudié (330 cas), avec l'effet le plus important (-0,84 [-1,33 ; -0,35]). CX3CL1 présentait la meilleure sensibilité, avec un effet faible à modéré (0,34 [0,16-0,52]). Le volume plaquettaire (378 cas) présentait un effet modéré (-0,62 [-0,97 ; -0,26]). Ces résultats suggèrent que, malgré des associations significatives, les performances prédictives restent peu étudiées et limitées en approche univariée, soulignant l'intérêt potentiel de combinaisons de biomarqueurs.

4) Conclusion

Cette revue met en évidence le besoin d'études robustes pour identifier des biomarqueurs précoces fiables de la RPM avant terme. Des approches combinées, intégrant plusieurs biomarqueurs, pourraient améliorer les performances prédictives et favoriser le développement de stratégies préventives efficaces.



POSTER

Marion ROUZAIRE¹,

Laetitia Bénézet^{2*}, Angélique Souchal², Alexia Triolaire¹, Vincent Sapin^{3,4}, Loïc Blanchon⁴, Damien Bouvier^{3,4}, Aurélien Mulliez², Denis Gallot^{1,4}

1. Service d'Obstétrique, CHU Clermont-Ferrand, INSERM, CIC 1405, CRECHE Unit, Clermont-Ferrand, France F-63000

2. Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation, CHU Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France F-63000

3. Service de biochimie et génétique moléculaire, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France F-63000

4. Université Clermont Auvergne, CNRS UMR 6293, INSERM U1103, iGReD, Clermont-Ferrand, France F-63000

Distribution géographique et temporelle de la rupture prématurée des membranes (RPM) avant terme en France métropolitaine, 2015-2023

1) Introduction et objectifs

Cette étude vise à décrire la distribution géographique et les tendances temporelles de la rupture prématurée des membranes (RPM) avant terme en France métropolitaine. Elle constitue la première étude populationnelle sur le sujet, permettant d'identifier d'éventuelles inégalités départementales et d'orienter des recherches sur les facteurs environnementaux associés.

2) Matériel et méthodes

Une étude populationnelle a été menée à partir des données administratives du Système National des Données de Santé (SNDS) entre 2015 et 2023. Les épisodes de RPM avant terme ont été définis comme la première hospitalisation avec diagnostic de rupture prématurée des membranes avant 37 semaines, totalisant 150 615 cas (moyenne annuelle : 16 735 cas \pm 596). La tendance annuelle a été estimée par un modèle binomial négatif mixte. L'hétérogénéité spatiale a été testée via la statistique de Potthoff-Whittinghill et l'autocorrélation spatiale via Monte Carlo avec l'indice de Moran global. Les ratios standardisés d'incidence lissés ont été obtenus avec un modèle BYM2 prenant en compte la variabilité spatiale entre départements.

3) Résultats et discussion

Sur la période, 97,1 % des femmes ont présenté un seul épisode de RPM avant terme, 2,7 % deux épisodes et 0,1 % trois ou plus. L'âge maternel moyen était de 30,5 ans, et l'âge gestationnel moyen au diagnostic de 32+1 SA. L'incidence cumulée de RPM avant terme a montré une augmentation de +2,4 % (IC95 % : 1,7-3,0). La cartographie des ratios standardisés d'incidence lissés a révélé d'importantes inégalités géographiques. Ces résultats suggèrent que certains départements présentent un risque plus élevé, potentiellement lié à des facteurs environnementaux ou locaux.

4) Conclusion

Cette première étude populationnelle sur la RPM avant terme en France métropolitaine met en évidence une augmentation temporelle et des disparités géographiques significatives. Elle ouvre la voie à des recherches ciblées pour explorer les déterminants locaux et environnementaux.



POSTER

Rebecca STROPPIANA¹

M. Marquand², A Grail³, C Grangié-Vachet⁴, M Jeannin⁵ et A Debost¹

1. Réseau de santé en périnatalité d'Auvergne (RSPA), 63003 Clermont-Ferrand

2. Réseau périnatal des 2 savoie (RP2S), 73011 Chambéry

3. Réseau de santé en périnatalité Loire Nord Ardèche (ELENA), 42055 Saint-Etienne

4. Réseau Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique Régional (AURORE), 69317 Lyon

5. Réseau périnatal Alpes Isère (RPAI), 38043 Grenoble

Entretien prénatal précoce et entretien post natal précoce : Résultat de l'enquête auprès des sages-femmes en région Auvergne Rhône Alpes

1) Introduction, objectifs

Contexte : L'entretien prénatal précoce (EPP) depuis 2020 et l'entretien postnatal précoce (EPNP) depuis 2023 sont obligatoirement proposés à toutes les femmes enceintes ou ayant accouché au cours de leur parcours périnatal. Actuellement, les taux d'EPP et d'EPNP n'atteignent pas encore les objectifs nationaux. Objectifs : Identifier les leviers et freins auprès des sages-femmes concernant la réalisation de l'EPP et de l'EPNP.

2) Matériel et méthodes

Toutes les sages-femmes en exercice sur la région Auvergne Rhône Alpes (AuRA). Un questionnaire en ligne a été envoyé par mail individuellement. Les sages-femmes participaient de manière volontaire. Le questionnaire était accessible du 06/02/2025 au 31/03/2025.

3) Résultats, discussion

Au total, 747 sages-femmes ont répondu au questionnaire, 636 questionnaires ont été inclus dans l'analyse (18% Sages-femmes d'AuRA).

Concernant l'EPP, 87% donnaient l'information et 83.3% le réalisaient.

Concernant l'EPNP, 71.1% donnaient l'information et 70.8% le réalisaient.

Parmi les répondants réalisant ces entretiens les principaux leviers reposaient sur le sentiment de capacité et d'intérêt pour ces entretiens.

Au contraire parmi les professionnels ne les réalisant pas, les outils leurs semblaient essentiels car le sentiment d'incapacité était un frein.

De plus, on constate que le compte rendu est réalisé en moyenne dans 70% des cas mais majoritairement non transmis.

Pour l'EPNP seulement, la prise en charge financière semblait être un frein également.

4) Conclusion.

Pour l'EPP, l'information est bien donnée en majorité sans support. Les perceptions des leviers sont différentes en fonction de la pratique de la réalisation de l'EPP mais le sentiment de capacité à mener l'entretien est un élément essentiel dans les deux groupes. Le compte rendu reste insuffisamment réalisé et transmis.

Pour l'EPNP, l'information est bien donnée mais il est moins réalisé que l'EPP. Les perceptions des leviers sont différentes en fonction de la pratique de la réalisation de l'EPNP mais le sentiment de capacité à mener l'entretien et la prise en charge financière sont des éléments essentiels dans les deux groupes. Le compte rendu reste insuffisamment réalisé et transmis.

Périnat AURA

Dîner du Congrès
JEUDI 25 JUIN • 20h



6 Av. Daniel Rops
73 100 Aix-les-Bains

Périnat AURA



ORGANISATION GÉNÉRALE
Agence AToutCom Event
04 42 54 42 60
perinataura@atoutcom.com
www.atoutcom.com