Le Réseau Périnat Centre-Val de Loire accueille

RÉSEAU PÉRINAT
Centre-Val de Loire

LES 55ÈMES JOURNÉES NATIONALES

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE PÉRINATALE

14 • 16 OCTOBRE 2026

LIVRET DES RÉSUMÉS

sfmp
Société Française de Médecine Périnatale

ORGANISATION GÉNÉRALE
Agence AToutCom Event
sfmp@atoutcom.com
www.atoutcom.com

ATOUTCOM
soins effervescents pour événements

SOMMAIRE

SYNOPSIS 3

PROGRAMME DES JOURNÉES ..... 4 - 25
• MERCREDI 14 OCTOBRE ..... 5 - 10
• JEUDI 15 OCTOBRE ..... 11 - 20
• VENDREDI 16 OCTOBRE ..... 21 - 25

MA SFMP EN 180 SECONDES ..... 26 - 33

COMMUNICATIONS LIBRES - JEUDI 15 OCTOBRE ..... 34 - 64
• ACCOUCHEMENT 1 ..... 35 - 44
• GROSSESSE 1 ..... 45 - 54
• NÉONATALOGIE 1 ..... 55 - 64

COMMUNICATIONS LIBRES - VENDREDI 16 OCTOBRE ..... 65 - 95
• ACCOUCHEMENT 2 ..... 66 - 75
• GROSSESSE 2 ..... 76 - 85
• NÉONATALOGIE 2 ..... 86 - 95

SESSION POSTERS COMMENTÉS 1 ..... 96 - 113
• LISTE DES POSTERS 97
• RÉSUMÉS DES POSTERS ..... 98 - 113

SESSION POSTERS COMMENTÉS 2 ..... 114 - 129
• LISTE DES POSTERS 115
• RÉSUMÉS DES POSTERS ..... 116 - 129

SESSION POSTERS NON COMMENTÉS ..... 130 - 166
• LISTE DES POSTERS ..... 131 - 132
• RÉSUMÉS DES POSTERS ..... 133 - 166

INTERVENANTS ..... 167 - 169

CONSEIL SCIENTIFIQUE 170

BUREAU 171

NOS PARTENAIRES 172

SYNOPSIS DES JOURNÉES

MERCREDI 14 OCTOBRE

NOMS DES SALLES	SALLE PLÉNIÈRE	SALLE 1	SALLE 2	SALLE 3	SALLE 4	SALLE 5
09h30 Accueil des participants Matin 10h30 - 12h00		ATELIER 1 Atelier interactif : Analyse du RCF de la théorie à la mise en pratique	ATELIER 2 Repérage des signes d'alerte chez l'enfant vulnérable	ATELIER 3 Dépistage biologique des maladies génétiques	FORMATION CERTIFIANTE ODON ASSIST™	10h30 - 11h30 Réunion du Bureau de la SFMP
12h00 - 13h00	Déjeuner libre					11h30 - 14h30 CA de la SFMP
13h00 - 14h30		ATELIER 4 Petits changements, grands effets : guider les couples face aux perturbateurs endocriniens	ATELIER 5 Prise en charge du nouveau-né en salle de naissance : les nouvelles recommandations		FORMATION CERTIFIANTE ODON ASSIST™	
Après-Midi 17h00 - 17h30 Pause 19h00 Foulée SFMP	14h45 - 15h00 Bienvenue à Tours !					
	15h00 - 17h00 Table Ronde 1 De L'AMP à la Périnatalité	15h00 - 17h00 Session FFRSP				
	17h30 - 18h10 Conférence d'actualité Face aux enjeux techniques et éthiques, la naissance peut-elle rester indisponible?					
	18h10 - 18h35 Ma SFMP en 180 secondes					

JEUDI 15 OCTOBRE - MATIN

NOMS DES SALLES	SALLE PLÉNIÈRE	SALLE 1	SALLE 2	ESPACE POSTERS
08h00 Accueil des participants Matin 10h30 - 11h00 Pause	08h30 - 10h30 Table Ronde 2 Soins périnatals à la maison : Quelles avancées ?	08h30 - 10h30 Session GEGA		
	11h00 - 11h40 Question d'actualité Bientraitance en périnatalité : Présentation du rapport			
	11h40 - 12h40 Controverse Faut-il tocolyser en cas de menace d'accouchement prématuré ?			
12h40 - 14h30 Déjeuner	13h00 - 14h00 Symposium Sanofi	12h40 - 13h15 AG SFMP		12h40 - 14h10 JURY POSTERS 1
Après-Midi 16h30 - 17h00 Pause 20h30 Soirée du Congrès	14h30 - 16h30 Communications libres Accouchement 1	14h30 - 16h30 Communications libres Grossesse 1	14h30 - 16h30 Communications libres Néonatalogie 1	
	17h00 - 17h30 Symposium Pfizer			16h30 - 17h45 JURY POSTERS 2
	17h30 - 18h15 Bourses & Prix d'Honneur SFMP	17h30 - 19h00 Session SFPP	17h30 - 19h00 Session OREPE	
	18h15 - 19h00 Résultats Marquants et projets d'Études Françaises			

VENDREDI 16 OCTOBRE

NOMS DES SALLES	SALLE PLÉNIÈRE	SALLE 1	SALLE 2	ESPACE POSTERS
08h15 Accueil des participants Matin 10h30 - 11h00 Pause	08h30 - 10h30 Communications libres Accouchement 2	08h30 - 10h30 Communications libres Grossesse 2	08h30 - 10h30 Communications libres Néonatalogie 2	08h30 - 13h15 SESSION POSTERS NON COMMENTÉS
	11h00 - 13h00 Table Ronde 3 Infections bactériennes autour de l'accouchement, hors contexte de prématurité			
	13h00 - 13h15 Remise des prix Communications libres & Posters			

PROGRAMME DES JOURNÉES

MERCREDI 14 OCTOBRE

10h30 - 18h35

MERCREDI 14 OCTOBRE

ATELIERS DE LA SFMP

09h30 Accueil des participants

10h30 - 12h00 PREMIÈRE SESSION D'ATELIERS

ATELIER 1

Atelier interactif :
Analyse du RCF de la théorie à la mise en pratique

Laura Boivin, Gynécologue Obstétricienne - Tours,
Caroline Brisson, Gynécologue Obstétricienne - Tours

Après un bref rappel des bases physiologiques de l'interprétation du RCF, nous vous proposons leur mise en application avec des quizz interactifs et des mises en situations cliniques.

ATELIER 2

Repérage des signes d'alerte chez l'enfant vulnérable :
Déploiement d'un outil régional à destination des professionnels

Marie Girault, Infirmière Réseau suivi des enfants vulnérables - Région Centre Val de Loire
Martine Girard, Psychomotricienne - Unité de néonatologie - Tours
& Catherine Ambroise, Psychomotricienne au CAMSP - Blois

Réalisé par des professionnels de santé de la région Centre, le livret de signes d'alerte a pour but d'aider à repérer les difficultés neuro-développementales au cours des deux premières années de vie et à orienter vers les professionnels les plus adaptés

ATELIER 3

Dépistage biologique des maladies génétiques

Georges Haddad, Échographiste, généticien - Blois, Tours
Lara Kerbellec, Généticienne - Blois, Tours

Cet atelier a pour objectif de former et sensibiliser les professionnels aux avancées de la génétique médicale. À travers une approche interactive et des cas cliniques, l'atelier abordera quatre axes majeurs :
- ***le dépistage prénatal en cas d'antécédent familial de pathologie génétique, en détaillant les indications diagnostic prénatal, du diagnostic pré-implantatoire et du dépistage prénatal non invasif d'exclusion.***
- ***le dépistage en présence de signes d'appel échographiques, avec un focus sur l'évolution des méthodes d'analyse et les apports du séquençage de l'exome en période prénatale.***
- ***les évolutions du dépistage néonatal, avec l'élargissement du dépistage néonatal généralisé et les perspectives liées au séquençage du génome.***
- ***les indications à un diagnostic génétique chez l'enfant, quels sont les principaux signes d'alerte, quel intérêt à la consultation et au diagnostic génétique.***

12h00 - 13h00 Déjeuner libre

MERCREDI 14 OCTOBRE

ATELIERS DE LA SFMP

13h00 - 14h30 SECONDE SESSION D'ATELIERS

ATELIER 4

Petits changements, grands effets : guider les couples face aux perturbateurs endocriniens

Cindy Saulnier, Sage-Femme enseignante - Tours
& Caroline Gaudier, Sage-Femme - Tours

Cet atelier, qui se veut ludique et dynamique, a pour objectif de vous sensibiliser à l'impact des perturbateurs endocriniens sur les 1000 premiers jours. Il vous donnera ainsi les clés pour transmettre une information cohérente aux couples, ayant un projet de grossesse, quant aux produits à utiliser et aux attitudes à adopter quotidiennement.

ATELIER 5

Prise en charge du nouveau-né en salle de naissance : les nouvelles recommandations

Sophie Thionois, Pédiatre - Tours & Ayoub Mitha, Pédiatre - Tours

Cet atelier a pour objectif de mettre à jour les connaissances et les pratiques concernant la prise en charge immédiate du nouveau-né en salle de naissance, en s'appuyant sur les dernières recommandations nationales et internationales.

FORMATION CERTIFIANTE ODON ASSIT™
(Salle 4)

10h30 - 12h00 & 13h00 - 14h30
Nouveau dispositif d'accouchement instrumental par voie basse
Formateurs : Adrien Gaudineau, Gynécologue Obstétricien - Monaco, Alain Treisser, Gynécologue Obstétricien - Monaco, & Mario Merialdi, Gynécologue Obstétricien - Suisse

Formation réservée aux obstétriciens exerçant en France

12h00 - 13h00 Déjeuner libre

BUREAU & CA
(en salle parallèle)

10h30 - 11h30 Réunion du Bureau de la SFMP

11h30 - 14h30 Conseil d'Administration de la SFMP

MERCREDI 14 OCTOBRE

SESSION PLÉNIÈRE

14h45 - 15h00 Bienvenue à Tours !

15h00 - 17h00 **TABLE RONDE 1 - DE L'AMP À LA PÉRINATALITÉ**

Modération : Antoun Souhaid, Gynécologue Obstétricien, Président du Réseau Périnat Centre Val de Loire - Chartres
& Lisa Rouet, Psychologue, Coordinatrice Réseau Périnat Centre Val de Loire en charge de la commission médico psycho sociale - Tours

TABLE RONDE 1

- L' AMP : 5 ans après la révision de la loi de bioéthique, Où en est-on ? Quelles difficultés ? Quelles perspectives?
  Joëlle Belaisch-Allart, Gynécologue Obstétricienne - Saint-Cloud
- Existe-t-il des risques spécifiques obstétricaux en fonction du type d' AMP ?
  Franck Perrotin, Gynécologue Obstétricien - Tours
- Passage de l'AMP à la périnatalité : Vécu des patientes
  Virginie Rio, Co-fondatrice de l'association Collectif BAMP
- Vécu de la grossesse, de l'accouchement et de l'arrivée de bébé après PMA : existe-t-il une approche différente ?
  Marie Arnal, Psychiatre - Colombes
- Enfants issus de l'AMP : Existe-t-il des risques spécifiques pour la santé future ?
  Delphine Mitanchez, Néonatologue - Tours

17h00 - 17h30 Pause et échanges avec les partenaires

MERCREDI 14 OCTOBRE

SESSION PLÉNIÈRE

17h30 - 18h10 CONFÉRENCE D'ACTUALITÉ

Modération : Julie Blanc, Gynécologue Obstétricienne - Marseille
& Delphine Mitanchez, Néonatologue - Tours

Face aux enjeux techniques et éthiques, la naissance peut-elle rester « indisponible » ?

Frédéric Spinhirny, Directeur des affaires médicales & Philosophe - Tours
Auteur de « Naître et s'engager au monde. Pour une philosophie de la naissance » (2020, Payot) et de « Vous voulez sauver la planète? Faites des gosses ! » (2023, Le Pommier)

Notre monde moderne tend inlassablement à rendre toute chose disponible, c'est-à-dire accessible immédiatement, planifiable, contrôlable. Ce désir de maîtrise porte en lui un sentiment ambivalent : il répond à un besoin d'assurance, de prévisibilité dans une époque vécue comme incertaine, spontanée, mouvante. Cependant, nous ressentons aussi que le monde est mis à distance, qu'il ne nous parle plus, qu'il est muet, que les choses ne font plus sens à force de les rendre disponibles, autrement dit « à notre disposition ». Dans ce contexte, la naissance est un symbole puissant : la technique et notre volonté de maîtrise la rend de plus en plus accessible, mais son évènement même contient toujours une importante part de mystère et d'aléas. Ce qui nous échappe fait encore figure d'énigme. Mais jusqu'à quand la naissance peut-elle demeurer indisponible ?

18h10 - 18h35 Ma SFMP en 180 secondes

Modération : Marie-Pierre Bonnet, Anesthésiste Réanimateur - Paris

- **Implication des compétences non techniques et des biais cognitifs dans les soins maternels inadéquats en maternité: développement d'un outil d'analyse rétrospective à partir des morts maternelles**
  Elie Mosnino, Paris
- **Impact de l'arrêt de l'ocytocine en début de phase active du travail sur le rythme cardiaque foetal et la contractilité utérine**
  Lise Lafforgue, Lille
- **Quotidien de l'enfant et environnement familial après encéphalopathie anoxo-ischémique néonatale : comparaison des cohortes LyTONEPAL et ELFE à 1-1.5 an et 3-3.5 ans**
  Alice de Martin, Paris
- **Effet de la péridurale sur le système nerveux autonome fœtal. Étude expérimentale chez le fœtus de brebis**
  Louis Edouard Galan, Lille
- **Dengue pendant la grossesse en Guyane Française : Influence du terme de survenue et de la sévérité maternelle sur les issues périnatales**
  Romane Cousin, Paris
- **Accompagnement de la grossesse et de la naissance en filière physiologique par rapport à la filière conventionnelle : effet sur santé mentale des femmes jusqu'à six semaines du post-partum**
  Marion Monperrus, Rennes

18h35 Fin de la 1ère Journée

19h00 La « Foulée SFMP » - Course ou marche à pied sur une distance de 5 kms, départ de l'hôtel Hilton

MERCREDI 14 OCTOBRE

SESSION PARALLÈLE

15h00 - 17h00 SESSION FFRSP
Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité
Modération : Tiphaine Barjat, Gynécologue Obstétricienne - Saint-Étienne
& Anne Debost, Médecin Santé Publique - Clermont-Ferrand

La néonatologie au cœur de la périnatalité :
cartographie des services de néonatologie en France.
Quels moyens pour prendre en charge les nouveau-nés?

- Charge en soins et adéquation aux besoins en personnels médical et paramédical :
  - État des lieux et perspectives dans les unités de type 3
    Elsa Kermorvant, Pédiatre - Paris
  - État des lieux et perspectives dans les unités de type 2
    Fanny Autret, Pédiatre - Paris & Isabelle Jordan, Pédiatre - Lyon
- Offre de soins en transport néonatal en France
  Gilles Cambonie, Pédiatre - Montpellier

17h00 - 17h30 Pause et échanges avec les partenaires

17h30 - 18h35 Session plénière

18h35 Fin de la 1ère Journée

19h00 La « Foulée SFMP »
Course ou marche à pied sur une distance de 5 kms

JEUDI
15 OCTOBRE

08h30 - 19h00

JEUDI 15 OCTOBRE

SESSION PLÉNIÈRE

08h00 Accueil des participants

08h30 - 10h30 TABLE RONDE 2
SOINS PÉRINATALS À LA MAISON : QUELLES AVANCÉES ?
Modération : Rozenn Collin, Sage-Femme - Nantes,
Kristen Joseph-Delaffon, Néonatologue - Tours
& Camille Le Ray, Gynécologue Obstétricienne - Paris

TABLE RONDE 2

- **Indications et organisation de l'HAD en anténatal**
  Charles Garabedian, Gynécologue Obstétricien - Lille
- **Indications et organisation de l'HAD en néonatalogie**
  Nathalie Montjaux, Néonatologue - Toulouse
- **Sorties ultra précoces en maternité :**
  Points de vue croisés obstétrico-pédiatrique - Expérience Nice-Birth
  Sandrine Marioli, Pédiatre - Nice & Cécile Albouy, Sage-Femme - Nice
- **Déclenchement en ambulatoire au Québec :**
  Quels enseignements pour la France ?
  Sandrine Wavrant, Gynécologue Obstétricienne - Montréal, Canada
- **Vécu des femmes et des couples**
  Anne Évrard, Représentante CIANE - Lyon

10h30 - 11h00 Pause et échanges avec les partenaires

11h00 - 11h40 QUESTION D'ACTUALITÉ
Modération : Géraldine Gascoin, Pédiatre - Toulouse
& Romain Dugravier, Pédopsychiatre - Paris

Bien-traitance en périnatalité : Présentation du rapport
Olivier Morel, Gynécologue Obstétricien - Nancy

11h40 - 12h40 CONTROVERSE : FAUT-IL TOCOLYSER EN CAS DE MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ?
Modération : Silvia Iacobelli, Pédiatre - La Réunion
& Charles Garabedian, Gynécologue Obstétricien - Lille

CONTROVERSE

- POUR
  Hugo Madar, Gynécologue Obstétricien - Bordeaux
- CONTRE
  Lola Loussert, Gynécologue Obstétricienne - Toulouse

JEUDI 15 OCTOBRE

SESSION PLÉNIÈRE

12h40 - 14h10 **SESSION POSTERS COMMENTÉS 1 : Espace Posters**
Modération : Franck Perrotin, Gynécologue Obstétricien - Tours,
Jérôme Potin, Gynécologue - Obstétricien Tours
& Anne Rousseau, Sage-Femme - Paris

12h40 - 14h30 **Déjeuner libre**
OU
13h00 - 14h00 **Symposium SANOFI**
Vaccination & immunisation du nourrisson : actualités et perspectives

- Vaccination maternelle contre la coqueluche, la grippe, la COVID-19 et le VRS : rappel des recommandations
  Olivia Anselem, Gynécologue Obstétricienne, Paris
- Prévention contre la bronchiolite à VRS : Bilan de 3 saisons et actualités
  Cyril Flamant, Pédiatre, Néonatologue - Nantes
- Questions - Réponses

JEUDI 15 OCTOBRE

SESSION PLÉNIÈRE

14h30 - 16h30 COMMUNICATIONS LIBRES - ACCOUCHEMENT 1

Modération : Léa Bédouet, Gynécologue Obstétricienne, Coordinatrice Réseau Périnat Centre Val de Loire - Blois
& Mathias Rossignol, Anesthésiste Réanimateur - Paris

- **Implication des compétences non techniques et des biais cognitifs dans les soins maternels inadéquats en maternité: développement d'un outil d'analyse rétrospective à partir des morts maternelles**
  Elie Mosnino, Paris
- **Mortalité maternelle peripartum évitable selon les caractéristiques organisationnelles de la maternité d'accouchement : une étude nationale**
  Catherine Deneux, Paris
- **Érythropoïétine préopératoire et besoins transfusionnels dans le placenta accreta spectrum : une étude avant-après**
  Mathilde Rabiller, Chatou
- **Disparités des taux de césarienne entre les femmes natives et les femmes migrantes d'Afrique subsaharienne selon la classification de Robson en France, évolution entre 2010 et 2021**
  Felicia Joinau-Zoulovits, Paris
- **Incidence et facteurs de risque de survenue d'une douleur modérée à intense en cas de césarienne réalisée avant travail : une étude en population française à partir des données de l'Enquête Nationale Périnatale 2021**
  Mégane Raineau, Paris
- **Facteurs associes a la perte de contrôle et l'insatisfaction des femmes lors d'un accouchement instrumental**
  Kim Courtin Filippi, Vincennes
- **Évolution des pratiques obstétricales chez les femmes ayant un antécédent de césarienne : données populationnelles issues des Enquêtes Nationales Périnatales (ENP) en France entre 1998 et 2021**
  Ninon Dupuis, Paris
- **Effet de la péridurale sur le système nerveux autonome fœtal. Étude expérimentale chez le fœtus de brebis**
  Valeria de Stefano, Lille

16h30 - 17h00 Pause et échanges avec les partenaires

JEUDI 15 OCTOBRE

SESSION PLÉNIÈRE

16h30 - 17h45 **SESSION POSTERS COMMENTÉS 2 : Espace Posters**
Modération : Carine Da Silva, Cadre Sage-Femme - Tours,
Anne Égo, Médecin de Santé Publique - Grenoble
& Marie-Carole Baude, Sage-Femme Cadre Coordonnatrice DSRP - Centre-Val de Loire

17h00 - 17h30 **Symposium PFIZER**
Actualités dans la prévention des infections à VRS chez le nouveau-né
Olivia Anselem, Gynécologue Obstétricienne, Paris

17h30 - 18h15 **BOURSES & PRIX D'HONNEUR**

18h15 - 19h00 **RÉSULTATS MARQUANTS ET PROJETS D'ÉTUDES FRANÇAISES**
Modération : Emmanuelle Motte-Signoret, Néonatologiste - Poissy
& Anne Rousseau, Sage-Femme - Paris

- **Présentation de l'ENP 2027 -** *Camille Le Ray, Gynécologue Obstétricienne - Paris*
- **Présentation du projet FILOMENE -** *Romain Basmaci, Pédiatre - Paris*
- **TREOCAPA -** *Jean-Christophe Rozé, Pédiatre - Nantes*
- **RUBAPRO2 -** *Denis Gallot, Gynécologue Obstétricien - Clermont-Ferrand*
- **PROLISA -** *Marie Chevallier, Pédiatre - Grenoble*

19h00 **Fin de la 2ème Journée**

20h30 **SOIRÉE DU CONGRÈS**

JEUDI 15 OCTOBRE

SESSION PARALLÈLE - Salle 1

08h00 Accueil des participants

08h30 - 10h30 SESSION GEGA - Groupe d'Étude Grossesse et Addictions
Surveillance et prise en charge des nouveau-nés de mères sous substances psychoactives ou psychotropes : une réflexion innovante et pluridisciplinaire

Modération : Corinne Chanal, Sage-Femme, CHU Montpellier et Réseau Périnatalité Occitanie, présidente du GEGA
& Sandra Hervé, Médecin addictologue PH responsable d'unité au CSAPA 37

- **Demi-vie des produits, imprégnation, sevrage : éclairage pharmacologique des manifestations du nouveau-né.**
  Margot Lestienne, Pharmacienne assistante spécialiste, Centre d'Addictovigilance, service de pharmacologie médicale et toxicologie, CHU de Montpellier
- **Prise en charge périnatale des nouveau-nés de mères sous substances psychoactives ou psychotrope**
  Henri Bruel, Pédiatre néonatologue, CHU Le Havre
- **Échelle manger-dormir-consoler (ESC) : une évaluation innovante pour la prise en charge thérapeutique des nouveau-nés de mères sous substances psychoactives ou psychotropes**
  Clotilde Des Robert, Pédiatre Maternité et Néonatalogie, Hôpital de la Conception, AP-HM

10h30 - 11h00 Pause et échanges avec les partenaires

11h00 - 12h40 Session plénière

12h40 - 13h15 Assemblée Générale de la SFMP

12h40 - 14h10 SESSION POSTERS COMMENTÉS 1 : Espace Posters
Modération : Franck Perrotin, Gynécologue Obstétricien - Tours
Jérôme Potin, Gynécologue - Obstétricien Tours
& Anne Rousseau, Sage-Femme - Paris

12h40 - 14h30 Déjeuner libre
OU
13h00 - 14h00 Symposium SANOFI en salle plénière

JEUDI 15 OCTOBRE

SESSION PARALLÈLE - Salle 1

14h30 - 16h30 COMMUNICATIONS LIBRES - GROSSESSE 1

Modération : Rozenn Collin, Sage-Femme - Nantes
& Claire Fleurier Jeannot, Gynécologue Obstétricienne, Coordinatrice Réseau Périnat Centre Val de Loire - Blois

- **Exploration des inégalités de mortalité maternelle des femmes migrantes par rapport aux femmes natives en France : une étude nationale**
  Manon Morillon, Ivry-sur-Seine
- **Souhait, planification de la grossesse et santé mentale maternelle en post-partum : analyse de l'Enquête Nationale Périnatale 2021**
  Alexandra de Sousa Dantas, Paris
- **Association entre un résultat faux positif au dépistage prénatal et le bien-être psychologique maternel : une analyse à partir des Enquêtes nationales périnatales 2016 et 2021**
  Elodie Logodin, Paris
- **Intérêt d'un nomogramme prédictif pour optimiser la corticothérapie anténatale en cas de menace d'accouchement prématuré**
  Solène Rolland, Suresnes
- **CTC-OPT : un modèle de machine learning d'ensemble pour prédire l'accouchement dans la fenêtre thérapeutique de la corticothérapie anténatale**
  Simon Crequit, Montreuil
- **Passage transplacentaire des anti épileptiques de troisième génération : résultats de perfusions ex vivo de placentas humains de 3e trimestre**
  Estelle Heggarty, Montigny-le-Bretonneux
- **Dengue pendant la grossesse en Guyane Française : Influence du terme de survenue et de la sévérité maternelle sur les issues périnatales**
  Romane Cousin, Paris
- **Inégalités sociales d'accouchement prématuré et rôle médiateur du suivi prénatal sous-optimal : une étude nationale en France**
  Camille Lauden, Paris

16h30 - 17h00 Pause et échanges avec les partenaires

16h30 - 17h45 SESSION POSTERS COMMENTÉS 2 : Espace Posters

Modération : Carine Da Silva, Cadre Sage-Femme - Tours,
Anne Égo, Médecin de Santé Publique - Grenoble
& Marie-Carole Baude, Sage-Femme Cadre Coordonnatrice DSRP - Centre-Val de Loire

JEUDI 15 OCTOBRE

SESSION PARALLÈLE - Salle 1

17h30 - 19h00 **SESSION SFPP**

Société Française de Psychologie Périnatale

La médiation culturelle, outil de la clinique en santé psychique périnatale

Modération : Romain Dugravier, Pédopsychiatre - Paris

- **La lecture d'album au service de la relation parents bébé : « La pluridisciplinarité élargie au culturel »**
  Intervenantes : Elise Fidry, Docteure en Psychologie - Tours
  & Ieva Vaitkeviciute, Doctorante en littérature - Tours
  Discutante : Clémence Couturier, Psychiatre - Tours
- **Tresser pour la Prévention : un dispositif de couchage sécuritaire déployé sur plusieurs îles de Polynésie française**
  Réseau Périnatal Te Hono Tini
  Intervenantes : Maea Penilla Y Perella, Sage-Femme - Polynésie française
  Pascale Langy, Sage-Femme Coordinatrice - Polynésie française
  & Ariimihi Jamet, Sage-Femme - Polynésie française
  Discutante : Rose-Marie Toubin, Pédopsychiatre - Montpellier
- **Synchropréma, Impact des sessions de lecture par un psychothérapeute sur la synchronie mère-bébé à différents niveaux : hormonal, physiologique, comportemental, dans une population d'enfants prématurés âgés de 34 à 36 SA, en réanimation néonatale**
  Intervenantes : Laure Boissel, Pédopsychiatre - Amiens
  & Cécile Boulaire, Chercheuse en Littérature - Tours
  Discutante : Sylvie Viaux Savelon, Pédopsychiatre - Lyon

19h00 **Fin de la 2ème Journée**

20h30 **SOIRÉE DU CONGRÈS**

JEUDI 15 OCTOBRE

SESSION PARALLÈLE - Salle 2

08h00 Accueil des participants

08h30 - 10h30 SESSION PLÉNIÈRE

10h30 - 11h00 Pause et échanges avec les partenaires

11h00 - 12h40 Session plénière

12h40 - 14h10 SESSION POSTERS COMMENTÉS 1 : Espace Posters
Modération : Franck Perrotin, Gynécologue Obstétricien - Tours
Jérôme Potin, Gynécologue - Obstétricien Tours
& Anne Rousseau, Sage-Femme - Paris

12h40 - 14h30 Déjeuner libre
OU
13h00 - 14h00 Symposium SANOFI en salle plénière

14h30 - 16h30 COMMUNICATIONS LIBRES - NÉONATALOGIE 1
Modération : Emmanuelle Dalaudier, Sage-Femme, Coordinatrice Réseau Périnat Centre Val de Loire - Tours
& Silvia Iacobelli, Pédiatre - La Réunion

- Probiotiques et risques de décès, d'entérocolite ulcéro-nécrosante, et de sepsis chez les enfants nés grands prématurés (28-31 SA) en Suède entre 2017 et 2024
  Ayoub Mitha, Tours
- Effet hémodynamique des événements périnataux lors de la réanimation avec cordon intact
  Eléonore Dalmas, Lille
- Quotidien de l'enfant et environnement familial après encéphalopathie anoxo-ischémique néonatale : comparaison des cohortes LyTONEPAL et ELFE à 1-1.5 an et 3-3.5 ans
  Alice de Martin, Paris
- Conséquences des antibiothérapies précoces chez les extrêmes prématurés sur la morbi-mortalité néonatale avant la sortie d'hospitalisation
  Jean-François Vartanian-Grimaldi, Paris
- Impact de l'heure de naissance sur le pronostic chirurgical et néonatal des laparoschisis
  Manon Metrop, Lille
- Évolution de la paralysie cérébrale entre 2 et 10 ans parmi les enfants nés grands prématurés de la cohorte EPIPAGE-2
  Anaïs Roy, Paris
- Effets néonataux de l'exposition in utero aux bêtabloquants : étude rétrospective des événements survenus lors d'une surveillance néonatale systématique (Janvier 2025 – Avril 2026)
  Clara Baleyte, Paris
- Taux d'allaitement maternel après chirurgie digestive néonatale : étude monocentrique dans un centre périnatal de type III chirurgical
  Aurélie Pham, Paris

16h30 - 17h00 Pause et échanges avec les partenaires

JEUDI 15 OCTOBRE

SESSION PARALLÈLE - Salle 2

16h30 - 17h45 **SESSION POSTERS COMMENTÉS 2 : Espace Posters**
Modération : Carine Da Silva, Cadre Sage-Femme - Tours,
Anne Égo, Médecin de Santé Publique - Grenoble
& Marie-Carole Baude, Sage-Femme Cadre Coordonnatrice DSRP - Centre-Val de Loire

17h30 - 19h00 **SESSION OREPE - PRÉ-ÉCLAMPSIE**
Organisation Francophone de Recherche et d'Étude de la Pré-Éclampsie
Modération : Tiphaine Barjat, Gynécologue Obstétricienne - Saint-Étienne
& Vassilis Tsatsaris, Gynécologue Obstétricien - Paris

- **Aspirine pour tout le monde ?**
  Paul Guerby, Gynécologue Obstétricien - Toulouse
- **Hellp syndrome et pré-éclampsie : cohorte CONCEPTION**
  Grégory Lailler, Epidémiologiste, Saint-Maurice
- **Prise en charge en post-partum des complications hypertensives de la grossesse**
  Edouard Lecarpentier, Gynécologue Obstétricien - Paris
- **Enquête sur la surveillance en post-partum des patientes ayant présenté une Prééclampsie**
  Nathalie Gomez, Association Grossesse Santé contre la pré-éclampsie
  & Lisa Manceau, Interne - Lyon

19h00 **Fin de la 2ème Journée**

20h30 **SOIRÉE DU CONGRÈS**

VENDREDI
16 OCTOBRE

08h30 - 13h15

VENDREDI 16 OCTOBRE

SESSION PLÉNIÈRE

08h15 Accueil des participants

08h30 - 10h30 COMMUNICATIONS LIBRES - ACCOUCHEMENT 2

Modération : Paul Berveiller, Gynécologue Obstétricien - Poissy
Jérôme Potin, Gynécologue - Obstétricien Tours
& Marie-Carole Baude, Sage-Femme Cadre Coordonnatrice DSRP - Centre-Val de Loire

- Sonde à ballonnet versus misoprostol oral en cas de foetus présentant un retard de croissance : une étude rétrospective bi-centrique
  Léa Gulli, Marseille
- Impact de l'arrêt de l'ocytocine en début de phase active du travail sur le rythme cardiaque foetal et la contractilité utérine.
  Lise Lafforgue, Lille
- Association entre rotation manuelle à dilatation complète et accouchement interventionnel : une analyse secondaire des données de l'essai STOPOXY
  Rose Nerrand-Verdier, Rouen
- Évolution de la pratique de l'accouchement instrumental et ses complications : une étude comparative entre 2013 et 2023
  Meredith Brenon, Lille
- Association entre l'accouchement opératoire et le vécu négatif de l'accouchement : évaluation des médiateurs potentiels à partir des données de l'enquête nationale périnatale 2021
  Emmanuel Rault, Lyon
- Association entre le déclenchement artificiel du travail et les symptômes de dépression du postpartum à 2 mois : une étude nationale en population
  Sophia Braund, Rouen
- Déterminants de l'absence de dépistage systématique de la dépression du post-partum par questionnaire lors du séjour à la maternité
  Louise Durozier, Poissy
- Face à la demande de moindre médicalisation de l'accouchement : sortir de l'opposition entre nature et technique
  Antonin Seyral, Paris

10h30 - 11h00 Pause et échanges avec les partenaires

08h30 - 13h15 SESSION POSTERS NON COMMENTÉS : Espace Posters

VENDREDI 16 OCTOBRE

SESSION PLÉNIÈRE

11h00 - 13h00 TABLE RONDE 3
INFECTIONS BACTÉRIENNES AUTOUR DE L'ACCOUCHEMENT HORS CONTEXTE DE PRÉMATURITÉ

Modération : Pauline Blanc-Petitjean, Sage-Femme - Rennes
Gilles Kayem, Gynécologue Obstétricien - Paris,
& Thierry Perez, Pédiatre, Coordonnateur Réseau Périnat Centre Val de Loire - Chinon

TABLE RONDE 3

- **Conférence introductive : Écologie bactérienne en périnatalité**
  Bruno Grandbastien, Médecin - Lausanne, Suisse
- **L'Antibioprophylaxie maternelle perpartum : Quelles pratiques fondées sur les preuves ?**
  Jeanne Sibiude, Gynécologue Obstétricienne - Paris
- **Les infections maternelles sévères : Quand chaque minute compte**
  Agnès Le Gouez, Anesthésiste Réanimateur - Paris
- **Conséquences pédiatriques de l'antibioprophylaxie maternelle à court, moyen et long terme**
  Camille Bréhin, Pédiatre - Toulouse
- **Prise en charge du nouveau-né à risque d'infection**
  Pascal Boileau, Pédiatre - Poissy

13h00 - 13h15 REMISE DES PRIX COMMUNICATIONS LIBRES & POSTERS

13h15 Clôture des 55èmes Journées Nationales de la SFMP

VENDREDI 16 OCTOBRE

SESSION PARALLÈLE - Salle 1

08h15 Accueil des participants

08h30 - 10h30 COMMUNICATIONS LIBRES - GROSSESSE 2
Modération : Pauline Blanc-Petitjean, Sage-Femme - Rennes
& Julien Cirier, Gynécologue Obstétricien - Bourges

- Facteurs associés au refus de participation à un essai randomisé pendant la grossesse
  Yoann Athiel, Colombes
- Impact de l'hypoglycémie maternelle sur le système nerveux autonome du fœtus de brebis
  Agathe Piette, Loos
- Évaluation du transfert transplacentaire de thérapies ciblées du cancer du sein
  Joséphine Baudry, Paris
- Latent trajectories and risk factors of preeclampsia and foetal growth restriction in a cohort of nulliparous women: a latent Markov modelling
  Marjorie Toussaint, Nancy
- Apports des trajectoires de pression artérielle gestationnelle au dépistage des désordres hypertensifs de la grossesse et à la prédiction du risque cardiovasculaire en postpartum
  Wen Lun Yuan, Paris
- Comparaison de l'utilisation du fil versus la bandelette lors des cerclages vaginaux prophylactiques : une étude comparative, rétrospective, multicentrique
  Bastien Doco, Lille
- Accompagnement de la grossesse et de la naissance en filière physiologique par rapport à la filière conventionnelle : effet sur santé mentale des femmes jusqu'à six semaines du post-partum
  Marion Monperrus, Rennes
- Facteurs associés à la morbidité maternelle sévère chez les femmes atteintes de cardiopathie : étude multicentrique rétrospective
  Luca Campagni, Marseille

10h30 - 11h00 Pause et échanges avec les partenaires

08h30 - 13h15 SESSION POSTERS NON COMMENTÉS : Espace Posters

11h00 - 13h00 Session Plénière

13h00 - 13h15 REMISE DES PRIX COMMUNICATIONS LIBRES & POSTERS *(Salle plénière)*

13h15 Clôture des 55èmes Journées Nationales de la SFMP

VENDREDI 16 OCTOBRE

SESSION PARALLÈLE - Salle 2

08h15 Accueil des participants

08h30 - 10h30 COMMUNICATIONS LIBRES - NÉONATALOGIE 2
Modération : Romain Dugravier, Pédopsychiatre - Paris
& Ayoub Mitha, Pédiatre - Tours

- Association entre la quantité de liquide amniotique initiale et les issues néonatales chez les femmes présentant une rupture prématurée des membranes entre 26 SA et 34 SA
  Anne-Cécile Chodkiewiez, Paris
- Analyse des facteurs néonatals et des pratiques cliniques influençant la fermeture du canal artériel chez les prématurés : analyses secondaires de l'essai randomisé TREOCAPA
  Chiara Lembo, Paris
- Application des recommandations Européennes sur la prise en charge de l'hypothyroïdie congénitale : une étude descriptive en France de 2021 à 2024
  Emma Trojani, Tours
- Surveillance des prevalences de naissances petits et gros pour l'age gestationnel entre 2010 et 2024 : une etude en population dans 21 pays d'europe
  Alice Hocquette, Paris
- Mortalité infantile en France : évolution des causes de décès et disparités territoriales
  Mathieu Rivière, Saint-Maurice
- Recours aux soins hospitaliers des nouveau-nés sains à La Réunion : analyse régionale en population sur les données du SNDS au cours des 1 000 jours
  Théodora Serveaux, Saint-Pierre
- Prévalence élevée du sommeil partagé chez les nourrissons en Seine-Saint-Denis : déterminants sociaux et enjeux de prévention de la mort inattendue du nourrisson
  Sébastien Riquet, Bobigny
- Facteurs influençant la santé mentale des pères en post-partum : revue de la littérature
  Sara Raynaud, Brumath

10h30 - 11h00 Pause et échanges avec les partenaires

08h30 - 13h15 SESSION POSTERS NON COMMENTÉS : Espace Posters

11h00 - 13h00 Session Plénière

13h00 - 13h15 REMISE DES PRIX COMMUNICATIONS LIBRES & POSTERS *(Salle plénière)*

13h15 Clôture des 55èmes Journées Nationales de la SFMP

MA SFMP EN 180S SECONDES

18h10 - 18h35

MERCREDI 14 OCTOBRE

SESSION PLÉNIÈRE

18h10 - 18h35 Ma SFMP en 180 secondes

- Implication des compétences non techniques et des biais cognitifs dans les soins maternels inadéquats en maternité: développement d'un outil d'analyse rétrospective à partir des morts maternelles
  Elie Mosnino, Paris

- Impact de l'arrêt de l'ocytocine en début de phase active du travail sur le rythme cardiaque foetal et la contractilité utérine
  Lise Lafforgue, Lille

- Quotidien de l'enfant et environnement familial après encéphalopathie anoxo-ischémique néonatale : comparaison des cohortes LyTONEPAL et ELFE à 1-1.5 an et 3-3.5 ans
  Alice de Martin, Paris

- Effet de la péridurale sur le système nerveux autonome fœtal. Étude expérimentale chez le fœtus de brebis
  Louis Edouard Galan, Lille

- Dengue pendant la grossesse en Guyane Française : Influence du terme de survenue et de la sévérité maternelle sur les issues périnatales
  Romane Cousin, Paris

- Accompagnement de la grossesse et de la naissance en filière physiologique par rapport à la filière conventionnelle : effet sur santé mentale des femmes jusqu'à six semaines du post-partum
  Marion Monperrus, Rennes

MA SFMP EN 180 SECONDES

Elie MOSNINO[1],

Véronique Lejeune[2], Pierre Raynal[3], Marie-Pierre Bonnet[4], Catherine Deneux-Tharaux[1]

1. Université Paris Cité, Inserm Inrae, Obstetric, Perinatal, Paediatric Life Course Epidemiology (OPPaLE), CRESS U1153, Paris, France
2. Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier d'Auch, France
3. Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier de Versailles, France.
4. Service d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Armand-Trousseau, Paris, France.

Implication des compétences non techniques et des biais cognitifs dans les soins maternels inadéquats en maternité: développement d'un outil d'analyse rétrospective à partir des morts maternelles

Contexte: Les analyses systémiques ont transformé la compréhension des erreurs médicales. Cependant, en obstétrique, l'analyse des facteurs humains et organisationnels contributifs reste lacunaire faute d'outils adaptés. Les morts maternelles par complications survenues en maternité forment un groupe homogène particulièrement exposé aux défaillances humaines et organisationnelles. En cas de soins inadéquats identifiés par le CNEMM, les causes racines restent souvent mal caractérisées.

Objectif: développer un outil d'évaluation de l'implication des compétences techniques, non techniques et des biais cognitifs dans les soins maternels inadéquats en maternité au sein d'une analyse systémique rétrospective.

Méthodes: Un groupe multidisciplinaire (anesthésiste, épidémiologiste, obstétriciens) a développé un outil initial par consensus après revue de la littérature. Les items et définitions ont ensuite été calibrés et des exemples associés à chaque item par itérations de codages indépendants puis consensus sur la base des morts maternelles par complications survenues en maternité avec soins d'obstétrique et/ou d'anesthésie inadéquats selon le CNEMM de la période 2016-2018.

Résultats: Il a été faisable de mettre au point un outil consensuel après deux itérations et 12 cas au total. L'outil individualise deux défauts de compétences techniques, quatre défauts de compétences non techniques dont seuls les défauts primaires (ne résultant pas strictement d'un autre défaut) ont été retenus, et 5 biais cognitifs. Pour chaque item, une définition consensuelle a été obtenue et entre 1 et 4 exemples associés. L'analyse des 12 premiers cas identifie un défaut d'au moins une compétence technique dans 33% des cas et non technique dans 100% des cas. Au moins 1 biais cognitif est retrouvé dans 92% des cas.

Conclusion: Nous proposons un outil standardisé et simple d'évaluation de la contribution humaine dans les soins maternels inadéquats en maternité. L'application aux morts maternelles semble porteuse d'enseignements utiles. L'outil sera appliqué à l'ensemble de morts maternelles de la période 2016-2018.

MA SFMP EN 180 SECONDES

Lise LAFFORGUE[1],

Aude Girault[2], Camille Le Ray[2,3], Tiphaine Barjat[4], Diane Korb[5], Loïc Sentilhes[6], Raoul Desbriere[7], Charles Garabedian[8]

1. Université de Lille
2. Département de gynécologie obstétrique, maternité Port-Royal, AP-HP, Hôpital Cochin, FHU PREMA, Paris, France.
3. Obstetrical Perinatal and Pediatric Lifelong Epidemiology Research Team (OPPaLE). Centre de Recherche en Épidémiologie et Statistiques (CRESS) U1153, Université Paris Cité, Institut Santé Des Femmes, INSERM, INRAE, Paris, France
4. Département de gynécologie et obstétrique, Hôpital universitaire Saint Etienne, Saint-Etienne
5. Département de gynécologie et obstétrique, Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris
6. Département de gynécologie et obstétrique, Hôpital universitaire Bordeaux, Bordeaux
7. Département de gynécologie et obstétrique, Hôpital Saint Joseph, Marseille
8. Univ Lille, ULR2694 - METRICS, F9000 Lille

Impact de l'arrêt de l'ocytocine en début de phase active du travail sur le rythme cardiaque foetal et la contractilité utérine

Contexte : L'ocytocine est largement utilisée pour renforcer la dynamique utérine pendant le travail. Son administration est associée à un risque accru d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) et de morbidité néonatale qui pourraient être réduits par une administration discontinue de l'ocytocine.

Objectif : Nous avons évalué l'impact de l'arrêt de l'ocytocine en début de phase active du travail sur le rythme cardiaque fœtal et la contractilité utérine.

Méthodes : Cette étude est une analyse secondaire pré-spécifiée de l'essai STOPOXY, essai multicentrique randomisé mené dans 21 maternités françaises, évaluant l'impact de l'arrêt de l'ocytocine sur la morbidité néonatale. Les participantes recevant de l'ocytocine avant 4 cm de dilatation ont été randomisées (1:1) entre arrêt ou poursuite de la perfusion. Ont été incluses les femmes du groupe « arrêt » (population per-protocole) issues des six centres disposant d'un archivage électronique, avec un enregistrement cardiotocographique exploitable une heure avant et après l'arrêt. Dans un schéma avant-après apparié, les paramètres du RCF (classification FIGO) et l'activité utérine ont été comparés durant les 60 minutes précédant versus suivant l'arrêt.

Résultats : Parmi les 562 participantes éligibles, 284 ont été incluses. L'arrêt de l'ocytocine a entraîné une augmentation du rythme de base (135 vs 137,5 bpm ; $p = 0{,}002$) et une amélioration de la variabilité ($p < 0{,}01$), caractérisée par moins d'hypovariabilité (3,9 % vs 2,5 %) et une augmentation de la variabilité normale (48,2 % vs 53,3 %). La fréquence des ralentissements diminuait (64,1 % vs 48,6 % ; $p < 0{,}01$), ainsi que l'activité utérine (4 vs 3,5 contractions/10 minutes ; $p < 0{,}01$).

Conclusion : Chez les patientes recevant de l'ocytocine en début de travail, son arrêt en début de phase active était associé à une amélioration du RCF, ainsi qu'une baisse de l'activité utérine suggérant un moindre risque de tachysystolie.

MA SFMP EN 180 SECONDES

Alice DE MARTIN[1],

Héloise Torchin[1,2], Marie-Aline Charles[1], Anne Ego[1,3], Antoine Vilotitch[4], Isabelle Guellec[1,5], Thierry Debillon[6,7], Marie Chevallier[8,9]

1. Université Paris Cité and Université Sorbonne Paris Nord, Inserm, INRAE, Centre for Research in Epidemiology and Statistics, F-75004 Paris, France
2. Service de médecine et réanimation néonatale, AP-HP, F-75014 Paris, France
3. Univ. Grenoble Alpes, Inserm CIC1406, CHU Grenoble Alpes, Grenoble, France
4. Université Grenoble Alpes, Data Engineering Unit, Public Health Department, Grenoble Alpes University Hospital, Grenoble, France
5. Service de réanimation et médecine néonatale, Hôpital Nice Côte d'Azur, F-0600 Nice, France
6. Univ. Grenoble Alpes, CNRS, Neonatal Intensive Care Unit, Grenoble Alpes University Hospital, Grenoble, France.
7. Univ. Grenoble Alpes, CNRS, Public Health Department, Grenoble Alpes, Grenoble Institute of Engineering Univ. Grenoble Alpes, TIMC-IMAG, Grenoble, France
8. University Grenoble Alpes, INSERM U 1209, CNRS UMR 5309, Neonatology Intensive Care Unit, Grenoble, France.
9. Service Réanimation néonatale, médecine néonatale et maternité, Hôpital Couple Enfant, F-38000 Grenoble, France

Quotidien de l'enfant et environnement familial après encéphalopathie anoxo-ischémique néonatale : comparaison des cohortes LyTONEPAL et ELFE à 1-1.5 an et 3-3.5 ans

Contexte : Les études récentes sur l'encéphalopathie anoxo-ischémique (EAI) se sont concentrées sur la mortalité et les séquelles neurodéveloppementales. Peu de données sont actuellement disponibles sur le quotidien de l'enfant et de sa famille.

Objectif : Évaluer l'impact de l'EAI sur le quotidien de l'enfant (sommeil, alimentation, hospitalisations) et sur son environnement familial.

Méthode : Analyse secondaire de données prospectives multicentriques, à partir de la cohorte nationale LyTONEPAL (Long Term Outcome of Neonatal Encephalopathy, 2016), et la cohorte ELFE (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance, 2011). Les données proviennent des questionnaires parentaux à 1-1,5 et 3-3,5 ans recueillis lors du suivi. Les critères de jugement principaux sont les troubles du sommeil (réveils nocturnes et difficultés d'endormissement), et l'inquiétude parentale pour l'alimentation à 1-1,5 an. Les critères de jugement secondaires concernent les hospitalisations, le mode de garde et la structure familiale à 1-1,5 et 3-3,5 ans. Des régressions logistiques multivariées ajustées sur les principaux facteurs de confusion maternels et périnataux ont été réalisées. Les données manquantes ont été prises en compte par imputation multiple.

Résultats : Les enfants ayant présenté une EAI présentent plus de difficultés alimentaires à 1-1,5 an (39/284 vs 252/12397, ORa=6.9 IC95 [4.7 ; 10.1]). On ne retrouve pas de surrisque de troubles du sommeil à 1-1,5 an (92/287 vs 3785/12380, ORa=0.7 IC95 [0.5 ; 0.9]). Les enfants avec EAI sont plus hospitalisés. La structure familiale diffère significativement, avec moins de naissance de cadet et plus de séparation parentale précoce. Aucune différence significative n'est observée concernant le travail parental et le mode de garde.

Conclusion : Ces résultats soulignent l'importance d'une prise en charge multimodale et d'un suivi prenant en compte les dimensions familiales et quotidiennes après une EAI.

MA SFMP EN 180 SECONDES

Louis-Edouard GALAN,

Valeria De Stefano, Anne-Frédérique Dalmas, Maxence Hureau, Duyti|Sharma, Kevin Leduc, Louise Ghesquière, Charles Garabedian

Université de Lille

Effet de la péridurale sur le système nerveux autonome fœtal. Étude expérimentale chez le fœtus de brebis

Contexte : L'analgésie péridurale est utilisée dans 82% des accouchements en France. La majorité des césariennes en cours de travail est réalisée sous anesthésie péridurale. L'initiation d'une analgésie ou d'une anesthésie neuraxiale peut être associée à la survenue d'une hypotension maternelle et d'anomalies du rythme cardiaque fœtal.

Objectif : Evaluer l'impact de l'analgésie péridurale et de sa conversion en anesthésie péridurale sur l'homéostasie fœtale.

Matériel et méthodes : Un modèle expérimental de brebis gestante a été développé. L'homéostasie fœtale a été étudiée via l'analyse de la variabilité du rythme cardiaque fœtal (VCF), reflet de l'activité du système nerveux autonome (SNA) et marqueur d'acidose fœtale. Les fœtus étaient instrumentés sous anesthésie générale, et un cathéter péridural était mis en place chez la brebis. Le protocole expérimental, réalisé à J5 post opératoire, comprenait une phase d'induction d'analgésie péridurale par titration d'anesthésiques locaux, une phase d'entretien, puis une conversion en anesthésie obstétricale. L'hémodynamique et la gazométrie maternelle et fœtale étaient monitorés.

Résultats : Quatorze brebis ont été opérées et 8 ont été exclues. Le modèle a été validé devant l'observation de l'ascension progressive d'un bloc sensitivo-moteur. Une diminution de la fréquence cardiaque (FC) et de la pression artérielle moyenne (PAM) maternelle a été observée entre la phase de stabilité et la phase anesthésique (FC : 132 [128-135] vs 97 [95-104] bpm ; PAM : 82 [74-87] vs 66 [64-68] mmHg). L'hémodynamique fœtale apparait stable entre ces deux phases (FC : 172 [170-206] vs 176 [164-175] bpm ; PAM : 58 [44-56] vs 54 [47-57] mmHg). L'analyse de l'activité du SNA fœtal est en cours.

Conclusions : Les effets de l'anesthésie péridurale sur le SNA fœtal n'ont jamais été analysés. Cette étude permettra une meilleure compréhension de la physiologie des effets de l'analgésie et anesthésie neuraxiale en cours de travail.

MA SFMP EN 180 SECONDES

Romane COUSIN[1],

Najeh Hcini[2]

1. Université Paris Saclay
2. Chef de service de la maternité de Saint Laurent du Maroni

Dengue pendant la grossesse en Guyane Française : Influence du terme de survenue et de la sévérité maternelle sur les issues périnatales

La dengue constitue un enjeu majeur de santé publique en Guyane française, où elle circule selon un mode endémo-épidémique. Pendant la grossesse, cette infection est associée à un risque accru de complications maternelles et périnatales, mais les facteurs associés aux issues obstétricales défavorables restent insuffisamment caractérisés. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs associés aux issues défavorables de grossesse chez les femmes enceintes hospitalisées pour dengue confirmée, avec un intérêt particulier pour le terme de survenue de l'infection et la sévérité maternelle.

Nous avons conduit une étude observationnelle rétrospective bi centrique entre 2013 et 2024 dans les deux principales maternités de Guyane française. Ont été incluses les femmes enceintes hospitalisées pour une dengue biologiquement confirmée. Le critère de jugement principal était un critère composite associant prématurité avant 37 semaines d'aménorrhée, faible poids de naissance (< 2500 g) ou mort fœtale in utero. Une analyse multivariée par régression logistique a été réalisée, complétée par des analyses de sensibilité et des analyses exploratoires.

Au total, 89 patientes correspondant à 91 grossesses ont été incluses. Une issue défavorable de grossesse est survenue dans 22/91 cas (24,1 %). En analyse multivariée, une infection dengue survenant avant 28 SA était associée à une augmentation significative du risque d'issue défavorable (OR ajusté = 5,42 ; IC95 % [1,83–16,02] ; p = 0,002). Une dengue sévère était également associée à ce risque (OR ajusté = 7,23 ; IC95 % [1,26–41,43] ; p = 0,026), contrairement à l'âge maternel et à l'anémie. L'association entre infection précoce et issues défavorables persistait dans les analyses de sensibilité, y compris lorsque le terme de survenue de l'infection était modélisé comme variable continue. L'analyse des composantes du critère principal retrouvait une association significative avec le faible poids de naissance et la mort fœtale in utero, mais pas avec la prématurité avant 37 SA. Par ailleurs, les infections survenant au troisième trimestre étaient associées à un risque accru d'accouchement dans les deux semaines suivant l'épisode infectieux.

Dans cette cohorte hospitalière, le terme de survenue de l'infection dengue apparaît comme un déterminant majeur du pronostic obstétrical, avec des profils de retentissement distincts selon le moment de l'exposition. Les infections précoces semblaient davantage associées à des complications fœtales différées, tandis que les infections tardives étaient associées à des conséquences obstétricales plus immédiates. Un signal d'association avec les formes maternelles sévères était également observé, suggérant un rôle potentiel de la gravité clinique maternelle dans certains contextes.

MA SFMP EN 180 SECONDES

Marion MONPERRUS,

Ronan Garlantezec, Rémi Béranger, Maela Le Lous

CHU de Rennes

Accompagnement de la grossesse et de la naissance en filière physiologique par rapport à la filière conventionnelle : effet sur santé mentale des femmes jusqu'à six semaines du post-partum

Contexte : En France, des filières physiologiques (FP), intégrées aux structures hospitalières, sont dédiées à l'accouchement physiologique et proposent un suivi continu et personnalisé par les sages-femmes aux femmes enceintes à bas risque obstétrical.

Objectif : Comparer l'effet d'un suivi en FP versus en filière conventionnelle (FC) sur la dépression du post-partum (DPP), les symptômes du trouble du stress post-traumatique liés à l'accouchement, le vécu de l'accouchement et la mise en place du lien mère-enfant.

Méthodes : Cohorte prospective multicentrique PhysioCare (3 centres ; exposé/non exposé, ratio 1:2, appariement par centre et parité), incluant 597 femmes enceintes à bas risque (195 en FP et 402 en FC) dans trois maternités françaises (septembre 2022 et avril 2023), entre 34 et 39 SA. Les données ont été recueillies via des questionnaires auto-administrés deux jours (J2) puis 6 semaines après l'accouchement (S6). Des analyses statistiques multivariées en intention de traiter (score de propension, pondération IPTW) ont été réalisées.

Résultats : À S6, la proportion de femmes présentant un score EPDS ≥ 11 était significativement plus faible en FP qu'en FC (ORajusté= 0,43 [0,21 ; 0,84]. Le vécu émotionnel de l'accouchement apparaissait plus favorable en FP, avec des scores moyens significativement plus faibles qu'en FC à J2 et à S6 (βajusté = -0.13 [-0.22, -0.04] ; βajusté = -0,16 [-0,26 ; -0,05], respectivement). En revanche, la relation avec l'équipe soignante a été perçue plus négativement en FP à J2, sans que cette différence ne persiste de manière significative à S6. Aucune différence significative n'a été observée pour les autres critères étudiés.

Conclusion : ces résultats suggèrent qu'un modèle de soins centré sur la femme, avec un accompagnement continu et personnalisé, pourrait contribuer à améliorer le bien-être psychique et émotionnel en post-partum précoce et à favoriser une expérience plus positive de l'accouchement.

RÉSUMÉS DES COMMUNICATIONS LIBRES

JEUDI 15 OCTOBRE

ACCOUCHEMENT 1

JEUDI 15 OCTOBRE
14h30 - 16h30
SALLE PLÉNIÈRE

JEUDI 15 OCTOBRE

SESSION PLÉNIÈRE

14h30 - 16h30 COMMUNICATIONS LIBRES - ACCOUCHEMENT 1

Modération : Léa Bédouet, Gynécologue Obstétricienne, Coordinatrice Réseau Périnat Centre Val de Loire - Blois
& Mathias Rossignol, Anesthésiste Réanimateur - Paris

- **Implication des compétences non techniques et des biais cognitifs dans les soins maternels inadéquats en maternité: développement d'un outil d'analyse rétrospective à partir des morts maternelles**
  Elie Mosnino, Paris

- **Mortalité maternelle peripartum évitable selon les caractéristiques organisationnelles de la maternité d'accouchement : une étude nationale**
  Catherine Deneux, Paris

- **Érythropoïétine préopératoire et besoins transfusionnels dans le placenta accreta spectrum : une étude avant-après**
  Mathilde Rabiller, Chatou

- **Disparités des taux de césarienne entre les femmes natives et les femmes migrantes d'Afrique subsaharienne selon la classification de Robson en France, évolution entre 2010 et 2021**
  Felicia Joinau-Zoulovits, Paris

- **Incidence et facteurs de risque de survenue d'une douleur modérée à intense en cas de césarienne réalisée avant travail : une étude en population française à partir des données de l'Enquête Nationale Périnatale 2021**
  Mégane Raineau, Paris

- **Facteurs associes a la perte de contrôle et l'insatisfaction des femmes lors d'un accouchement instrumental**
  Kim Courtin Filippi, Vincennes

- **Évolution des pratiques obstétricales chez les femmes ayant un antécédent de césarienne : données populationnelles issues des Enquêtes Nationales Périnatales (ENP) en France entre 1998 et 2021**
  Ninon Dupuis, Paris

- **Effet de la péridurale sur le système nerveux autonome fœtal. Étude expérimentale chez le fœtus de brebis**
  Valeria de Stefano, Lille

ACCOUCHEMENT 1

Elie MOSNINO[1],

Véronique Lejeune[2], Pierre Raynal[3], Marie-Pierre Bonnet[4], Catherine Deneux-Tharaux[1]

1. Université Paris Cité, Inserm Inrae, Obstetric, Perinatal, Paediatric Life Course Epidemiology (OPPaLE), CRESS U1153, Paris, France
2. Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier d'Auch, France
3. Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre Hospitalier de Versailles, France.
4. Service d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Armand-Trousseau, Paris, France.

Implication des compétences non techniques et des biais cognitifs dans les soins maternels inadéquats en maternité: développement d'un outil d'analyse rétrospective à partir des morts maternelles

Contexte: Les analyses systémiques ont transformé la compréhension des erreurs médicales. Cependant, en obstétrique, l'analyse des facteurs humains et organisationnels contributifs reste lacunaire faute d'outils adaptés. Les morts maternelles par complications survenues en maternité forment un groupe homogène particulièrement exposé aux défaillances humaines et organisationnelles. En cas de soins inadéquats identifiés par le CNEMM, les causes racines restent souvent mal caractérisées.

Objectif: développer un outil d'évaluation de l'implication des compétences techniques, non techniques et des biais cognitifs dans les soins maternels inadéquats en maternité au sein d'une analyse systémique rétrospective.

Méthodes: Un groupe multidisciplinaire (anesthésiste, épidémiologiste, obstétriciens) a développé un outil initial par consensus après revue de la littérature. Les items et définitions ont ensuite été calibrés et des exemples associés à chaque item par itérations de codages indépendants puis consensus sur la base des morts maternelles par complications survenues en maternité avec soins d'obstétrique et/ou d'anesthésie inadéquats selon le CNEMM de la période 2016-2018.

Résultats: Il a été faisable de mettre au point un outil consensuel après deux itérations et 12 cas au total. L'outil individualise deux défauts de compétences techniques, quatre défauts de compétences non techniques dont seuls les défauts primaires (ne résultant pas strictement d'un autre défaut) ont été retenus, et 5 biais cognitifs. Pour chaque item, une définition consensuelle a été obtenue et entre 1 et 4 exemples associés. L'analyse des 12 premiers cas identifie un défaut d'au moins une compétence technique dans 33% des cas et non technique dans 100% des cas. Au moins 1 biais cognitif est retrouvé dans 92% des cas.

Conclusion: Nous proposons un outil standardisé et simple d'évaluation de la contribution humaine dans les soins maternels inadéquats en maternité. L'application aux morts maternelles semble porteuse d'enseignements utiles. L'outil sera appliqué à l'ensemble de morts maternelles de la période 2016-2018.

ACCOUCHEMENT 1

Catherine DENEUX[1],

Laetitia Marchand[1], Monica Saucedo[1],Véronique Lejeune[2], Marie-Pierre Bonnet[3]

1. Équipe OPPaLE, CRESS, Inserm, Université Paris Cité
2. Maternité, CH Auch
3. Département d'anesthésie, Hôpital Trousseau, AP-HP, Paris

Mortalité maternelle peripartum évitable selon les caractéristiques organisationnelles de la maternité d'accouchement : une étude nationale

Contexte: L'impact des caractéristiques organisationnelles des maternités sur l'issue de l'accouchement fait actuellement l'objet d'un débat sociétal en France, peu étayé par des données probantes. Un volet des enjeux concerne le risque maternel peripartum.

Objectif : Estimer le risque de mortalité maternelle évitable du peripartum (MMEP) selon les caractéristiques des maternités, à partir des données nationales les plus récentes disponibles.

Méthodes: Etude cas-témoins nationale. Les cas étaient les morts maternelles 2010-2019 de l'ENCMM, survenues en peripartum et dues à des pathologies non présentes avant l'accouchement, évitables (possiblement ou probablement, jugement du CNEMM), n= 120. Les témoins étaient les femmes des ENP 2010 et 2016, n=27149. Les associations entre MMEP et caractéristiques organisationnelles de la maternité d'accouchement étaient estimées par régression logistique multivariée ajustée sur les caractéristiques individuelles des femmes.

Résultats : Le risque de MMEP était augmenté dans les maternités réalisant <1000 accouchements annuels (ORa 2.32 (IC95% 1.36-3.94; ref ≥3000) ; dans les maternités privées à but lucratif (ORa 2.23 IC95% 1.27-3.9; ref CHU) ; celles de type 1 (ORa 1.70 IC95% 1.03-2.81); ref type 3) ; celles sans présence de MAR 24/24 (ORa 2.61 IC95% 1.65-4.14) ; celles sans présence de GO 24/24 (ORa 1.52 IC95% 1.01-2.28). L'analyse restreinte aux données 2013-2019 les plus récentes donnait des résultats similaires avec des forces d'association accrues. Parmi les MMEP, les facteurs d'évitabilité impliquaient plus souvent des aspects d'organisation des soins dans les maternités de petite taille (73% pour <500, 60% pour]500-1000, vs 35% pour >1000), et dans les maternités privées à but lucratif (54% vs 16% dans CHU), en particulier des ressources humaines insuffisantes.

Conclusion : Le risque de mortalité maternelle évitable du peripartum après prise en compte du risque basal des femmes varie selon les caractéristiques des maternités, et est globalement accru dans les maternités les moins dotées.

ACCOUCHEMENT 1

Mathilde RABILLER[1],

Thibault Wartelle[1], Aude Girault[1,2], Catherine Fisher[3], Mathilde BARROIS[1,4]

1. Department of Obstetrics and Gynecology, Port-Royal Maternity Hospital, AP-HP, Cochin Hospital, FHU PREMA, Paris, France
2. Université Paris Cité, Inserm UMR 1153, Equipe EPOPé, Paris, France
3. Service d'anesthésie, maternité Port-Royal, groupe hospitalier Paris Centre, AP-HP, Paris, France
4. Hospitalisation à domicile, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Paris, France

Érythropoïétine préopératoire et besoins transfusionnels dans le placenta accreta spectrum : une étude avant-après

Introduction : Le placenta accreta (PAS) expose à une morbi-mortalité maternelle importante liée au risque hémorragique. L'optimisation préopératoire de l'hémoglobine constitue un pilier du Patient Blood Management dans ce contexte. L'érythropoïétine (EPO) a démontré son efficacité pour réduire les besoins transfusionnels en chirurgie à risque hémorragique majeur, mais n'a jamais été évaluée dans la prise en charge chirurgicale du PAS.
L'objectif était d'évaluer l'impact d'une supplémentation d'EPO en préopératoire sur les besoins transfusionnels peropératoire en cas de PAS.

Méthodes : Étude observationnelle rétrospective monocentrique de type avant-après conduite dans une maternité de type III (janvier 2013-août 2025). Toutes les patientes ayant bénéficié d'une prise en charge chirurgicale d'un PAS ont été incluses. Ont été comparées : la période avant introduction du protocole (janvier 2013–août 2022) et après (septembre 2022–août 2025). Celui-ci consistait en trois injections d'EPO 300UI/kg à une semaine d'intervalle. Le critère de jugement principal était le volume transfusionnel peropératoire. L'association entre l'administration d'EPO et le volume transfusionnel a été évaluée par régression logistique multivariée puis par régression de Poisson.

Résultats : Au total 145 patientes ont été incluses, 99 dans le groupe avant EPO et 46 dans le groupe après. L'hémoglobine préopératoire était significativement plus élevée après EPO, 11,8 g/dL [10,6–12,4] versus 11,0 g/dL [10,3–11,7], p = 0,01. En analyse multivariée, le protocole EPO était associé à une réduction de 78 % du risque de transfusion ≥7 culots globulaires. La régression de Poisson retrouvait une diminution de 26 % du risque de transfuser un culot supplémentaire (IRRa = 0,74 [0,63–0,88]).

Conclusion : L'introduction d'un protocole d'EPO préopératoire dans la prise en charge chirurgicale du PAS est associée à une amélioration significative du statut hémoglobinique préopératoire et à une réduction substantielle des besoins transfusionnels peropératoires.

ACCOUCHEMENT 1

Felicia JOINAU-ZOULOVITS[1],

Elie Azria[1,2], Camille Le Ray[1,3], Catherine Deneux-Tharaux[1]

1. Université Paris Cité and Université Sorbonne Paris Nord, Inserm, INRAE, Centre for Research in Epidemiology and Statistics, Obstetric Perinatal and Paediatric Life Course Epidemiology Team OPPaLE, iLWISH, F-75004 Paris, France
2. Maternity Unit, Paris Saint Joseph Hospital, Paris, France
3. Port-Royal Maternity Unit, AP-HP, Cochin Hospital, F-75014 Paris, France

Disparités des taux de césarienne entre les femmes natives et les femmes migrantes d'Afrique subsaharienne selon la classification de Robson en France, évolution entre 2010 et 2021

Contexte : Des taux de césarienne plus élevés chez les femmes nées en Afrique subsaharienne (ASS) que chez les femmes natives ont été rapportés dans plusieurs pays à revenu élevé, mais les mécanismes de ces disparités restent incertains. Notre objectif était de caractériser l'évolution de ces disparités en France entre 2010 et 2021, en utilisant la classification de Robson.

Méthodes : À partir des données des Enquêtes Nationales Périnatales, nous avons inclus les femmes ayant accouché d'un enfant né vivant en 2010 (N=13 906), 2016 (N=11 752) et 2021 (N=10 913), catégorisées selon leur pays de naissance. Pour chaque groupe de Robson, nous rapportons sa taille relative, son taux de césarienne, et sa contribution à la différence absolue de taux entre natives et migrantes d'ASS.

Résultats : En 2021, les femmes d'ASS présentaient un taux de césarienne plus élevé que celui des femmes natives (26,8 % vs 19,2 %, différence absolue 7,6% [IC95% 4,2–11,1]). Ces disparités, persistantes au cours du temps, étaient principalement portées par les groupes 5a (utérus unicicatriciel, singleton, céphalique, ≥ 37 SA), 5b (utérus multicicatriciel, singleton, céphalique, ≥ 37 SA) et 10 (singleton, céphalique, < 37 SA). Elles s'expliquaient par une prévalence accrue d'antécédents de césarienne et de naissances prématurées chez les femmes d'ASS, ainsi que par un taux de césarienne intra-groupe supérieur. Au sein du groupe 5a, les femmes originaires d'ASS avaient, par rapport aux natives, un taux de césarienne prepartum plus faible mais un taux de césarienne intrapartum plus élevé. Ces disparités étaient plus marquées dans les hôpitaux universitaires.

Conclusion : L'écart des taux de césarienne entre femmes natives et migrantes d'ASS en France est principalement lié aux sous-groupes des femmes avec antécédent de césarienne et avec naissance prématurée. Nos résultats soulignent l'importance d'explorer les indications de césarienne dans ces deux groupes.

ACCOUCHEMENT 1

Mégane RAINEAU[1,2]

Marie-Pierre Bonnet[1,3], **Aude Girault**[1,4], **Clara Rollet**[1], **Camille Le Ray**[1,4]

1. Université Paris Cité, Center of Research in Epidemiology and Statistics (CRESS), Obstetrical Perinatal and Pediatric and Life Course Epidemiology Research Team (OPPaLE), INSERM, INRAE, F-75004 Paris, France
2. Université Paris Cité, Anesthesia and critical care department, Cochin hospital, AP-HP, Paris, France
3. Sorbonne University, Anesthesia and critical care department, Armand-Trousseau hospital, DMU DREAM, APHP, GRC29, Paris, France
4. Department of Obstetrics and Gynecology, Port-Royal Maternity Hospital, AP-HP, FHU Prem'Impact, Paris, France.

Incidence et facteurs de risque de survenue d'une douleur modérée à intense en cas de césarienne réalisée avant travail : une étude en population française à partir des données de l'Enquête Nationale Périnatale 2021

Contexte : Au-delà des conséquences physiques, une insuffisance d'analagésie pendant la césarienne peut entraîner un stress post-traumatique et altérer le lien mère-enfant. Mieux comprendre les déterminants de cette douleur est essentiel pour la prévenir et en limiter les conséquences.

Objectifs : Cette étude visait à évaluer l'incidence et les facteurs de risque de douleur lors des césariennes avant travail en population française.

Méthodes : A partir des données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2021, la population d'étude sélectionnée était constituée des femmes ayant eu une césarienne avant travail et ayant répondu à la question : « [...] quel chiffre décrit le mieux l'importance de votre douleur au tout début de la césarienne ?». La douleur était définie comme ≥4/10 sur une échelle numérique simple (ENS). Les facteurs individuels maternels, de la grossesse, de l'accouchement et organisationnels associés à la douleur ont été recherchés par des analyses uni et multivariée par régression logistique multiniveau.

Résultats : Au total, 1135 femmes ont été incluses. Parmi elle, 846 (74,5%) déclaraient une ENS à 0, 132 (12,2%) une ENS entre 1 et 3, 150 femmes (13,2%) une ENS ≥ 4. En analyse multivariée, les facteurs de risque associés à la douleur étaient : l'âge < 30 ans (Odd Ratio ajusté (ORa) 1,69, intervalle de confiance à 95% (IC95%)[1,05-2,73]), la préexistence de comorbidités (ORa 1,68 IC95%[1,08-2,63]), la précarité (ORa 1,70 IC95%[1,07-2,70]), l'utérus cicatriciel (uni-cicatriciel : ORa 1,65 IC95%[1,06-2,56], multi-cicatriciel : ORa 2,13 IC95%[1,29-3,51]), la réalisation de la césarienne en urgence la nuit (ORa 2,59 IC95%[1,60-4,19]). Aucun facteur organisationnel n'était associé.

Conclusion : Plus d'une femme sur dix présentaient une douleur à l'incision lors d'une césarienne avant travail en France en 2021. Ces résultats ont mis en évidence des facteurs de risque individuels maternels plus qu'organisationnels et des profils de femmes à risque pour lesquels les soignants devraient rester vigilants.

ACCOUCHEMENT 1

Kim COURTIN FILIPPI[1],

Camille Le Ray[2], Thibault Wartelle[3], Yousra Haddadi[4]

1. Université Paris Est Créteil
2. Maternité Port Royal, Hopital Cochin, Université Paris Cité, APHP, Paris, Île-de-France, France Centre de recherche et d'épidémiologie statistique (CRESS), Equipe de recherche en épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique, EPOPé, INSERM, INRA, Paris, Île-de-France, France
3. Maternité port-Royal, Cochin, Paris
4. CIC, Port-Royal, Cochin

Facteurs associes a la perte de contrôle et l'insatisfaction des femmes lors d'un accouchement instrumental

Introduction : Les accouchements instrumentaux peuvent être source de complications maternelles et néonatales. Ils sont également plus à risque d'insatisfaction que les accouchements par voie basse spontanée, avec un sentiment de perte de contrôle par les femmes. Mieux comprendre les facteurs associés à cette perte de contrôle et cette insatisfaction pourrait permettre d'améliorer les pratiques.

Objectif : L'objectif de notre étude est d'identifier les facteurs liés à une perte de contrôle et d'insatisfaction des femmes lors des accouchement instrumentaux.

Matériel et Méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective uni centrique entre le 1er juillet 2025 et le 31 janvier 2026. En suites de naissances, toutes les femmes ayant eu un accouchement instrumental ont été sollicités pour compléter le questionnaire Labour Agentry Scale (LAS). Nous avons défini comme seuil de perte de contrôle et d'insatisfaction le premier quartile du score du LAS au sein de notre population. Les facteurs maternels et obstétricaux ont été étudiés l'aide d'analyses uni et multivariées.

Résultats : durant la période d'étude, 294 femmes ont accouché par voie basse instrumentale, 159 ont répondus au questionnaire (54%). Les facteurs significativement associés à un LAS<1er quartile était : un âge < 35 ans (ORa=3.81, 95%IC[1.23-11.84]), les antécédents psychiatriques (ORa=6.34 [1.43-28.05]) et la durée d'extraction (ORa=1.19 [1.04-1.36]). L'extraction pour anomalies du RCF (versus non progression) était à la limite de la significativité (ORa=3.10 [0.98-9.81]). On ne retrouvait pas d'association significative entre un LAS<1er quartile et la survenue de complications maternelles ou néonatales.

Conclusion : La perte de contrôle et l'insatisfaction semble plus fréquente chez les femmes présentant des facteurs de vulnérabilité (moins de 35 ans et antécédents psychiatriques). Ces facteurs devraient être pris en compte par les soignants pour accompagner au mieux ces femmes en cas d'accouchement instrumental.

ACCOUCHEMENT 1

Ninon DUPUIS[1,2],

Catherine Deneux-Tharaux[2], Thomas Schmitz[3,4,5], Camille Le Ray[2,6]

1. Maternité Paule de Viguier, CHU de Toulouse, Toulouse, France
2. Université Paris Cité, Obstetrical Perinatal and Pediatric Lifecourse Epidemiology (OPPaLE Team), U 1153 CRESS, INSERM, INRAE, Paris, France
3. Université Paris Cité et Université Sorbonne Paris Nord, Inserm, INRAE, Center for Research in Epidemiology and Statistics (CRESS), Obstetric Perinatal and Pediatric Life Course Epidemiology (OPPaLE), Institut Interdisciplinaire Santé des Femmes iLUISH, France
4. Institut de recherche - centre de santé universitaire de McGill, Montréal, Québec, Canada
5. Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Robert Debré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris, France.
6. Maternité Port-Royal, AP-HP, APHP Centre, Université Paris Cité, FHU PREMA, Paris, France

Évolution des pratiques obstétricales chez les femmes ayant un antécédent de césarienne : données populationnelles issues des Enquêtes Nationales Périnatales (ENP) en France entre 1998 et 2021

Contexte : La tentative de voie basse après césarienne (TVBAC) est recommandée par plusieurs sociétés savantes, notamment en France depuis 2012. L'impact de ces recommandations à l'échelle populationnelle reste peu documenté. L'objectif était d'en décrire l'évolution entre 1998 et 2021.

Méthodes : Étude à partir des Enquêtes Nationales Périnatales de 1998 à 2021 incluant les femmes avec antécédent de césarienne(N=7103) et analysant les taux de : Césarienne Programmée avant travail (CPAC), TVBAC, Voie basse après césarienne (VBAC), déclenchement et VBAC après déclenchement. Les tendances temporelles ont été étudiées par modèles additifs généralisés, ajustés sur l'âge maternel, l'indice de masse corporelle, la parité et la nationalité. Des analyses stratifiées ont été réalisées selon le statut de la maternité.

Résultats : Entre 1998 et 2021, la proportion des femmes de plus de 35 ans a augmenté de 27,3% à 39,7%, en situation d'obésité de 12,1% à 24,2% et de nationalité étrangère de 13,2% à 24,2%. La part des accouchements en CHU est passée de 14,5% à 23,9%, tandis que celle des maternités privées a diminué de 39,1% à 21,0%. Le taux de TVBAC a augmenté de 50,1% à 56,2% tandis que celui des CPAC a diminué de 49,9 % à 43,8 %(p<0,001). Le taux global de VBAC a progressé de 35,4% à 39,9%(p<0,001). Le recours au déclenchement du travail a doublé (8,1% à 15,2%, p<0,01). En revanche, le taux de VBAC après déclenchement est resté stable (67,8% à 63,6%, p=0,41). Les tendances étaient similaires après ajustement et selon le type de maternité.

Discussion : Entre 1998 et 2021, les pratiques ont évolué vers une augmentation de la TVBAC et une diminution des CPAC. Malgré une évolution vers des caractéristiques maternelles moins favorables au succès de la TVBAC, il a été possible de faire évoluer les pratiques vers une augmentation du taux de VBAC, quel que soit le statut de la maternité.

ACCOUCHEMENT 1

Valeria DE STEFANO[1],

Louis Galan, Anne-Frédérique Dalmas, Maxence Hureau, Duyti|Sharma, Kevin Leduc, Louise Ghesquière, Charles Garabedian

Université de Lille

Effet de la péridurale sur le système nerveux autonome fœtal. Étude expérimentale chez le fœtus de brebis

Contexte : L'analgésie péridurale est utilisée dans 82% des accouchements en France. La majorité des césariennes en cours de travail est réalisée sous anesthésie péridurale. L'initiation d'une analgésie ou d'une anesthésie neuraxiale peut être associée à la survenue d'une hypotension maternelle et d'anomalies du rythme cardiaque fœtal.

Objectif : Evaluer l'impact de l'analgésie péridurale et de sa conversion en anesthésie péridurale sur l'homéostasie fœtale.

Matériel et méthodes : Un modèle expérimental de brebis gestante a été développé. L'homéostasie fœtale a été étudiée via l'analyse de la variabilité du rythme cardiaque fœtal (VCF), reflet de l'activité du système nerveux autonome (SNA) et marqueur d'acidose fœtale. Les fœtus étaient instrumentés sous anesthésie générale, et un cathéter péridural était mis en place chez la brebis. Le protocole expérimental, réalisé à J5 post opératoire, comprenait une phase d'induction d'analgésie péridurale par titration d'anesthésiques locaux, une phase d'entretien, puis une conversion en anesthésie obstétricale. L'hémodynamique et la gazométrie maternelle et fœtale étaient monitorés.

Résultats : Quatorze brebis ont été opérées et 8 ont été exclues. Le modèle a été validé devant l'observation de l'ascension progressive d'un bloc sensitivo-moteur. Une diminution de la fréquence cardiaque (FC) et de la pression artérielle moyenne (PAM) maternelle a été observée entre la phase de stabilité et la phase anesthésique (FC : 132 [128-135] vs 97 [95-104] bpm ; PAM : 82 [74-87] vs 66 [64-68] mmHg). L'hémodynamique fœtale apparait stable entre ces deux phases (FC : 172 [170-206] vs 176 [164-175] bpm ; PAM : 58 [44-56] vs 54 [47-57] mmHg). L'analyse de l'activité du SNA fœtal est en cours.

Conclusions : Les effets de l'anesthésie péridurale sur le SNA fœtal n'ont jamais été analysés. Cette étude permettra une meilleure compréhension de la physiologie des effets de l'analgésie et anesthésie neuraxiale en cours de travail.

GROSSESSE 1

JEUDI 15 OCTOBRE
14h30 - 16h30
SALLE 1

JEUDI 15 OCTOBRE

SESSION PARALLÈLE - Salle 1

14h30 - 16h30 COMMUNICATIONS LIBRES - GROSSESSE 1

Modération : Rozenn Collin, Sage-Femme - Nantes
& Claire Fleurier Jeannot, Gynécologue Obstétricienne, Coordinatrice Réseau Périnat Centre Val de Loire - Blois

- **Exploration des inégalités de mortalité maternelle des femmes migrantes par rapport aux femmes natives en France : une étude nationale**
  Manon Morillon, Ivry-sur-Seine

- **Souhait, planification de la grossesse et santé mentale maternelle en post-partum : analyse de l'Enquête Nationale Périnatale 2021**
  Alexandra de Sousa Dantas, Paris

- **Association entre un résultat faux positif au dépistage prénatal et le bien-être psychologique maternel : une analyse à partir des Enquêtes nationales périnatales 2016 et 2021**
  Elodie Logodin, Paris

- **Intérêt d'un nomogramme prédictif pour optimiser la corticothérapie anténatale en cas de menace d'accouchement prématuré**
  Solène Rolland, Suresnes

- **CTC-OPT : un modèle de machine learning d'ensemble pour prédire l'accouchement dans la fenêtre thérapeutique de la corticothérapie anténatale**
  Simon Crequit, Montreuil

- **Passage transplacentaire des anti épileptiques de troisième génération : résultats de perfusions ex vivo de placentas humains de 3e trimestre**
  Estelle Heggarty, Montigny-le-Bretonneux

- **Dengue pendant la grossesse en Guyane Française : Influence du terme de survenue et de la sévérité maternelle sur les issues périnatales**
  Romane Cousin, Paris

- **Inégalités sociales d'accouchement prématuré et rôle médiateur du suivi prénatal sous-optimal : une étude nationale en France**
  Camille Lauden, Paris

GROSSESSE 1

Manon MORILLON[1],

Catherine Deneux-Tharaux[1,2], Elie Azria[1,2,3]

1. Université Paris Cité
2. Université Sorbonne Paris Nord, Inserm, INRAE, Centre for Research in Epidemiology and Statistics, F-75004 Paris, France
3.. Service de Gynécologie-Obstétrique, Maternité Notre-Dame de Bon Secours, Hôpital Saint-Joseph, F-75014 Paris, France

Exploration des inégalités de mortalité maternelle des femmes migrantes par rapport aux femmes natives en France : une étude nationale

Contexte: En France les mères nées à l'étranger représentent ¼ des parturientes et sont un groupe à sur-risque de mortalité maternelle. Les mécanismes de cette surmortalité ont fait l'objet d'une analyse ancienne qui nécessite une actualisation en raison de l'évolution des flux migratoires et des pratiques de soins.

Objectifs: Quantifier l'association entre régions OMS de naissance et risque de mortalité maternelle en France et exploration des mécanismes impliqués dans le surrisque de mortalité chez les femmes migrantes, avec les données les plus récentes disponibles.

Méthodes: Etude cas-témoins nationale française. Les cas sont les morts maternelles 2013-2018 de l'ENCMM (n=426) et les témoins les femmes de l'ENP 2016, échantillon national représentatif (n=12413). L'association entre risque de MM et statut migratoire est estimé par régression logistique multivariée. Le rôle médiateur des vulnérabilités sociales et du profil métabolique des femmes est étudié par analyse de médiation; le rôle des soins sous optimaux, par comparaison de leur prévalence entre femmes migrantes et natives décédées.

Résultats: Les femmes nées à l'étranger ont un surrisque de MM (ORa=1.71 IC95[1.38-2.11]), notamment celles nées en régions Amériques (ORa=2.60 IC95[1.55-4.37]), Asie (ORa=3.23 IC95[1.91-5.47]) et Afrique (hors Afrique du Nord) (ORa=2.90 IC95[2.16-3.91]), portant principalement sur la mortalité de causes obstétricales directes. Aucun excès de risque retrouvé chez celles nées en régions Méditerranée Orientale ou Europe. Une part de cette surmortalité est expliquée par la vulnérabilité sociale (proportion médiée 32.2% IC95[13.7-71.8]) et le profil métabolique (proportion médiée 17.7% IC95[6.4-42.1]. Parmi les femmes décédées, les soins d'obstétrique et d'anesthésie sous-optimaux durant l'épisode aigu létal sont plus fréquents dans les mêmes sous-groupes.

Conclusion: Les femmes migrantes présentent une surmortalité maternelle par causes directes par rapport aux natives, que leur plus fréquente vulnérabilité sociale et comorbidités n'expliquent qu'en partie. Cette disparité varie selon leur région de naissance et s'accompagne plus souvent de soins sous-optimaux.

GROSSESSE 1

Alexandra DE SOUSA DANTAS[1],

Justine Hugon-Rodin[2], Elie Azria[2]

1. Université Paris Cité
2. INSERM

Souhait, planification de la grossesse et santé mentale maternelle en post-partum : analyse de l'Enquête nationale périnatale 2021

Contexte - objectifs : L'intentionnalité de la grossesse est un concept multidimensionnel qui recouvre le souhait et la planification de la grossesse. Si les grossesses non intentionnelles ont été associées à une moins bonne santé mentale maternelle, les rôles respectifs de ces deux dimensions restent peu étudiés. Cette étude vise à évaluer l'association entre l'intentionnalité de la grossesse et la santé mentale maternelle à 2 mois du post-partum.

Méthodes : Les données de l'Enquête Nationale Périnatale 2021 en France métropolitaine ont été analysées. Les critères de jugement étaient l'anxiété, la dépression et les idées suicidaires à deux mois du post-partum, évaluées à l'aide de l'Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg. L'intentionnalité de la grossesse a été appréhendée selon deux dimensions : la planification (adaptation du London Measure of Unplanned Pregnancy : non planifiée, ambivalente ou planifiée) et le souhait de grossesse (souhaitée ou non souhaitée). Les associations ont été estimées par modèles de Poisson à variance robuste après imputation des données manquantes.

Résultats : Parmi les 12 061 femmes incluses, 10,9 % rapportaient une grossesse non planifiée, 10,6 % une grossesse ambivalente et 17,0 % une grossesse non souhaitée. Après ajustement, les grossesses non planifiées ou ambivalentes n'étaient associées à aucun des critères étudiés. À l'inverse, les grossesses non souhaitées étaient associées à un risque accru d'anxiété (RRa=1,18 ; IC95 % [1,06-1,32]), de dépression (RRa=1,34 ; IC95 % [1,15-1,55]) et d'idées suicidaires (RRa=1,45 ; IC95 % [1,09-1,93]) par rapport aux grossesses souhaitées.

Conclusion : Dans cette étude nationale, le souhait de grossesse apparaît plus étroitement associé à la santé mentale du post-partum que la planification de la grossesse. Ces résultats soulignent l'intérêt de distinguer ces deux dimensions lors du suivi prénatal afin de mieux identifier les femmes à risque de troubles psychiques après la naissance.

GROSSESSE 1

Elodie LOGODIN,

Jennifer Zeitlin, Alice Hocquette

Université Paris Cité and Université Sorbonne Paris Nord, Inserm, INRAE, Centre for Research in Epidemiology and Statistics, F-75004 Paris, France

Association entre un résultat faux positif au dépistage prénatal et le bien-être psychologique maternel : une analyse à partir des Enquêtes nationales périnatales 2016 et 2021

Introduction : Le dépistage prénatal est systématiquement proposé pour détecter des pathologies fœtales potentiellement graves, notamment les troubles de la croissance (retard de croissance (RCIU), macrosomie) et les aneuploïdies, mais les performances sont mitigées. L'augmentation de la sensibilité entraîne une augmentation des résultats faux positifs (FP), entrainant pour des femmes enceintes des conséquences iatrogènes, en particulier anxiété et inquiétude. L'objectif est d'étudier l'association entre un résultat FP et le mal-être psychologique des femmes pendant la grossesse et en postpartum.

Méthodes : A partir des Enquêtes Nationales Périnatales 2016 et 2021, nous avons inclus 15222 femmes avec un enfant unique né vivant ≥35 SA, sans anomalies de croissance ou congénitales. Les expositions étaient: (1) FP au dépistage des anomalies de croissance (mention dans le dossier médical), (2) FP au dépistage des aneuploïdies (recours à un dépistage de première et de deuxième ligne), et (3) FP à au moins un dépistage. Les critères de jugement étaient le mal-être psychologique perçu pendant la grossesse, et la présence de symptômes anxieux à 2 mois (score ≥ 5 sur l'échelle EPDS-3a). Des analyses en sous-groupes ont été réalisées chez les femmes à bas risque.

Résultats : 20.2 % des femmes avaient un résultat FP à au moins un dépistage, 2.2% pour le RCIU, 5.0% pour la macrosomie et 14.0% pour les aneuploïdies. Un résultat FP à au moins un dépistage était significativement associé au mal-être psychologique perçu (ORa =1,25, IC95%=1,10-1,42) et à des symptômes anxieux en post-partum (ORa=1,27 ; IC95%=1,07-1,52). Chez les femmes à bas risque, cette association persistait.

Conclusion : Un résultat FP lors du dépistage prénatal peut avoir un effet négatif sur le bien-être de la mère et augmenter le risque d'anxiété dans le post-partum. Des études supplémentaires sont nécessaires pour clarifier ces effets et identifier les groupes vulnérables.

GROSSESSE 1

Solène ROLLAND[1],

Aude Girault[2], Clémentine Renaudin[2]

1. UVSQ
2. AP-HP

Intérêt d'un nomogramme prédictif pour optimiser la corticothérapie anténatale en cas de menace d'accouchement prématuré

Contexte : En cas de menace d'accouchement prématuré (MAP), la corticothérapie anténatale (CAN) réduit significativement la morbi-mortalité néonatale. Son efficacité est optimale lorsque la naissance survient dans les 7 jours suivant la première injection, or la prédiction de l'accouchement en cas de MAP demeure difficile. Di Donato et al. ont développé un nomogramme prédictif du risque d'accouchement prématuré intégrant des paramètres cliniques et paracliniques, dont la validation interne a montré de bonnes performances discriminantes. Cependant, ce nomogramme n'a pas fait l'objet d'une validation externe, et son utilité en pratique clinique réelle pour guider l'indication de la CAN reste à établir.

Objectif : Évaluer la validité externe du nomogramme de Di Donato et al. et son intérêt pour optimiser l'indication de la corticothérapie anténatale en cas de MAP.

Méthodologie : Étude de cohorte rétrospective dans une maternité de type 3. Les femmes avec une grossesse unique hospitalisées pour une MAP entre 23 et 33SA+6jours, entre mai 2023 et janvier 2026 étaient incluses. Le critère de jugement principal l'accouchement <34SA dans les 7 jours suivant l'administration de la CAN, ainsi que des femmes exposées à la CAN malgré un nomogramme négatif et ayant accouché à terme. Le critère de jugement secondaire était le nombre de femmes exposées à la CAN et accouchant ≥37SA.

Résultats : Parmi les 476 femmes incluses, 50 accouchaient avant 34SA et dans les 7 jours suivant la CAN. Le seuil du nomogramme positif était atteint chez 45 (90%) d'entre elles tandis qu'en pratique réelle, 49 (98%) avaient reçues la CAN. Parmi les 278 femmes accouchant à terme, le seuil du nomogramme positif était atteint chez 93 (33,5%) femmes tandis qu'en pratique réelle 187 (67%) avaient reçues la CAN. La sensibilité du nomogramme dans la population d'étude était de 90% et la valeur prédictive négative de 98%.

Conclusion : En cas de MAP, le nomogramme apparait comme un outil performant pour identifier les femmes à faible risque d'accouchement. Sa forte valeur prédictive négative pourrait contribuer à réduire les expositions inutiles à la CAN.

GROSSESSE 1

Simon CRÉQUIT,

Bruno Renevier, Jean-Baptiste Chanier

CHI André Grégoire

CTC-OPT : un modèle de machine learning d'ensemble pour prédire l'accouchement dans la fenêtre thérapeutique de la corticothérapie anténatale

Contexte : La corticothérapie anténatale (CTC) est recommandée dans un large spectre d'indications obstétricales pour réduire la morbi-mortalité néonatale en cas d'accouchement prématuré imminent, mais son bénéfice est strictement limité à une fenêtre thérapeutique de sept jours. Une proportion significative des femmes traitées accouche au-delà de cette fenêtre, entraînant une exposition médicamenteuse inutile avec des complications potentielles à long terme pour le fœtus.

Objectif : Développer et valider un modèle d'apprentissage automatique (ML) de type ensemble permettant de prédire l'accouchement dans les sept jours suivant l'administration d'une CTC, toutes indications cliniques confondues.

Méthodes : Une étude de cohorte rétrospective a été conduite à la maternité du centre hospitalier de Montreuil (France), incluant toutes les grossesses ayant bénéficié d'une CTC entre mai 2019 et février 2026. Au total, 1 684 grossesses ont été réparties en groupes d'entraînement (n = 1 347) et de validation (n = 337). À partir de 154 variables cliniques, sept algorithmes de ML (XGBoost, LightGBM, RandomForest, réseau de neurones multicouche, LASSO, ElasticNet et régression logistique) ont été entraînés par optimisation bayésienne des hyperparamètres et diverses stratégies de rééquilibrage des classes. Une recherche exhaustive de combinaisons d'ensemble a identifié la configuration optimale. La sélection parcimonieuse des variables a été guidée par un classement consensuel SHAP. L'utilité clinique a été évaluée par analyse des courbes de décision.

Résultats : Le meilleur modèle d'ensemble (CTC-OPT), combinant trois modèles par une règle d'agrégation par minimum de probabilité, a atteint une sensibilité de 98,3 % et une spécificité de 51,8 % sur l'ensemble de validation indépendant (AUROC = 0,831), avec seulement 23 variables clinico-biologiques. Par rapport à une stratégie de traitement systématique, le modèle réduirait d'environ 52 % les administrations de CTC inutiles en ne manquant que moins de 2 % des patientes dans la fenêtre thérapeutique. L'analyse des courbes de décision a démontré que le modèle surpassait les stratégies « traiter toutes » et « ne traiter aucune » pour l'ensemble des seuils de décision cliniquement pertinents.

Conclusion : Le modèle CTC-OPT basé sur 23 variables cliniques réduit substantiellement l'exposition inutile à la CTC toutes indications obstétricales confondues, tout en maintenant une sensibilité quasi complète. Cet outil d'aide à la décision clinique pourrait optimiser le moment de l'administration de la corticothérapie anténatale en pratique courante.

GROSSESSE 1

Estelle HEGGARTY[1],

Gaëlle Chauveau[2], Paul Berveiller[1], Yoann Rodriguez[3], Sophie Duban-Deweer[4], Johan Hachani[4], Anne Tarrade[5], Hadia Moindjie[6], Nicola Marchi[7]

1. CHI Poissy Saint Germain - UMR INSERM UVSQ 1357 IMPROVE Montigny Le Bretonneux
2. Inovarion, Paris - UMR INSERM UVSQ 1357 IMPROVE, Montigny Le Bretonneux
3. UMR INSERM UVSQ 1357 IMPROVE Montigny Le Bretonneux
4. UR 24, Laboratoire de la BArrière Hémato Encéphalique (LBHE), université d'Artois, Lens
5. INRAE, BREED, Jouy en Josas
6. UMR INSERM UVSQ 1357 IMPROVE Monitgny Le Bretonneux
7. Institut de Génomique Fonctionnelle (IGF), université de Montpellier, CNRS, INSERM, Montpellier

Passage transplacentaire des anti épileptiques de troisième génération : résultats de perfusions ex vivo de placentas humains de 3e trimestre.

Contexte : L'épilepsie touche environ 0,5 % des femmes enceintes, pour lesquelles un traitement antiépileptique est souvent indispensable. Si le profil de sécurité fœtale des antiépileptiques de première et deuxième générations est bien documenté, les données concernant les molécules de troisième génération restent très limitées

Objectif : Fournir les premières données précliniques sur le transfert placentaire et l'accumulation tissulaire du brivaracétam, du cénobamate et du pérampanel.

Matériels et méthodes : Des placentas à terme issus de grossesses physiologiques ont été perfusés en circuit ouvert pendant 90 minutes, chaque médicament étant administré en monothérapie aux concentrations plasmatiques moyennes rapportées chez l'adulte (brivaracétam : 2 mg/L ; cénobamate : 0,5 mg/L ; pérampanel : 20 mg/L). L'antipyrine servait de témoin positif. Des échantillons ont été prélevés toutes les 5 minutes dans le compartiment fœtal et toutes les 30 minutes dans le compartiment maternel. Après lavage, des prélèvements tissulaires ont été effectués. Les concentrations ont été dosées spectrométrie de masse.

Résultats : Vingt placentas ont été perfusés avec succès (brivaracétam : n = 7 ; pérampanel : n = 7 ; cénobamate : n = 6). Les taux de transfert fœtal étaient de 20,92 ± 0,13 % pour le brivaracétam, 22,50 ± 0,49 % pour le cénobamate et 37,46 ± 0,36 % pour le pérampanel. Les indices de clairance du brivaracétam et du cénobamate étaient comparables (0,76 ± 0,01 et 0,76 ± 0,008), contre 1,14 ± 0,02 pour le pérampanel. Les ratios d'accumulation placentaire étaient faibles pour le brivaracétam (0,025 ± 0,011) et le cénobamate (0,002 ± 0,001), mais significativement plus élevés pour le pérampanel (0,207 ± 0,018).

Conclusion : Le pérampanel présente un transfert placentaire et une accumulation tissulaire significativement supérieurs à ceux du brivaracétam et du cénobamate. Son indice de clairance évoque l'implication de mécanismes de transport actif. Des études complémentaires sont en cours pour évaluer les effets de ces trois molécules sur les cellules placentaires in vitro et leur impact in vivo dans un modèle murin d'exposition in utero.

GROSSESSE 1

Romane COUSIN[1],

Najeh Hcini[2]

1. Université Paris Saclay
2. Chef de service de la maternité de Saint Laurent du Maroni

Dengue pendant la grossesse en Guyane Française : Influence du terme de survenue et de la sévérité maternelle sur les issues périnatales

La dengue constitue un enjeu majeur de santé publique en Guyane française, où elle circule selon un mode endémo-épidémique. Pendant la grossesse, cette infection est associée à un risque accru de complications maternelles et périnatales, mais les facteurs associés aux issues obstétricales défavorables restent insuffisamment caractérisés. L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs associés aux issues défavorables de grossesse chez les femmes enceintes hospitalisées pour dengue confirmée, avec un intérêt particulier pour le terme de survenue de l'infection et la sévérité maternelle.

Nous avons conduit une étude observationnelle rétrospective bi centrique entre 2013 et 2024 dans les deux principales maternités de Guyane française. Ont été incluses les femmes enceintes hospitalisées pour une dengue biologiquement confirmée. Le critère de jugement principal était un critère composite associant prématurité avant 37 semaines d'aménorrhée, faible poids de naissance (< 2500 g) ou mort fœtale in utero. Une analyse multivariée par régression logistique a été réalisée, complétée par des analyses de sensibilité et des analyses exploratoires.

Au total, 89 patientes correspondant à 91 grossesses ont été incluses. Une issue défavorable de grossesse est survenue dans 22/91 cas (24,1 %). En analyse multivariée, une infection dengue survenant avant 28 SA était associée à une augmentation significative du risque d'issue défavorable (OR ajusté = 5,42 ; IC95 % [1,83–16,02] ; p = 0,002). Une dengue sévère était également associée à ce risque (OR ajusté = 7,23 ; IC95 % [1,26–41,43] ; p = 0,026), contrairement à l'âge maternel et à l'anémie. L'association entre infection précoce et issues défavorables persistait dans les analyses de sensibilité, y compris lorsque le terme de survenue de l'infection était modélisé comme variable continue. L'analyse des composantes du critère principal retrouvait une association significative avec le faible poids de naissance et la mort fœtale in utero, mais pas avec la prématurité avant 37 SA. Par ailleurs, les infections survenant au troisième trimestre étaient associées à un risque accru d'accouchement dans les deux semaines suivant l'épisode infectieux.

Dans cette cohorte hospitalière, le terme de survenue de l'infection dengue apparaît comme un déterminant majeur du pronostic obstétrical, avec des profils de retentissement distincts selon le moment de l'exposition. Les infections précoces semblaient davantage associées à des complications fœtales différées, tandis que les infections tardives étaient associées à des conséquences obstétricales plus immédiates. Un signal d'association avec les formes maternelles sévères était également observé, suggérant un rôle potentiel de la gravité clinique maternelle dans certains contextes.

GROSSESSE 1

Camille LAUDEN[1],

Diane Naouri[2], Elie Azria[3]

1. Université Paris Cité
2. AP-HP, DREES
3. Hôpital Paris Saint Joseph, Université Paris Cité, INSERM UMR1153

Inégalités sociales d'accouchement prématuré et rôle médiateur du suivi prénatal sous-optimal : une étude nationale en France

Introduction : L'existence d'inégalités sociales de santé est aujourd'hui bien documentée, mais le sens et la magnitude de ces inégalités peuvent varier de manière importante selon l'exposition sociale considérée ou l'issue de santé étudiée. Dans le contexte périnatal, certaines études rapportent des résultats en faveur d'un surrisque d'accouchement prématuré chez les femmes les plus défavorisées. Comprendre les mécanismes de l'association entre exposition sociale et accouchement prématuré, et notamment le potentiel rôle médiateur du suivi prénatal sous-optimal est essentiel afin d'identifier des leviers d'action permettant de réduire les inégalités sociales de santé.

Méthodes : Cette étude est basée sur les données de l'EDP-Santé et inclut toutes les femmes ayant donné naissance entre 2015 et 2020. L'accouchement prématuré a été défini à partir des informations du séjour d'accouchement. Des analyses de médiation ont été réalisées afin d'étudier le rôle médiateur du suivi prénatal sous-optimal dans l'association entre l'exposition sociale et l'accouchement prématuré.

Résultats : Les 20% des femmes ayant le niveau de vie le plus bas présentaient un risque 1.5 fois plus élevé d'accouchement prématuré par rapport aux 20% des femmes les plus aisées (RR = 1,52 ; IC95% [1,42-1,64]). Un faible niveau de vie était également fortement associé à une probabilité accrue de suivi prénatal sous-optimal (RR = 1,76 ; IC95% [1,68-1,85]), lui-même lié à une augmentation du risque d'accouchement prématuré (RR = 1,24 ; IC95% [1,05-1,45]). Les analyses de médiation suggéraient qu'une faible proportion de l'association entre niveau de vie et accouchement prématuré était expliquée par le suivi prénatal sous-optimal (1,7 %). Cette proportion était plus élevée pour la prématurité spontanée (3,9 %) que pour la prématurité induite, pour laquelle aucune médiation n'était observée.

Conclusion : Si le suivi prénatal sous-optimal est associé au risque d'accouchement prématuré, son rôle de médiateur reste marginal dans l'explication des inégalités sociales observées.

NÉONATOLOGIE 1

JEUDI 15 OCTOBRE
14h30 - 16h30
SALLE 2

JEUDI 15 OCTOBRE

SESSION PARALLÈLE - Salle 2

14h30 - 16h30 COMMUNICATIONS LIBRES - NÉONATALOGIE 1

Modération : Emmanuelle Dalaudier, Sage-Femme, Coordinatrice Réseau Périnat Centre Val de Loire - Tours
& Silvia Iacobelli, Pédiatre - La Réunion

- Probiotiques et risques de décès, d'entérocolite ulcéro-nécrosante, et de sepsis chez les enfants nés grands prématurés (28-31 SA) en Suède entre 2017 et 2024
  Ayoub Mitha, Tours

- Effet hémodynamique des événements périnataux lors de la réanimation avec cordon intact
  Eléonore Dalmas, Lille

- Quotidien de l'enfant et environnement familial après encéphalopathie anoxo-ischémique néonatale : comparaison des cohortes LyTONEPAL et ELFE à 1-1.5 an et 3-3.5 ans
  Alice de Martin, Paris

- Conséquences des antibiothérapies précoces chez les extrêmes prématurés sur la morbi-mortalité néonatale avant la sortie d'hospitalisation
  Jean-François Vartanian-Grimaldi, Paris

- Impact de l'heure de naissance sur le pronostic chirurgical et néonatal des laparoschisis
  Manon Metrop, Lille

- Évolution de la paralysie cérébrale entre 2 et 10 ans parmi les enfants nés grands prématurés de la cohorte EPIPAGE-2
  Anaïs Roy, Paris

- Effets néonataux de l'exposition in utero aux bêtabloquants : étude rétrospective des événements survenus lors d'une surveillance néonatale systématique (Janvier 2025 – Avril 2026)
  Clara Baleyte, Paris

- Taux d'allaitement maternel après chirurgie digestive néonatale : étude monocentrique dans un centre périnatal de type III chirurgical
  Aurélie Pham, Paris

NÉONATALOGIE 1

Ayoub MITHA[1],

Sofia Söderquist Kruth[2], Emma Persad[2], Magnus Domellöf[3], Björn Brindefalk[4], Stefan Johansson[5], Thomas Abrahamsson[6], Alexander Rakow[7]

1. Division of Clinical Epidemiology, Department of Medicine Solna, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden
2. Department of Women's and Children's Health, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden
3. Deptartment of Clinical Sciences, Pediatrics, Umeå University
4. Department of Molecular Biosciences, The Wenner-Gren Institute, Stockholm University, Stockholm, Sweden.
5. Department of Neonatology, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden
6. Department of Biomedical and Clinical Sciences, Linköping University and Crown Princess Victoria Children's Hospital, Linköping, Sweden
7. Department of Neonatology, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden

Probiotiques et risques de décès, d'entérocolite ulcéro-nécrosante, et de sepsis chez les enfants nés grands prématurés (28-31 SA) en Suède entre 2017 et 2024.

Contexte : La supplémentation en probiotiques chez les nouveau-nés prématurés est associée à une amélioration des résultats cliniques, notamment une réduction du risque d'entérocolite ulcéro-nécrosante (ECUN). Toutefois, les données en conditions réelles restent hétérogènes. En 2020, la Société Suédoise de Néonatologie a recommandé une supplémentation systématique des grands prématurés (28+0 à 31+6 SA) par une association de Bifidobacterium infantis Bb-02, Bifidobacterium lactis BB-12® et Streptococcus thermophilus TH-4®.

Objectif : Évaluer l'impact clinique de cette stratégie nationale chez les grands prématurés.

Méthodes : Étude nationale avant-après à partir du registre suédois des naissances. Tous les grands prématurés nés vivants entre 2017 et 2024 ont été inclus, à l'exception des décès survenus dans les trois premiers jours de vie et des anomalies congénitales ou chromosomiques. Les nouveau-nés ont été comparés selon l'exposition aux probiotiques pour les critères de décès, d'ECUN et de sepsis. Les analyses reposaient sur des régressions logistiques et des méthodes par score de propension ajustées sur l'âge gestationnel, le poids de naissance, le score d'Apgar, l'administration de surfactant et l'année de naissance.

Résultats : Parmi 4 848 grands prématurés inclus, 1 606 ont reçu des probiotiques. La couverture est passée de 0% avant 2020 à 70% en 2024. L'exposition aux probiotiques était associée à une diminution du risque d'ECUN (0,6% vs 2,5% ; aRR 0,29 [0,15-0,56]), d'ECUN chirurgicale (0,1% vs 1,3% ; aRR 0,04 [0,01-0,20]) et de décès (0,2% vs 1,6% ; aRR 0,16 [0,06-0,44]). Aucun effet n'a été observé sur les sepsis (3,1% vs 3,2%). Les résultats étaient concordants après appariement par score de propension.

Conclusion : La supplémentation systématique par ce probiotique multi-souches est associée à une réduction significative du risque d'ECUN et de décès chez les grands prématurés. Des études complémentaires sont nécessaires avant d'étendre ces résultats à d'autres populations, notamment aux prématurés extrêmes (<28 SA).

NÉONATALOGIE 1

Eléonore DALMAS[1],

Kevin Le Duc[2], Baptiste Teillet[2]

1. Université de Lille
2. CHU de Lille

Effet hémodynamique des événements périnataux lors de la réanimation avec cordon intact

Contexte : Chez les nouveau-nés à risque de maladaptation, le clampage immédiat du cordon peut perturber la transition hémodynamique et favoriser des lésions d'organes. La réanimation à cordon intact (RCI) pourrait améliorer cette transition, mais son implémentation reste limitée par l'absence de monitorage direct de la circulation fœto-placentaire, notamment lors d'événements graves comme une occlusion cordonale ou une bradycardie fœtale.

Objectif : L'objectif principal est d'étudier la faisabilité de détection non-invasive d'évènements périnataux à risque pendant une RCI, en utilisant la débitmétrie invasive de la circulation fœto-placentaire comme référence.

Méthode : Sur un modèle ovin, deux situations altérant les flux ombilicaux lors d'une RCI ont été étudiées (occlusion cordonale par occludeur gonflable, bradycardie par bétabloquant). Les variations du débit de l'artère ombilicale commune, des paramètres hémodynamiques et l'effet des mesures correctives ont été analysées.

Résultats : Les occlusions légères induisent précocement une tachycardie significative, plus marquée chez les animaux ventilés (+12% [+8;+12] vs +3% [+1;+10] non-ventilé), associée à une baisse modérée des pressions artérielles et pression veineuse centrale dans les deux groupes. Lors d'occlusions modérées, les réponses divergent davantage, avec une réponse biphasique lorsque non-ventilé (FC -7% [-9;+5] puis +13% [+3;+16] ; PAM +7% [-8;-9] puis -6% [-8;-3] ; PVC -25% [-38;-13]) alors que la ventilation semble atténuer les variations (FC +5 % [+4;+6] ; PAM -11% [-12;-1] ; PVC -14% [-42;-2]).
Les bradycardies sont associées à une diminution concomitante du débit ombilical jusqu'à son interruption (0 à 0.02 L/min), avec diminution précoce des pressions artérielles, et augmentation de la PVC lorsque le palier <60 bpm est atteint.

Conclusion : Cette étude démontre la faisabilité de détection précoce des situations périnatales à risque, étape clef pour sécuriser de la RCI. À terme, un monitorage non-invasif permettrait d'élargir les indications de cette technique et d'en généraliser l'usage en salle de naissance.

NÉONATALOGIE 1

Alice DE MARTIN[1],

Héloise Torchin[1,2], Marie-Aline Charles[1], Anne Ego[1,3], Antoine Vilotitch[4], Isabelle Guellec[1,5], Thierry Debillon[6,7], Marie Chevallier[8,9]

1. Université Paris Cité and Université Sorbonne Paris Nord, Inserm, INRAE, Centre for Research in Epidemiology and Statistics, F-75004 Paris, France
2. Service de médecine et réanimation néonatale, AP-HP, F-75014 Paris, France
3. Univ. Grenoble Alpes, Inserm CIC1406, CHU Grenoble Alpes, Grenoble, France
4. Université Grenoble Alpes, Data Engineering Unit, Public Health Department, Grenoble Alpes University Hospital, Grenoble, France
5. Service de réanimation et médecine néonatale, Hôpital Nice Côte d'Azur, F-0600 Nice, France
6. Univ. Grenoble Alpes, CNRS, Neonatal Intensive Care Unit, Grenoble Alpes University Hospital, Grenoble, France.
7. Univ. Grenoble Alpes, CNRS, Public Health Department, Grenoble Alpes, Grenoble Institute of Engineering Univ. Grenoble Alpes, TIMC-IMAG, Grenoble, France
8. University Grenoble Alpes, INSERM U 1209, CNRS UMR 5309, Neonatology Intensive Care Unit, Grenoble, France.
9. Service Réanimation néonatale, médecine néonatale et maternité, Hôpital Couple Enfant, F-38000 Grenoble, France

Quotidien de l'enfant et environnement familial après encéphalopathie anoxo-ischémique néonatale : comparaison des cohortes LyTONEPAL et ELFE à 1-1.5 an et 3-3.5 ans

Contexte : Les études récentes sur l'encéphalopathie anoxo-ischémique (EAI) se sont concentrées sur la mortalité et les séquelles neurodéveloppementales. Peu de données sont actuellement disponibles sur le quotidien de l'enfant et de sa famille.

Objectif : Évaluer l'impact de l'EAI sur le quotidien de l'enfant (sommeil, alimentation, hospitalisations) et sur son environnement familial.

Méthode : Analyse secondaire de données prospectives multicentriques, à partir de la cohorte nationale LyTONEPAL (Long Term Outcome of Neonatal Encephalopathy, 2016), et la cohorte ELFE (Etude Longitudinale Française depuis l'Enfance, 2011). Les données proviennent des questionnaires parentaux à 1-1,5 et 3-3,5 ans recueillis lors du suivi. Les critères de jugement principaux sont les troubles du sommeil (réveils nocturnes et difficultés d'endormissement), et l'inquiétude parentale pour l'alimentation à 1-1,5 an. Les critères de jugement secondaires concernent les hospitalisations, le mode de garde et la structure familiale à 1-1,5 et 3-3,5 ans. Des régressions logistiques multivariées ajustées sur les principaux facteurs de confusion maternels et périnataux ont été réalisées. Les données manquantes ont été prises en compte par imputation multiple.

Résultats : Les enfants ayant présenté une EAI présentent plus de difficultés alimentaires à 1-1,5 an (39/284 vs 252/12397, ORa=6.9 IC95 [4.7 ; 10.1]). On ne retrouve pas de surrisque de troubles du sommeil à 1-1,5 an (92/287 vs 3785/12380, ORa=0.7 IC95 [0.5 ; 0.9]). Les enfants avec EAI sont plus hospitalisés. La structure familiale diffère significativement, avec moins de naissance de cadet et plus de séparation parentale précoce. Aucune différence significative n'est observée concernant le travail parental et le mode de garde.

Conclusion : Ces résultats soulignent l'importance d'une prise en charge multimodale et d'un suivi prenant en compte les dimensions familiales et quotidiennes après une EAI.

NÉONATALOGIE 1

Jean-François VARTANIAN-GRIMALDI[1],

Ludovic Treluyer[1,2], Chiara Lembo[1], Jean-Christophe Roze[3], Jennifer Zeitlin[1], Mathilde Letouzey[1,4]

1. Université Paris Cité and Université Sorbonne Paris Nord, Inserm, INRAE, Centre de Recherche en Epidémiologie et StatistiqueS, F-75004 Paris, France
2. Service de Médecine et réanimation néonatales de Port Royal, FHU Prem'IMPACT, Hôpital Cochin-Port Royal, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Université Paris Cité, 75014, Paris, France.
3. Service de Médecine et réanimation néonatales, CHU de Nantes, Nantes, France.
4. Département de néonatalogie, Hôpital Armand-Trousseau, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Université Paris Sorbonne, Paris, France

Conséquences des antibiothérapies précoces chez les extrêmes prématurés sur la morbi-mortalité néonatale avant la sortie d'hospitalisation

Introduction : Les nouveau-nés de moins de 28 SA reçoivent fréquemment une antibiothérapie probabiliste précoce, parfois prolongée sans infection documentée. Plusieurs études suggèrent un lien entre exposition antibiotique précoce et complications néonatales sévères, mais les données restent limitées dans cette population.

Objectif : Évaluer l'association entre exposition antibiotique précoce et complications néonatales sévères chez les enfants nés avant 28 SA.

Méthode : Analyse secondaire de l'essai européen randomisé TREOCAPA, évaluant le paracétamol pour la fermeture du canal artériel chez les moins de 28 SA (2020-2024). Les enfants avec infection néonatale précoce confirmée, décès ou ECUN avant J7 étaient exclus. L'exposition correspondait à toute antibiothérapie entre J0 et J7. Le critère principal associait décès avant 36 SA ou morbidité sévère (ECUN ≥2, dysplasie broncho-pulmonaire modérée à sévère, lésions cérébrales sévères, infection tardive). Des analyses descriptives et univariées ont été réalisées ; une analyse multivariée par pondération inverse sur score de propension et imputation multiple des données manquantes est en cours.

Résultats : Parmi les 659 nouveau-nés inclus, 528 (85%) recevaient des antibiotiques pendant la première semaine de vie. Les enfants exposés étaient plus immatures (<26 SA, 33% vs 27%) et s'adaptaient moins bien à la naissance (intubation avant admission en réanimation, 34% vs 17%). Un contexte infectieux maternel était plus souvent observé en cas d'exposition précoce aux antibiotiques tandis que la non exposition était étaient davantage liée à des causes vasculaires de prématurité. La durée d'antibiothérapie était de respectivement 1-3 jours, 3-5 jours, et ≥ 6 jours, dans 42%, 27%, et 31% des cas. Les exposés présentaient plus fréquemment le critère composite de morbi-mortalité (61% vs 46%, p<0.005).

Conclusion : L'exposition antibiotique précoce est fréquente chez les extrêmes prématurés et souvent prolongée. Les enfants exposés présentent une morbi-mortalité plus élevée. Les analyses multivariées en cours permettront de tester une association indépendante des facteurs initiaux de vulnérabilité.

NÉONATALOGIE 1

Manon METROP[1],

Véronique Debarge[2]

1. Hôpital Jeanne de Flandre
2. CHU de Lille

Impact de l'heure de naissance sur le pronostic chirurgical et néonatal des laparoschisis

Introduction : Le laparoschisis est une urgence chirurgicale. Si l'accouchement est généralement programmé, l'heure effective de naissance demeure imprévisible.Nous avons fait l'hypothèse que les naissances en dehors des heures ouvrables pouvaient avoir un impact sur le pronostic fonctionnel des nouveaux nés atteints de laparoschisis. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'influence du moment de la naissance sur la prise en charge chirurgicale et le devenir néonatal.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective incluant tous les nouveau-nés atteints de laparoschisis dans la région des Haut de France et nés dans l'hôpital Jeanne de Flandre entre janvier 2014 et juillet 2023. Les naissances on classées en « heures ouvrables » ou dans le groupe « garde ». Les caractéristiques prénatales, les modalités chirurgicales et les issues néonatales ont été comparées entre les deux groupes.

Résultats : 72 nouveau-nés ont été inclus, dont 32 (44,4 %) nés pendant les heures ouvrables. L'âge gestationnel moyen à la naissance était de 35,3 ± 1,5 semaines. Le délai entre la naissance et la chirurgie ne différait pas significativement entre les groupes (106 ± 43 vs 124 ± 44 minutes ; p = 0,07). La proportion de laparoschisis compliquées diagnostiquées en anténatal était comparable. Toutefois, davantage de formes compliquées étaient identifiées en peropératoire dans le groupe « heures ouvrables » (28,1 % vs 7,5 % ; p = 0,02). Aucune différence significative n'a été observée concernant les modalités de fermeture abdominale, les résections intestinales ou les réinterventions, ni concernant la ventilation mécanique, le soutien hémodynamique, la durée d'hospitalisation ou les principales complications néonatales.

Conclusion : l'heure de naissance n'influence pas la prise en charge chirurgicale ni les résultats néonataux à court terme des nouveau-nés atteints de laparoschisis. Malgré une proportion plus importante de formes compliquées identifiées en peropératoire pendant les heures ouvrables, aucun impact clinique significatif n'a été observé, soulignant l'homogénéité de la qualité des soins quel que soit l'horaire de naissance.

NÉONATALOGIE 1

Anaïs ROY[1],

Fanny Salmon[2,3], Laetitia Marchand-Martin[2], Mathilde Letouzey[2,4]

1. Université Paris Cité and Université Sorbonne Paris Nord, INSERM, INRAE, Centre for Research in Epidemiology and Statistics (CRESS), équipe OPPALE
2. Université Paris Cité and Université Sorbonne Paris Nord, INSERM, INRAE, Centre for Research in Epidemiology and Statistics, Obstetric, Perinatal, and Pediatric Life course Epidemiology (OPPaLE) team, F-75004 Paris, France
3. Service de gynécologie obstétrique, hôpital Robert-Debré, AP-HP, Université Paris-Cité, Paris, France.
4. Sorbonne université, Service de néonatologie, hôpital Armand-Trousseau, AP-HP, Paris, France.

Évolution de la paralysie cérébrale entre 2 et 10 ans parmi les enfants nés grands prématurés de la cohorte EPIPAGE-2

Contexte : Des études récentes ont montré que les troubles du neurodéveloppement pouvaient évoluer pendant l'enfance, chez les enfants nés grands prématurés. La paralysie cérébrale (PC) est une complication motrice redoutée dans cette population, mais l'âge au diagnostic et l'évolution de sa sévérité restent peu documentés.

Objectifs : Décrire l'évolution de la paralysie cérébrale entre 2 et 10 ans chez les enfants nés grands prématurés, et identifier les déterminants associés aux différents profils d'évolution.

Méthodes : EPIPAGE-2 est une cohorte en population d'enfants nés prématurés en France, en 2011. Nous avons inclus les enfants nés entre 24+0 et 31+6 semaines d'aménorrhée, vivants à 10 ans et disposant d'au moins deux évaluations de PC au cours du suivi.
La PC était définie comme un déficit moteur permanent, diagnostiqué cliniquement, et classé selon le Gross Motor Function Classification System (GMFCS). Nous avons décrit l'évolution de la sévérité de la PC au cours du temps, permettant d'identifier des trajectoires. Les déterminants des profils d'évolution ont été identifiés via une analyse multivariée, utilisant un modèle socio écologique. Les données manquantes ont été traitées par imputation multiple.

Résultats : Parmi les 2195 enfants inclus, 6.4% [IC95%=5,0-7,8] présentaient une PC modérée ou sévère confirmée au cours du suivi. Au sein de ce sous-groupe, deux trajectoires ont été identifiées : diagnostic tardif pour 68,2% des enfants [59,3-77,1]) et PC stable (31,8% [22,9-40,7]). Le diagnostic tardif était associé au fait d'avoir moins de morbidités néonatales sévères (p = 0.04) et à une moindre inquiétude parentale concernant le développement à 2 ans (p<0,001) et également concernant la coordination à 5 ans (p=0,006).

Conclusion : Plus de 5% des grands prématurés présentent une PC modérée ou sévère entre 2 et 10 ans. Parmi eux, presque 70 % ont reçu un diagnostic tardif, soulignant la nécessité d'améliorer le diagnostic précoce pour optimiser la prise en charge.

NÉONATALOGIE 1

Clara BALEYTE,

Camille Dollat, Laurence Foix-L'Hélias, Jacky Nizard, Clément Chollat, Valentine Faure-Bardon

Hôpital Pitié-Salpêtrière

Effets néonataux de l'exposition in utero aux bêtabloquants : étude rétrospective des événements survenus lors d'une surveillance néonatale systématique (Janvier 2025 - Avril 2026)

Introduction : Les bêtabloquants constituent la classe de médicaments cardiovasculaires la plus prescrite pendant la grossesse. Bien que leur sécurité tératogène soit bien établie, l'exposition in utero reste associée à un risque néonatal d'hypoglycémies, de bradycardies et de Petits poids pour l'Age Gestationnel - PAG (poids de naissance < 10°p). L'objectif de cette étude était de décrire les événements néonataux observés lors d'une surveillance systématique après exposition in utero aux bêtabloquants.

Méthodes : Etude rétrospective monocentrique incluant l'ensemble des nouveau-nés exposés aux bêtabloquants in utero, nés à la Pitié-Salpêtrière entre janvier 2025 et avril 2026, et hospitalisés en néonatalogie pour une surveillance standardisée, avec scope et glycémies répétées.

Résultats : En 16 mois, 31 dyades mère-enfant ont été incluses. L'indication maternelle des bêtabloquants était soit une pathologie cardiaque préexistante (24/31-77%) soit une hypertension artérielle chronique ou gravidique (8/31-25%). 4 enfants (12,9 %) avaient un PAG et 7 (22,6 %) étaient nés prématurément (34-37SA). Un évènement néonatal est survenu pour 8 enfants (25%) : 7/31 (22,6%) ont présenté au moins un épisode d'hypoglycémie, avec, pour 3/7, nécessité d'un soutien nutritionnel entéral ou parentéral. 3/31 (9,7%) ont présenté au moins un épisode de bradycardie transitoire, après la 24ème heure, sans nécessité de traitement correctif. Aucun événement sévère n'a été observé. Différents facteurs apparaissent comme potentiellement à risque d'événement (50% d'événement en cas de prématurité, 36% sous bisoprolol, 38% si traitement ancien…) mais ces analyses doivent être interprétées avec prudence compte tenu du faible effectif.

Conclusion : Pendant cette surveillance systématique, l'hypoglycémie représentait l'événement néonatal le plus fréquent après exposition in-utero aux bêtabloquants, tandis que les bradycardies restaient rares et bénignes. L'absence d'évènement sévère est rassurante. Des études multicentriques de plus grande ampleur sont nécessaires afin d'identifier les nouveau-nés les plus à risque et d'évaluer des stratégies de surveillance plus ciblées.

NÉONATALOGIE 1

Aurélie PHAM[1],

Sofia Beaassi[2], Erik Hervieux[3], Laurence Foix L'Hélias[1], Lucile Petermann[2], Ponny Gobalakichenane[2], Anaïs Renault[2], Nada Sabourdin[4], Mathilde Letouzey[1]

1. Sorbonne Université, APHP, Hôpital Armand Trousseau, service de néonatologie, 75012 Paris
2. AP-HP, Hôpital Armand Trousseau, service de néonatologie, 75012 Paris
3. AP-HP, Hôpital Armand Trousseau, service de chirurgie viscérale pédiatrique et néonatale, 75012 Paris
4. Sorbonne University, GRC 29, DMU DREAM, AP-HP, Department of Anesthesiology and Critical Care, CHU Armand Trousseau, 75012 Paris

Taux d'allaitement maternel après chirurgie digestive néonatale : étude monocentrique dans un centre périnatal de type III chirurgical

Contexte : Les bénéfices de l'allaitement maternel (AM) sont largement démontrés et l'OMS recommande un allaitement pendant les six premiers mois avec une initiation dès la première heure de vie. La nécessité d'une chirurgie néonatale peut rendre complexe l'instauration et la poursuite de l'AM.

Objectifs : Déterminer le taux d'AM à la sortie d'hospitalisation et à l'âge de six mois chez les nouveau-nés opérés pour une malformation digestive congénitale. Rechercher des facteurs associés à l'AM.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective incluant les nouveau-nés opérés entre 2019 et 2023 pour une malformation digestive congénitale dans un centre périnatal de type III en Ile de France.

Résultats : 129 enfants nés entre 34 et 41 SA avec une malformation digestive congénitale (atrésies digestives, malformations anorectales, anomalies de fermeture de paroi, maladie de Hirschsprung, volvulus sur mésentère commun incomplet) ont été inclus. L'instauration de l'AM pendant l'hospitalisation concernait 100 enfants (77 %). Parmi eux, 84 (65 %) étaient allaités à la sortie d'hospitalisation dont 36 bénéficiaient d'un AM exclusif. À six mois, 27/84, c'est-à-dire 32 % de la population d'enfants allaités à la sortie, l'étaient encore. La mise au sein comme premier mode d'alimentation était significativement associée à un allaitement maternel à la sortie ($p < 0,01$), ainsi que l'absence de drainage post-opératoire ($p = 0,02$).

Conclusion : Le taux d'AM à la sortie d'hospitalisation chez les nouveau-nés opérés en période néonatale est comparable à celui décrit pour les nouveau-nés sans pathologie. En revanche, le taux d'allaitement à six mois est inférieur aux données de la population générale, suggérant un sevrage plus précoce. Ces constats soulignent la nécessité de renforcer le soutien à l'AM en informant les parents en anténatal sur la faisabilité de l'AM malgré la chirurgie et en favorisant une mise au sein précoce dès que l'état de l'enfant le permet.

RÉSUMÉS DES COMMUNICATIONS LIBRES

VENDREDI 16 OCTOBRE

ACCOUCHEMENT 2

VENDREDI 16 OCTOBRE
08h30 - 10h30
SALLE PLÉNIÈRE

VENDREDI 16 OCTOBRE

SESSION PLÉNIÈRE

08h30 - 10h30 COMMUNICATIONS LIBRES - ACCOUCHEMENT 2

Modération : Paul Berveiller, Gynécologue Obstétricien - Poissy
Jérôme Potin, Gynécologue - Obstétricien Tours
& Marie-Carole Baude, Sage-Femme Cadre Coordonnatrice DSRP - Centre-Val de Loire

- **Sonde à ballonnet versus misoprostol oral en cas de foetus présentant un retard de croissance : une étude rétrospective bi-centrique**
  Léa Gulli, Marseille

- **Impact de l'arrêt de l'ocytocine en début de phase active du travail sur le rythme cardiaque foetal et la contractilité utérine.**
  Lise Lafforgue, Lille

- **Association entre rotation manuelle à dilatation complète et accouchement interventionnel : une analyse secondaire des données de l'essai STOPOXY**
  Rose Nerrand-Verdier, Rouen

- **Évolution de la pratique de l'accouchement instrumental et ses complications : une étude comparative entre 2013 et 2023**
  Meredith Brenon, Lille

- **Association entre l'accouchement opératoire et le vécu négatif de l'accouchement : évaluation des médiateurs potentiels à partir des données de l'enquête nationale périnatale 2021**
  Emmanuel Rault, Lyon

- **Association entre le déclenchement artificiel du travail et les symptômes de dépression du postpartum à 2 mois : une étude nationale en population**
  Sophia Braund, Rouen

- **Déterminants de l'absence de dépistage systématique de la dépression du post-partum par questionnaire lors du séjour à la maternité**
  Louise Durozier, Poissy

- **Face à la demande de moindre médicalisation de l'accouchement : sortir de l'opposition entre nature et technique**
  Antonin Seyral, Paris

ACCOUCHEMENT 2

Léa GULLI[1,2],

Luca Campagni[1,3,4], Marie Monnier[1,2], Claire Delage De Luget[1], Hélène Heckenroth[3], Claude d'Ercole[1,2], Julie Blanc[1,2]

1. Department of Gynecology and Obstetrics, Hôpital Nord, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Marseille, France
2. EA3279, CEReSS, Health Service Research and Quality of Life Center, Aix-Marseille University, 13284, Marseille, France
3. Department of Gynecology and Obstetrics, Hôpital La Conception, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Marseille, France
4. Research Unit EA 3279, CEReSS-Health Service Research and Quality of Life Center, Aix-Marseille University, Marseille, France

Sonde à ballonnet versus misoprostol oral en cas de fœtus présentant un retard de croissance : une étude rétrospective bi-centrique

Contexte : Le retard de croissance intra-utérin (RCIU) est associé à une morbi-mortalité périnatale importante et conduit fréquemment à un déclenchement du travail lorsqu'une naissance est indiquée. Toutefois, peu de données comparent les différentes méthodes de maturation cervicale dans cette population à haut risque.

Objectifs : Comparer les issues obstétricales et néonatales après maturation cervicale par sonde à ballonnet versus misoprostol oral, chez les femmes présentant une grossesse compliquée d'un RCIU.

Matériel et méthodes : Une étude de cohorte rétrospective a été menée au sein des deux maternités de type III de Marseille. Ont été incluses les femmes présentant des grossesses monofœtales avec EPF < 10e percentile et indication de maturation cervicale ≥ 34 SA par sonde à ballonnet ou misoprostol oral. Le critère de jugement principal était le taux de césarienne. Les critères secondaires portaient sur la morbidité maternelle et néonatale.

Résultats : Un total de 144 femmes (102 dans le groupe ballonnet et 42 dans le groupe misoprostol) a été inclus. Les caractéristiques initiales différaient entre les groupes, avec un taux plus élevé de RCIU sévères (<3e percentile) dans le groupe ballonnet (53,9% vs 31,0% ; p = 0,02) et un âge gestationnel au début de la maturation cervicale plus précoce (médiane, 38,4 [37,1-39,3]SA vs 39,0 [38,0-39,3]SA ; p = 0,04). Après ajustement, le taux de césarienne n'était pas différent entre les deux groupes (aOR 0,81 [IC 95% 0,32-2,08]). Aucune différence significative concernant la morbidité néonatale n'a été observée (aOR 0,83 [IC 95% 0,31-2,27]).

Conclusion : Chez les femmes présentant un RCIU nécessitant une maturation cervicale après 34 SA, le misoprostol oral ne semble pas associé à une augmentation du risque de césarienne, ni de la morbidité maternelle ou néonatale en comparaison de la sonde à ballonnet. Des études prospectives, randomisées, restent nécessaires afin de confirmer ces résultats.

ACCOUCHEMENT 2

Lise LAFFORGUE[1],

Aude Girault[2], Camille Le Ray[2,3], Tiphaine Barjat[4], Diane Korb[5], Loïc Sentilhes[6], Raoul Desbriere[7], Charles Garabedian[8]

1. Université de Lille
2. Département de gynécologie obstétrique, maternité Port-Royal, AP-HP, Hôpital Cochin, FHU PREMA, Paris, France.
3. Obstetrical Perinatal and Pediatric Lifelong Epidemiology Research Team (OPPaLE). Centre de Recherche en Épidémiologie et Statistiques (CRESS) U1153, Université Paris Cité, Institut Santé Des Femmes, INSERM, INRAE, Paris, France
4. Département de gynécologie et obstétrique, Hôpital universitaire Saint Etienne, Saint-Etienne
5. Département de gynécologie et obstétrique, Hôpital Robert Debré, AP-HP, Paris
6. Département de gynécologie et obstétrique, Hôpital universitaire Bordeaux, Bordeaux
7. Département de gynécologie et obstétrique, Hôpital Saint Joseph, Marseille
8. Univ Lille, ULR2694 - METRICS, F9000 Lille

Impact de l'arrêt de l'ocytocine en début de phase active du travail sur le rythme cardiaque foetal et la contractilité utérine

Contexte : L'ocytocine est largement utilisée pour renforcer la dynamique utérine pendant le travail. Son administration est associée à un risque accru d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) et de morbidité néonatale qui pourraient être réduits par une administration discontinue de l'ocytocine.

Objectif : Nous avons évalué l'impact de l'arrêt de l'ocytocine en début de phase active du travail sur le rythme cardiaque fœtal et la contractilité utérine.

Méthodes : Cette étude est une analyse secondaire pré-spécifiée de l'essai STOPOXY, essai multicentrique randomisé mené dans 21 maternités françaises, évaluant l'impact de l'arrêt de l'ocytocine sur la morbidité néonatale. Les participantes recevant de l'ocytocine avant 4 cm de dilatation ont été randomisées (1:1) entre arrêt ou poursuite de la perfusion. Ont été incluses les femmes du groupe « arrêt » (population per-protocole) issues des six centres disposant d'un archivage électronique, avec un enregistrement cardiotocographique exploitable une heure avant et après l'arrêt. Dans un schéma avant-après apparié, les paramètres du RCF (classification FIGO) et l'activité utérine ont été comparés durant les 60 minutes précédant versus suivant l'arrêt.

Résultats : Parmi les 562 participantes éligibles, 284 ont été incluses. L'arrêt de l'ocytocine a entraîné une augmentation du rythme de base (135 vs 137,5 bpm ; $p = 0{,}002$) et une amélioration de la variabilité ($p < 0{,}01$), caractérisée par moins d'hypovariabilité (3,9 % vs 2,5 %) et une augmentation de la variabilité normale (48,2 % vs 53,3 %). La fréquence des ralentissements diminuait (64,1 % vs 48,6 % ; $p < 0{,}01$), ainsi que l'activité utérine (4 vs 3,5 contractions/10 minutes ; $p < 0{,}01$).

Conclusion : Chez les patientes recevant de l'ocytocine en début de travail, son arrêt en début de phase active était associé à une amélioration du RCF, ainsi qu'une baisse de l'activité utérine suggérant un moindre risque de tachysystolie.

ACCOUCHEMENT 2

Rose NERRAND-VERDIER[1],

Aude Girault[2], Eric Verspyck[3], Sophia Braund[3]

1. Centre Hospitalier Universitaire de Rouen
2. Département gynécologie obstétrique Port Royal
3. Département gynécologie obstétrique CHU de Rouen

Association entre rotation manuelle à dilatation complète et accouchement interventionnel : une analyse secondaire des données de l'essai STOPOXY

Objectif : La réalisation d'une rotation manuelle à dilatation complète permettrait de diminuer les complications liées à l'accouchement en variété postérieure, mais l'absence de recommandation nationale explique une grande hétérogénéité des pratiques en France. Notre objectif est d'évaluer l'association entre la tentative de rotation manuelle à dilatation complète et l'accouchement interventionnel, défini par un accouchement instrumental ou par césarienne.

Méthodes : L'essai STOPOXY évaluant l'impact de l'arrêt de l'ocytocine en phase active, a inclus des femmes avec un fœtus unique en présentation céphalique, ayant reçu de l'ocytocine avant 4 cm dans 21 maternités françaises (2020-2022). Une analyse secondaire a porté sur les patientes présentant une variété postérieure ou transverse à dilatation complète. Le critère de jugement principal était l'accouchement interventionnel. Les groupes tentative de rotation manuelle et attitude expectative ont été comparés en analyses univariée et multivariée.

Résultats : Sur 2496 femmes incluses dans STOPOXY, 400 présentaient une variété postérieure ou transverse à dilatation complète avec l'information sur la rotation manuelle : 152 avaient bénéficié d'une tentative (taux de succès : 77%) et 248 d'une expectative. A l'accouchement 12,8% des variétés postérieures ou transverses persistaient (18,3% vs 9,9% ; p=0,03). Le taux d'accouchement interventionnel était plus élevé dans le groupe rotation manuelle (48% vs 33,1% ; p=0,004), mais cette différence n'était pas significative après ajustement sur les facteurs maternels, l'utilisation d'ocytocine, les anomalies du rythme cardiaque fœtal, la durée à dilatation complète (aOR=1,26 ; IC 95% : 0,61-2,63).

Conclusion : Après ajustement, la rotation manuelle prophylactique n'était pas associée à une réduction des accouchements interventionnels. Ces résultats suggèrent un biais d'indication, la rotation manuelle ayant vraisemblablement été proposée dans des situations obstétricales déjà plus complexes, et soulignent les limites des données observationnelles pour évaluer cette intervention. Un essai randomisé est nécessaire pour en définir les indications et le bénéfice réel.

ACCOUCHEMENT 2

Mérédith BRENON[1],

Emma Ramassamy[2], Charles Garabedian[2]

1. Université de médecine de Lille
2. CHU de Lille

Évolution de la pratique de l'accouchement instrumental et ses complications : une étude comparative entre 2013 et 2023

Objectif : Les pratiques obstétricales lors d'un accouchement instrumental ont évolué en 10 ans. L'objectif principal était d'évaluer les pratiques de l'accouchement instrumental au regard des évolutions de nos protocoles. L'objectif secondaire était de comparer la morbidité maternelle et néonatale des accouchements instrumentaux.

Matériel et méthodes : Étude de cohorte rétrospective monocentrique (CHU Lille,France) du 1er janvier au 31 mars 2013 et du 1er janvier au 31 mars 2023. L'étude incluait toutes les femmes ayant eu une aide instrumentale à l'accouchement d'un fœtus singleton, en présentation céphalique.
Ont été comparées les caractéristiques du travail (comme les durées des phases du travail, la rotation manuelle de la tête fœtale, l'utilisation d'ocytocine) et de l'accouchement (la durée des efforts expulsifs, l'utilisation de l'échographie en salle de naissance, l'interprétation du rythme cardiaque fœtal). Les issues maternelles et néonatales ont été comparées ont également été comparées entre les 2 périodes.

Résultats : 411 femmes ont accouché avec une aide instrumentale: 162 patientes en 2023 (soit 13,3% des naissances) et 249 en 2013 (soit 18,9% des naissances, p<0,001).
L'évolution des pratiques pendant le travail concernait majoritairement l'augmentation de la durée à dilatation complète en 2023 (90 mn versus 21 mn, p<0,001), l'augmentation de la réalisation d'une rotation manuelle (25.3% versus 8%, p<0,001) et la moindre utilisation d'ocytocine pendant le travail (37 % versus 50.2%, p = 0,009). Concernant l'accouchement instrumental, les principales évolutions étaient l'appel de l'équipe médicale entre 0 et 30 minutes du début des efforts expulsifs dans 70.9% en 2023 contre 97.6 % des accouchements en 2013 (p<0,001). Une pause lors des efforts expulsifs était réalisée dans 11.7% des accouchements en 2023 et n'était jamais réalisée en 2013 (p<0,001). En post partum, il est survenu moins d'hyperthermie en 2023 (1,9% versus 6,4% ; p = 0,031) et les échelles visuelles analogiques à J1 et J3 étaient moins élevées (p = 0,002 à J1 et 0,034 à J3). Les morbidités maternelle et néonatale étaient similaires entre les 2 périodes.

Conclusion : L'évolution des pratiques a permis de réduire le taux d'accouchement instrumental sans majoration des complications maternelles ou néonatales.

ACCOUCHEMENT 2

Emmanuel RAULT,

Camille Le Ray, Aurélien Seco, Mégane Raineau, Aude Girault

Laboratoire CRESS, Equipe OPPaLE

Association entre l'accouchement opératoire et le vécu négatif de l'accouchement : évaluation des médiateurs potentiels à partir des données de l'enquête nationale périnatale 2021

Contexte : Le vécu de l'accouchement est une dimension essentielle de la qualité des soins périnataux. Les interventions obstétricales, notamment l'accouchement instrumental et la césarienne au cours du travail, sont associées à un risque plus élevé de vécu négatif. Les mécanismes sous-jacents restent toutefois mal connus.

Objectif : Identifier les médiateurs de l'association entre le mode d'accouchement opératoire et le vécu négatif de l'accouchement.

Méthodes : Les données proviennent de l'Enquête Nationale Périnatale 2021. La population d'étude incluait les femmes ayant accouché d'un singleton en présentation céphalique à terme avec tentative de voie basse (N=6 142). Le vécu était évalué à deux mois par le souvenir négatif de l'accouchement à partir de la question suivante : « quel souvenir gardez-vous de votre accouchement ? ». Des analyses de médiation par modélisation par équations structurelles ont été réalisées. Les médiateurs analysés étaient : la douleur à l'accouchement, l'absence de peau-à-peau, l'absence de proche à l'accouchement, l'hémorragie du post-partum sévère et la morbidité néonatale.

Résultats : Dans la population étudiée, 4 538 (73,9 %) femmes avaient eu un accouchement vaginal spontané, 939 (15,3 %) un accouchement instrumental et 665 (10,8 %) une césarienne en cours de travail. Parmi celles-ci, le taux de mauvais vécu était respectivement de 5.5%, 20.2% et 36.6%. En cas d'accouchement instrumental, la douleur à l'accouchement et l'absence de peau-à-peau étaient les principaux médiateurs identifiés (respectivement effet indirect : 0,8 point de pourcentage et 5,5 % de l'effet total ; 0,4 point et 2,4 %). En cas de césarienne, l'absence de peau-à-peau et l'absence de proche à l'accouchement étaient les principaux médiateurs identifiés (respectivement effet indirect : 5,3 points de pourcentage et 16,6 % de l'effet total ; 1,6 points et 5,1 %). L'hémorragie du post-partum sévère et la morbidité néonatale n'expliquaient qu'une faible proportion de l'effet total pour les deux interventions.

Conclusion : Ces résultats soulignent l'importance de la prise en charge de la douleur en cas d'accouchement instrumentaux ainsi que la nécessité de favoriser le peau-à-peau et la présence d'un proche lors des césariennes, afin d'améliorer le vécu des femmes lors de l'accouchement.

ACCOUCHEMENT 2

Sophia BRAUND[1],

François Goffinet[2], Camille Le Ray[2]

1. Service de gynécologie obstétrique, CHU de Rouen
2. Maternité Port Royal, APHP, Université Paris Cité

Association entre le déclenchement artificiel du travail et les symptômes de dépression du postpartum à 2 mois : une étude nationale en population

Objectif : Le taux de déclenchement est en augmentation et son impact sur la voie d'accouchement et l'état néonatal a fait l'objet de nombreuses études. Cependant, son association avec la santé mentale maternelle a peu été étudiée. De plus, ces données reposent souvent sur des données issues d'essais cliniques, avec un risque de biais de sélection. Ainsi, notre objectif était d'évaluer l'association entre le déclenchement et les symptômes de dépression du postpartum (DPP) à partir de données en population.

Méthodes : A partir des données de l'ENP 2021, ont été incluses les femmes ayant eu une tentative de voie basse et ayant complété le questionnaire EPDS à 2 mois. La DPP était définie par un score EPDS à 2 mois ≥13. Un modèle de régression logistique multivarié a été réalisé pour étudier l'association entre le déclenchement et la DPP, avec ajustement sur les facteurs de confusion. Enfin, nous avons réalisé une analyse de sensibilité chez les femmes à haut risque et à bas risque de vulnérabilité psychique.

Résultats : Parmi les 6167 femmes incluses, 1765 (28.6%) ont été déclenchées. Comparativement aux femmes en travail spontané, les femmes déclenchées avaient significativement plus souvent un EPDS≥13 à 2 mois (17.6% vs 14.5%, p<0.01, aOR 1.24 (IC95% 1.05 – 1.47)). Le groupe à risque de vulnérabilité psychique étaient constitué de 2913 femmes (47.2%). Après analyse en sous-groupe, l'association persistait uniquement dans le sous-groupe à risque de vulnérabilité psychique (26.4% vs 24.4%, p<0.01, aOR 1.24 (IC95% 1.00 – 1.52)).

Conclusion : Le déclenchement artificiel du travail était significativement associé à la DPP, par rapport au travail spontané, pour la population globale et chez les femmes à risque de vulnérabilité psychique. Des analyses de médiations permettront de mieux comprendre cette association.

ACCOUCHEMENT 2

Louise DUROZIER,

Anne Rousseau, Olympe Guery, Thibaud Quibel, Anne-Sophie Boucherie

Service de Gynécologie Obstétrique, Hopital intercommunal de Poissy St Germain en Laye France

Déterminants de l'absence de dépistage systématique de la dépression du post-partum par questionnaire lors du séjour à la maternité

Introduction : La dépression du post-partum (DPP) est une complication fréquente de l'accouchement, avec une prévalence estimée à 16,7 % en France. Le dépistage précoce des symptômes dépressifs est recommandé en post-partum et réalisé dans notre réseau à l'aide de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). L'objectif était d'identifier les facteurs associés à l'absence de dépistage systématique de la DPP durant le séjour en maternité.

Méthodes : Nous avons mené une étude de cohorte rétrospective unicentrique dans une maternité de type III entre septembre et novembre 2024. Toutes les femmes ayant accouché après 24 semaines d'aménorrhée ont été incluses, à l'exception des interruptions médicales de grossesse et des morts fœtales. Les données sociodémographiques, obstétricales et néonatales ont été recueillies à partir des dossiers médicaux. L'exposition d'intérêt était l'absence de réalisation du questionnaire EPDS en post-partum. Une régression logistique multivariée a permis d'identifier les facteurs associés à l'absence de dépistage.

Résultats : Parmi les 977 femmes ayant accouché durant la période d'étude, 944 ont été analysées. Le questionnaire EPDS a été réalisé chez 759 femmes (80,4 %) et non réalisé chez 185 (19,6 %). Parmi les femmes dépistées, 10,3 % présentaient un score ≥ 11 et 5,4 % un score ≥ 13. En analyse multivariée, les femmes originaires d'Afrique subsaharienne (OR=1,89 ; IC95 % [1,09–3,26]) ; celles sans couverture sociale (OR=3,72 ; IC95 % [1,74–7,85]), ainsi que les femmes dont le nouveau-né étaient hospitalisés (OR=2,36 ; IC95 % [1,26–4,31]) présentaient un risque accru d'absence de dépistage.

Conclusion : Une femme sur cinq ne bénéficie pas du dépistage systématique de la DPP en maternité. Ces résultats soulignent la nécessité d'améliorer l'organisation du dépistage, en particulier pour les femmes séparées de leur nouveau-né. Le recours aux versions traduites et validées de l'EPDS pourrait également en renforcer l'accessibilité auprès des patientes non francophones, plus à risque de DPP.

ACCOUCHEMENT 2

Antonin SEYRAL[1],

Elie Aria[2], Fabrice Gzil[3]

1. Université Paris Cité
2. Hopital Saint Joseph
3. Espace éthique APHP

Face à la demande de moindre médicalisation de l'accouchement : sortir de l'opposition entre nature et technique

Contexte : L'accouchement a connu, depuis le XVIIe siècle, un processus progressif de médicalisation qui a profondément transformé les pratiques obstétricales. Cette évolution a permis une réduction majeure de la mortalité maternelle et néonatale, faisant de l'accouchement un événement largement sécurisé dans les pays à haut niveau sanitaire. Toutefois, l'émergence récente d'une demande croissante pour des accouchements moins médicalisés interroge les limites et les effets de ce modèle biomédical.

Objectifs : Analyser les ressorts historiques, sociologiques, philosophiques et éthiques de la demande contemporaine de moindre médicalisation de l'accouchement, et comprendre ce qu'elle révèle du rapport actuel entre nature, technique et expérience du soin.

Méthodes : Cette étude repose sur une analyse interdisciplinaire mobilisant l'histoire de l'obstétrique, la sociologie de la santé, l'éthique médicale et la philosophie. Les travaux d'auteurs tels qu'Ulrich Beck, Henri Bergson, Martin Heidegger et Georges Canguilhem ont été mobilisés afin d'éclairer les transformations contemporaines des représentations de l'accouchement et des attentes des femmes.

Résultats : La demande de démédicalisation apparaît moins comme un rejet de la médecine que comme une critique d'une technicisation perçue comme excessive ou standardisée. Les femmes recherchent davantage d'autonomie, de participation décisionnelle et de reconnaissance de leur expérience subjective. Cette évolution s'inscrit dans un contexte où les risques obstétricaux traditionnels ont diminué, tandis que les effets indésirables réels ou ressentis de la médicalisation occupent une place croissante dans les représentations collectives. L'analyse met en évidence une tension persistante entre impératif de sécurité, rationalisation des soins et aspiration à une expérience plus personnalisée et physiologique de l'accouchement.

Conclusion : Les demandes de moindre médicalisation invitent à repenser l'articulation entre technique et vécu. Elles soulignent la nécessité d'intégrer davantage les préférences des patientes dans la décision médicale, conformément aux principes de la médecine fondée sur les preuves, afin de concilier sécurité obstétricale, autonomie et qualité de l'expérience de naissance.

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S246871892500409X

GROSSESSE 2

VENDREDI 16 OCTOBRE
08h30 - 10h30
SALLE 1

VENDREDI 16 OCTOBRE

SESSION PARALLÈLE - Salle 1

08h30 - 10h30 COMMUNICATIONS LIBRES - GROSSESSE 2

Modération : Pauline Blanc-Petitjean, Sage-Femme - Rennes

- Facteurs associés au refus de participation à un essai randomisé pendant la grossesse
  Yoann Athiel, Colombes

- Impact de l'hypoglycémie maternelle sur le système nerveux autonome du fœtus de brebis
  Agathe Piette, Loos

- Évaluation du transfert transplacentaire de thérapies ciblées du cancer du sein
  Joséphine Baudry, Paris

- Latent trajectories and risk factors of preeclampsia and foetal growth restriction in a cohort of nulliparous women: a latent Markov modelling
  Marjorie Toussaint, Nancy

- Apports des trajectoires de pression artérielle gestationnelle au dépistage des désordres hypertensifs de la grossesse et à la prédiction du risque cardiovasculaire en postpartum
  Wen lun Yuan, Paris

- Comparaison de l'utilisation du fil versus la bandelette lors des cerclages vaginaux prophylactiques : une étude comparative, rétrospective, multicentrique
  Bastien Doco, Lille

- Accompagnement de la grossesse et de la naissance en filière physiologique par rapport à la filière conventionnelle : effet sur santé mentale des femmes jusqu'à six semaines du post-partum.
  Marion Monperrus, Rennes

- Facteurs associés à la morbidité maternelle sévère chez les femmes atteintes de cardiopathie : étude multicentrique rétrospective
  Luca Campagni, Marseille

GROSSESSE 2

Yoann ATHIEL[1],

Catherine Deneux-Tharaux[2], Aurélien Seco[3], Nathasha Caretti[3], François Goffinet[4], Aude Girault[4], Vassilis Tsatsaris[4]

1. Service de gynécologie-obstétrique - Hôpital Louis Mourier
2. Université Paris Cité, INSERM, Inrae, Université Sorbonne Paris Nord, Obstetric, Perinatal, Paediatric Life Course Epidemiology (OPPaLE), Centre for Research in Epidemiology and Statistics (CRESS), 75014 Paris, France
3. Clinical Research Unit Necker/Cochin, AP-HP, Paris, France
4. Maternité Port-Royal, Université Paris Cité, Cochin Port-Royal Hospital, AP-HP, FHU Prem'impact, 75014 Paris, France

Facteurs associés au refus de participation à un essai randomisé pendant la grossesse.

Contexte : Le recrutement dans les essais contrôlés randomisés (ECR) constitue un enjeu majeur de santé publique, particulièrement pendant la grossesse où le refus de participation peut compromettre la réalisation des études. Les déterminants du refus de participation restent peu documentés dans le contexte périnatal.

Objectifs : L'objectif de cette étude était d'identifier les facteurs associés au refus de participer à un ECR évaluant le dépistage précoce de la prééclampsie.

Méthodes : Une étude prospective monocentrique a été menée dans une maternité universitaire de type III. Toutes les femmes éligibles à l'essai RANSPRE, évaluant l'intérêt d'un dépistage précoce de la prééclampsie suivi d'un traitement par aspirine chez les femmes à haut risque, ont été invitées à participer à cette étude, qu'elles acceptent ou refusent l'ECR. Un questionnaire explorant les motivations de participation ou de refus leur a été soumis. Les caractéristiques maternelles et obstétricales ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et comparées entre les femmes qui acceptaient de participer et celles qui refusaient.

Résultats : Entre avril et septembre 2024, 537 femmes étaient éligibles à l'essai RANSPRE ; 419 (78,0 %) ont accepté d'y participer et 118 (22,0 %) ont refusé. Les principales raisons de refus étaient une préférence pour une prise en charge spécifique plutôt que la randomisation (41,7 %), le refus de participer à la recherche (29,6 %) et les inquiétudes liées à la recherche pendant la grossesse (18,5 %). Après ajustement, le refus était associé de manière indépendante à une conception par fécondation in vitro (aOR 2,19 ; IC95 % [1,21–3,95]), à l'absence d'activité professionnelle (aOR 2,94 ; IC95 % [1,42–6,08]) et à un antécédent de fausse couche du premier trimestre (aOR 1,63 ; IC95 % [1,01–2,64]).

Conclusion : Le refus de participer à un ECR de dépistage de la prééclampsie était associé à certaines caractéristiques sociodémographiques et obstétricales. L'identification de ces facteurs pourrait permettre d'adapter l'information délivrée aux femmes enceintes et d'optimiser les stratégies de recrutement dans les essais randomisés en périnatalité.

GROSSESSE 2

Agathe PIETTE[1],

Louise Ghesquiere[2]

1. Université de Lille
2. CHU Lille

Impact de l'hypoglycémie maternelle sur le système nerveux autonome du fœtus de brebis

Contexte : Le diabète de type 1 concerne 0.3% des grossesses en France. Une femme sur 2 fera une hypoglycémie sévère pendant sa grossesse . Cependant l'impact fœtal de ces hypoglycémie est mal exploré.

Objectif : L'objectif principal est d'explorer l'impact de l'hypoglycémie maternelle sur le système nerveux autonome (SNA) du fœtus de brebis, et l'objectif secondaire est de décrire l'impact hémodynamique et gazométrique de ces hypoglycémies chez la mère et le fœtus.

Méthode : Un modèle expérimental de brebis gestante a été développé. Une laparotomie a été réalisée permettant d'instrumenter le fœtus afin de recueillir l'activité du SNA fœtal par des électrodes ECG invasif permettant l'analyse de la variabilité de la fréquence cardiaque fœtal (VCT) et par un EEG. Des voies veineuses et artérielles ont été aussi mises en place. Le protocole expérimental était réalisé entre J4-6 post opératoire et consistait en une induction d'hypoglycémie par injection d'insuline intraveineuse chez le groupe hypoglycémie, puis de SSI chez le groupe témoin. Si possible chaque brebis était incluse dans les 2 groupes dans un ordre randomisé.

Résultats : 19 brebis ont été opérées. 9 ont été exclues avant manipulation. 14 manipulations ont été effectuées sur 10 brebis, 9 pour le groupe hypoglycémie et 5 pour le groupe témoin. Une diminution moyenne de la glycémie maternelle de 47 % a été obtenue dans le groupe hypoglycémie versus 5 % dans le groupe témoin, avec une baisse de 70% des cétones maternels durant l'hypoglycémie. Sur le plan hémodynamique durant l'hypoglycémie la PAM maternelle baissait de 5% et la fréquence cardiaque maternelle augmente de 10%, avec une baisse de 5% de la FC fœtale. Les pH et les lactates fœtaux et maternels restaient stables.

Conclusion : Ce modèle expérimental permet l'induction d'une hypoglycémie maternelle chez la brebis gestante sans altération gazométrique aiguë. L'analyse en cours des paramètres du SNA fœtal permettra de mieux caractériser les mécanismes d'adaptation fœtale à l'hypoglycémie maternelle.

GROSSESSE 2

Joséphine BAUDRY[1,2],

Hadia Moindje[2], Gaëlle Chauveau[2,3], Yoann Rodriguez[2], Christelle Simasotchi[4], Julia Delahousse[5], Angelo Paci[5,6], Paul Berveiller[1,2], Estelle Heggarty[1,2]

1. Centre Hospitalier Intercommunal de Poissy Saint-Germain-en-Laye, Département de gynécologie et obstétrique, Poissy, France
2. Université Paris Saclay, UVSQ, IMPROVE, Montigny-le-Bretonneux, France
3. Innovarion, France
4. Faculté de Pharmacie, Université Paris Cité, Paris, France
5. Département de Pharmacologie, Institut Gustave Roussy, Villejuif, France
6. Département de Pharmacocinétique, Faculté de pharmacie, Université Paris Saclay, Gif-sur-Yvette, France

Évaluation du transfert transplacentaire de thérapies ciblées du cancer du sein

Contexte : Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment observé au cours de la grossesse et concerne plus de 300 nouveaux cas par an en France. Chez ces femmes, ce diagnostic soulève un enjeu thérapeutique considérable et nécessite un équilibre entre efficacité oncologique et sécurité fœtale. Les données concernant l'utilisation de thérapies anticancéreuses innovantes chez la femme enceinte sont extrêmement limitées. Parmi elles, les inhibiteurs de CDK4/6 tels que le ribociclib et l'abémaciclib, ont transformé le pronostic des cancers du sein précoces à haut risque de récidive. Toutefois, par absence de données précliniques et cliniques, ces médicaments sont contre-indiqués chez les femmes enceintes.

Objectif : Déterminer le taux de transfert fœtal du ribociclib et de l'abémaciclib en utilisant le modèle expérimental ex vivo de référence du cotylédon perfusé humain.

Matériels et méthodes : Après la délivrance, les faces fœtales et maternelles du placenta sont cathétérisées et les circulations recrées en circuit ouvert à l'aide de pompes. Les médicaments sont introduits dans la solution maternelle à leur concentration plasmatique maximale (Cmax) puis dosés dans la solution fœtale toutes les 10 minutes pendant 2 heures.

Résultats : Treize perfusions placentaires ont été réalisées, six pour le ribociclib et sept pour l'abémaciclib. Le taux de transfert fœtal moyen au plateau du ribociclib est de 21,62 ± 1,85 % et celui de l'abémaciclib est de 25,13 ± 3,97 %. L'indice de clairance à 120 minutes est 0,77 ± 0,12 pour le ribociclib et 0,86 ± 0,21 pour l'abémaciclib.

Conclusion : Le transfert fœtal est élevé et comparable pour les deux molécules. Ces résultats ne permettent pas de privilégier une des deux thérapies au cours de la grossesse. De plus nous ne pouvons pas conclure sur l'effet des molécules chez l'embryon ni chez les enfants exposés in utero. Des études complémentaires in vitro et in vivo permettront de nous apporter des données supplémentaires.

GROSSESSE 2

Marjorie TOUSSAINT[1],

Anne-Laure Fijean[1], Charline Bertholdt[1], Olivier Morel[1], Nelly Agrinier[2]

1. Maternité de Nancy
2. CIC-EC Nancy

Latent trajectories and risk factors of preeclampsia and fœtal growth restriction in a cohort of nulliparous women: a latent Markov modelling

Contexte : La prééclampsie (PE) et le retard de croissance intra-utérin (RCIU) sont des complications de la grossesse liées à un dysfonctionnement placentaire dont l'expression clinique est hétérogène. Les modèles actuels reposent sur une évaluation précoce du risque et ne prennent pas en compte son évolution au cours de la grossesse. Jusqu'à présent, aucune étude n'a modélisé conjointement des trajectoires maternelles et fœtales.

Objectif : Identifier des profils de risque à partir des trajectoires longitudinales de la pression artérielle maternelle et de la croissance fœtale, explorer les transitions entre ces profils et leur association avec la survenue d'une PE ou d'un RCIU.

Méthodes : 1 419 femmes nullipares porteuses d'une grossesse singleton ont été incluses au 1er trimestre de grossesse entre avril 2018 et avril 2022. Les données ont été recueillies prospectivement jusqu'à l'accouchement. Un modèle de Markov caché a permis d'identifier des profils de risque et leurs transitions. Des modèles de régression logistique ont permis d'évaluer l'association entre les trajectoires de transition, les facteurs de risque initiaux, ainsi que la survenue de PE et de RCIU.

Résultats : Trois profils de risque et trois trajectoires de transition ont été identifiés. Le profil hypertensif persistant (33,5 %) était associé à un risque accru de PE (ORa = 5,94 ; IC95 % : 2,95–13,0), sans augmentation du risque de RCIU. La transition précoce (9,0 %) était associée à un risque accru de RCIU (ORa = 3,23 ; IC95 % : 1,77–5,70), sans augmentation significative du risque de PE. La transition tardive (57,4 %) présentait les plus faibles taux de PE (1,2 %) et de RCIU (5,2 %).

Conclusion : Les trajectoires longitudinales de la pression artérielle maternelle et de la croissance fœtale permettent d'identifier des profils de risque distincts associés à la PE et au RCIU. Ces résultats nécessitent une validation externe avant toute application clinique.

GROSSESSE 2

Wen Lun YUAN[1],

Briana Destaffan[1], Safa Boujadadda[2], Pauline Scherdel[1], Catherine Deneux-Tharaux[1], Vassilis Tsatsaris[3], Barbara Heude[4]

1. CRESS UMR1153
2. Université Paris Cité
3. AP-HP, maternité Port Royal
4. INSERM

Apports des trajectoires de pression artérielle gestationnelle au dépistage des désordres hypertensifs de la grossesse et à la prédiction du risque cardiovasculaire en postpartum

Contexte : La pression artérielle (PA) gravidique varie avec les modifications physiologiques de la grossesse. Bien que des références de PA spécifiques de l'âge gestationnel aient été développées dans certains pays, elles ne sont pas recommandées en pratique clinique faute de preuves de leur impact sur la morbidité materno-fetale.

Objectif : Nos travaux ont pour objectif d'évaluer l'apport d'une meilleure caractérisation de la dynamique de la PA gestationnelle au dépistage des désordres hypertensifs gravidiques (DHG) ainsi qu'à la prédiction du risque cardiovasculaire postpartum chez ces femmes.

Méthodes : À partir de la cohorte française EDEN (N = 795 femmes à bas risque), nous avons généré des courbes de référence de la PA gravidique. À partir de ces courbes de référence, des Z-scores de PA moyenne (Z-PAM) correspondant à l'écart de la PAM individuelle aux valeurs attendues selon l'âge gestationnel ont été dérivés. Premièrement, nous conduisons une évaluation externe de ces références dans la Stockholm Gotland Perinatal Cohort (N=220 000 femmes). Deuxièmement, nous évaluons la performance prédictive d'une augmentation de Z-PAM avant 20SA pour 1) les DHG dans les cohortes EDEN et Stockholm Gotland Perinatal Cohort et 2) pour une PA élevée à l'accouchement et à 5 ans postpartum (EDEN seulement).

Résultats : Des trajectoires similaires de Z-PAM ont été observées dans les deux cohortes pour les différents sous-groupes de DHG. Une trajectoire ascendante de Z-PAM dès les premières semaines de grossesse a été retrouvée chez les mères prééclamptiques, malgré des valeurs en dessous des seuils absolus cliniquement utilisés. Dans la cohorte EDEN, les augmentations de Z-PAM avant 20SA, étaient associées à une PA plus élevée à l'accouchement et à 5 ans postpartum.

Conclusion : L'utilisation de courbes de référence, en complément des facteurs prédictifs connus, pourrait améliorer le dépistage et le pronostic des DHG en pratique clinique.

GROSSESSE 2

Bastien DOCO[1],

Louise Ghesquière[2]

1. Université de Lille
2. CHU de Lille

Comparaison de l'utilisation du fil versus la bandelette lors des cerclages vaginaux prophylactiques : une étude comparative, rétrospective, multicentrique

Contexte : Le cerclage prophylactique est une intervention chirurgicale visant à réduire le risque d'accouchement prématuré chez les patientes à risque. Plusieurs types de matériaux peuvent être utilisés — fil ou bandelette —, sans qu'aucune recommandation nationale n'ait établi la supériorité de l'un sur l'autre dans cette indication spécifique. Cette étude vise à comparer l'efficacité du fil versus la bandelette dans le cadre du cerclage prophylactique.

Méthode : Étude rétrospective multicentrique menée entre janvier 2020 et décembre 2024 dans trois maternités universitaires de niveau 3 (CHU de Lille, Toulouse et Poissy). Le critère de jugement principal était le taux d'accouchement avant 34 SA. Une analyse multivariée ajustée sur l'âge, l'origine géographique, le tabagisme et les antécédents d'accouchement prématuré a été réalisée, avec imputation multiple des données manquantes.

Résultats : 317 patientes ont été analysées, dont 119 dans le groupe fil et 198 dans le groupe bandelette. Il n'existait pas de différence significative sur le taux d'accouchement avant 34 SA entre les deux groupes (19% vs 21% ; p = 0,7), résultat confirmé en analyse multivariée (ORa 0,80 [IC95% 0,41-1,54] ; p = 0,5 sur données complètes ; ORa 1,08 [IC95% 0,65-1,95] ; p = 0,8 sur données imputées). Aucune différence n'était observée sur les critères secondaires : accouchement avant 32 SA, avant 37 SA, transfert en USIN, mortalité périnatale à J7 ou critère composite néonatal. Aucune infection intra-utérine précoce ni rupture prématurée des membranes précoce n'a été observée dans les deux groupes.

Conclusion : Cette étude ne met pas en évidence de supériorité d'un matériau sur l'autre pour réduire les accouchements prématurés avant 34 SA dans le cadre du cerclage prophylactique, confirmant les données des études les plus robustes de la littérature. En l'absence de différence démontrée, le choix du matériau peut rester à la discrétion de l'opérateur.

GROSSESSE 2

Marion MONPERRUS,

Ronan Garlantezec, Rémi Béranger, Maela Le Lous

CHU de Rennes

Accompagnement de la grossesse et de la naissance en filière physiologique par rapport à la filière conventionnelle : effet sur santé mentale des femmes jusqu'à six semaines du post-partum

Contexte : En France, des filières physiologiques (FP), intégrées aux structures hospitalières, sont dédiées à l'accouchement physiologique et proposent un suivi continu et personnalisé par les sages-femmes aux femmes enceintes à bas risque obstétrical.

Objectif : Comparer l'effet d'un suivi en FP versus en filière conventionnelle (FC) sur la dépression du post-partum (DPP), les symptômes du trouble du stress post-traumatique liés à l'accouchement, le vécu de l'accouchement et la mise en place du lien mère-enfant.

Méthodes : Cohorte prospective multicentrique PhysioCare (3 centres ; exposé/non exposé, ratio 1:2, appariement par centre et parité), incluant 597 femmes enceintes à bas risque (195 en FP et 402 en FC) dans trois maternités françaises (septembre 2022 et avril 2023), entre 34 et 39 SA. Les données ont été recueillies via des questionnaires auto-administrés deux jours (J2) puis 6 semaines après l'accouchement (S6). Des analyses statistiques multivariées en intention de traiter (score de propension, pondération IPTW) ont été réalisées.

Résultats : À S6, la proportion de femmes présentant un score EPDS ≥ 11 était significativement plus faible en FP qu'en FC (ORajusté= 0,43 [0,21 ; 0,84]. Le vécu émotionnel de l'accouchement apparaissait plus favorable en FP, avec des scores moyens significativement plus faibles qu'en FC à J2 et à S6 (βajusté = -0.13 [-0.22, -0.04] ; βajusté = -0,16 [-0,26 ; -0,05], respectivement). En revanche, la relation avec l'équipe soignante a été perçue plus négativement en FP à J2, sans que cette différence ne persiste de manière significative à S6. Aucune différence significative n'a été observée pour les autres critères étudiés.

Conclusion : ces résultats suggèrent qu'un modèle de soins centré sur la femme, avec un accompagnement continu et personnalisé, pourrait contribuer à améliorer le bien-être psychique et émotionnel en post-partum précoce et à favoriser une expérience plus positive de l'accouchement.

GROSSESSE 2

Luca CAMPAGNI[1],

Julie Blanc[2], Sylvie Schouvey[3], Gilbert Habib[4]

1. Assistance-Publique-Hôpitaux de Marseille
2. Department of Gynecology and Obstetrics, Hôpital Nord, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Marseille, France
3. Department of Paediatric and Congenital Cardiology, Hôpital La Timone, Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, Marseille, France
4. AP-HM, La Timone Hospitalisation, Cardiology Department, Aix Marseille Université, Marseille, France

Facteurs associés à la morbidité maternelle sévère chez les femmes atteintes de cardiopathie : étude multicentrique rétrospective

Contexte : Les maladies cardiovasculaires, première cause de mortalité maternelle pendant la grossesse et jusqu'à 42 jours du post-partum en France, sont un enjeu de santé publique. Les données concernant la morbidité maternelle sévère (MMS), indicateur clé de la santé maternelle, des femmes atteintes de cardiopathie restent limitées.

Objectifs : Identifier les facteurs associés à la MMS chez les femmes atteintes de cardiopathie et décrire les issues maternelles et néonatales.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude multicentrique rétrospective incluant toutes les grossesses consécutives de femmes atteintes d'une cardiopathie ayant accouché dans les centres participants entre janvier 2015 et décembre 2025. La MMS a été définie pour chaque grossesse selon le consensus EPIMOMS. Les facteurs associés ont été identifiés par analyse multivariée ajustée sur les principaux facteurs de confusion.

Résultats : Parmi les 327 grossesses incluses, 69 (21,1 %) ont été compliquées d'une morbidité maternelle sévère (MMS), survenant principalement au cours de la période anténatale. Les cardiopathies congénitales, les valvulopathies et les cardiomyopathies étaient les principales pathologies pourvoyeuses de MMS. Parmi ces grossesses, 57 (82,6 %) étaient associées à une cardiopathie à risque cardiovasculaire élevé (OMS modifiée 2.0 > II) et 57 % correspondaient à une première grossesse. Une MMS était observée dans près d'une grossesse sur cinq obtenue par procréation médicalement assistée. Aucune MMS n'a été observée parmi les grossesses ayant bénéficié d'un déclenchement du travail pour indication cardiologique. Quatre-vingt-onze grossesses (27,8 %) étaient marquées par un petit poids pour l'âge gestationnel à la naissance.

Conclusion : La MMS, fréquente chez les femmes atteintes de cardiopathie, est associée à un risque accru d'issues défavorables maternelles et néonatales.

Mots-clefs : Cardiopathie – Grossesse – Morbidité maternelle sévère

NÉONATOLOGIE 2

VENDREDI 16 OCTOBRE
08h30 - 10h30
SALLE 2

VENDREDI 16 OCTOBRE

SESSION PARALLÈLE - Salle 2

08h30 - 10h30 COMMUNICATIONS LIBRES - NÉONATALOGIE 2

Modération : Romain Dugravier, Pédopsychiatre - Paris
& Ayoub Mitha, Pédiatre - Tours

- **Association entre la quantité de liquide amniotique initiale et les issues néonatales chez les femmes présentant une rupture prématurée des membranes entre 26 SA et 34 SA**
  Anne-Cécile Chodkiewiez, Paris

- **Analyse des facteurs néonatals et des pratiques cliniques influençant la fermeture du canal artériel chez les prématurés : analyses secondaires de l'essai randomisé TREOCAPA**
  Chiara Lembo, Paris

- **Application des recommandations Européennes sur la prise en charge de l'hypothyroïdie congénitale : une étude descriptive en France de 2021 à 2024**
  Emma Trojani, Tours

- **Surveillance des prevalences de naissances petits et gros pour l'age gestationnel entre 2010 et 2024 : une etude en population dans 21 pays d'europe**
  Alice Hocquette, Paris

- **Mortalité infantile en France : évolution des causes de décès et disparités territoriales**
  Mathieu Rivière, Saint-Maurice

- **Recours aux soins hospitaliers des nouveau-nés sains à La Réunion : analyse régionale en population sur les données du SNDS au cours des 1 000 jours**
  Théodora Serveaux, Saint-Pierre

- **Prévalence élevée du sommeil partagé chez les nourrissons en Seine-Saint-Denis : déterminants sociaux et enjeux de prévention de la mort inattendue du nourrisson**
  Sébastien Riquet, Bobigny

- **Facteurs influençant la santé mentale des pères en post-partum : revue de la littérature**
  Sara Raynaud, Brumath

NÉONATALOGIE 2

Anne-Cécile CHODKIEWIEZ[1],

Victoire Pauphilet[2], Thomas Schmitz[3]

1. Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines
2. Hôpital Bichat
3. Hôpital Robert Debré

Association entre la quantité de liquide amniotique initiale et les issues néonatales chez les femmes présentant une rupture prématurée des membranes entre 26 SA et 34 SA

Contexte : La rupture prématurée des membranes (RPM) avant terme est une cause importante de prématurité et de morbidité néonatale. La valeur pronostique de la quantité de liquide amniotique initiale reste discutée.

Objectif : Évaluer l'association entre la quantité de liquide amniotique à l'admission et les issues néonatales en cas de rupture prématurée des membranes entre 26+0 et 33+6 SA.

Méthodes : Étude rétrospective monocentrique réalisée dans une maternité de type III (Robert Debré) entre 2011 et 2021. Les patientes présentant une RPM entre 26+0 et 33+6 SA et ayant accouché dans le centre ont été incluses. Les patientes en travail ou présentant une latence inférieure à 12 heures ont été exclues. Les grossesses multiples, les malformations fœtales, les interruptions médicales de grossesse, les morts fœtales in utero à l'admission et les décès périnataux ont également été exclus. La quantité de liquide amniotique était évaluée à l'admission par la mesure échographique de la plus grande citerne verticale : anamnios, oligoamnios (<2 cm) et liquide amniotique normal (≥2 cm). Le critère de jugement principal était un critère composite de morbi-mortalité néonatale. Les analyses ajustées ont été réalisées par régression de Poisson.

Résultats : 383 patientes ont été incluses : 33 (8,6 %) dans le groupe anamnios, 90 (23,5 %) dans le groupe oligoamnios et 260 (67,9 %) dans le groupe quantité de liquide normale. Après ajustement sur l'âge gestationnel à la rupture et le retard de croissance intra-utérin, aucune association significative n'était retrouvée entre la quantité initiale de liquide amniotique et le critère composite de mortalité et de morbidité néonatal (anamnios : RR ajusté 0,81 ; IC95 % [0,39–1,70] ; oligoamnios : RR ajusté 1,12 ; IC95 % [0,74–1,69]). Une tendance à une latence plus courte était observée dans le groupe anamnios, sans différence significative.

Conclusion : Dans cette cohorte de patientes ayant une RPM entre 26 et 34 SA, la quantité initiale de liquide amniotique n'était pas associée à une augmentation de la morbi-mortalité néonatale.

NÉONATALOGIE 2

Chiara LEMBO[1],

Jean-Christophe Roze[2], Jennifer Zeitlin[2]

1. Université Paris Cité
2. INSERM

Analyse des facteurs néonatals et des pratiques cliniques influençant la fermeture du canal artériel chez les prématurés : analyses secondaires de l'essai randomisé TREOCAPA

Introduction : La persistance du canal artériel est fréquente chez les grands prématurés et sa prise en charge reste controversée. L'essai TREOCAPA n'a pas montré de bénéfice du paracétamol prophylactique sur le devenir des nourrissons ≤ 28 SA. Une hypothèse est que l'évolution des pratiques néonatales, notamment la réduction de la ventilation invasive, a modifié le risque de persistance du canal artériel et réduit le nombre d'enfants susceptibles de bénéficier d'un traitement précoce. Notre objectif était d'évaluer l'impact de la ventilation invasive précoce sur la fermeture du canal artériel et d'identifier les caractéristiques associées à sa persistance.

Méthodes : Analyse secondaire des données de l'essai multicentrique européen TREOCAPA incluant des nouveau-nés de 23 à 28 SA recrutés dans 43 centres de 14 pays (N=778). La fermeture du canal a été évaluée par échocardiographie au 7e jour de vie. L'association entre ventilation invasive à J1 et fermeture du canal a été étudiée après pondération par score de propension basé sur les facteurs cliniques et thérapeutiques.

Résultats : Une importante variabilité des pratiques ventilatoires entre centres a été observée. Après pondération par score de propension, la ventilation invasive à J1 était associée à une probabilité plus faible de fermeture du canal (ORa 0.66 [0.47-0.92]). L'âge gestationnel était le principal facteur associé à la fermeture du canal ($p < 0.001$). La multiparité, un âge maternel plus élevé, la PROM et l'exposition anténatale au magnésium étaient associés à une probabilité plus élevée de fermeture. Une température d'admission plus basse, une pression artérielle diastolique minimale plus basse étaient associées à une moindre probabilité de fermeture.

Conclusion : Chez les grands prématurés, l'âge gestationnel demeure le principal déterminant de la fermeture du canal. À sévérité comparable, la ventilation invasive précoce est associée à une moindre probabilité de fermeture et pourrait identifier les nourrissons susceptibles de bénéficier d'un traitement précoce.

NÉONATALOGIE 2

Emma TROJANI[1],

Kristen Joseph-Delaffon[1], Lucie Levaillant[2], Caroline Hasselmann[1], Diane Dufour[1]

1. CHRU Tours
2. CHRU Angers

Application des recommandations Européennes sur la prise en charge de l'hypothyroïdie congénitale : une étude descriptive en France de 2021 à 2024

Contexte: L'hypothyroïdie congénitale est l'une des pathologies endocriniennes les plus fréquentes en néonatologie, et un retard de diagnostic peut avoir des conséquences sévères. Son dépistage néonatal, réalisé à partir de sang séché sur buvard, est proposé à tous les nouveau nés. Les recommandations européennes de 2021 insistent sur l'initiation rapide du traitement durant les 14 premiers jours de vie, l'adaptation de la posologie selon la sévérité de l'hypothyroïdie, ainsi que la réalisation d'examens complémentaires et la recherche de comorbidités.

Objectifs: Nous avons étudié, entre 2021 et 2024 en France, l'application de ces recommandations chez les enfants atteints. L'objectif principal de notre étude était d'analyser les délais jusqu'à la confirmation diagnostique.

Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective et multicentrique, à partir des données françaises du Centre National de Coordination du Dépistage Néonatal (CNCDN), basé à Tours. Les données ont été extraites pour l'ensemble des naissances sur le territoire français, durant la période étudiée, et proviennent des rapports d'activité du CNCDN ainsi que des fiches diagnostiques validées au niveau national.

Résultats : La prise en charge de 894 patients en France a été évaluée selon les recommandations européennes de 2021. L'âge médian du dépistage était de 3,0 jours (1,0-23,0), avec un délai médian de réception du buvard de 7,0 jours. L'âge médian à la confirmation diagnostique était de 8,0 jours (3,0-42,0) et l'âge médian d'initiation du traitement de 9,0 jours (3,0-77,0), avec une posologie moyenne de 9,5 µg/kg/j, significativement plus élevée pour les formes sévères. L'échographie et la scintigraphie thyroïdienne ont été réalisées chez 84,3 % et 68,5 % des patients, respectivement. Aucune association significative n'a été observée entre la sévérité de l'hypothyroïdie congénitale et la présence de malformations.

Conclusion: La prise en charge de l'hypothyroïdie congénitale apparaît largement homogène en France, reflétant une application satisfaisante des recommandations. Les délais médians sont conformes aux objectifs, malgré des valeurs extrêmes et les posologies utilisées sont globalement adaptées à la sévérité. Des mesures d'amélioration sont proposées pour optimiser la prise en charge et réduire les dépistages faussement négatifs, en particulier dans certaines populations spécifiques. Ainsi, un second prélèvement entre le 10ème et le 14ème jour de vie pourrait être proposés pour les prématurés et les jumeaux de même sexe. Pour les hypothyroïdies avec glande en place, les avancées en génétique permettraient de limiter la réalisation de certains examens secondaires, invasifs et irradiants, tels que la scintigraphie. La mise à jour des fiches diagnostiques du CNCDN, incluant une mention des prélèvements génétiques, le cas échéant, apparaît alors pertinente.

Mots-clés : Hypothyroïdie congénitale, dépistage néonatal, TSH, T4L, Lévothyroxine, recommandations européennes

NÉONATALOGIE 2

Alice HOCQUETTE[1],

Marianne Philibert[1,2], Petr Velebil[3], Kari Klungsøyr[4], Lisa Broeders[5], Marzia Loghi[6], Theopisti Kyprianou[7], Irisa Zile-Velika[8], Maria Fernandez Elorriaga[9], Günther Heller[10], Mika Gissler[11], Luule Sakkeus[12], Jennifer Zeitlin[13]

1. Université Paris Cité
2. Université Sorbonne Paris Nord, Inserm, INRAE, Centre for Research in Epidemiology and Statistics, F-75004 Paris, France
3. Institute for the Care of Mother and Child, Prague and 3rd Medical School of Charles University, Prague, Czechia
4. Department of Health Promotion, Norwegian Institute of Public Health, Bergen, Norway
5. lbroeders@perined.nl|Perined, Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht, The Netherlands
6. Italian Statistical Institute (ISTAT), Rome, Italy
7. Health Monitoring Unit, Ministry of Health, Nicosia, Cyprus
8. |irisa.zile@spkc.gov.lv|Center for disease prevention and control, Riga, Latvia
9. Universidad Complutense de Madrid, Spain
10. Institute for Quality Assurance and Transparency in the Healthcare Sector, Berlin, Germany
11. THL Finnish Institute for Health and Welfare, Department of Data and Analytics, Helsinki, Finland
12. Estonian Institute for Population Studies, Tallinn University
13. Université Paris Cité and Université Sorbonne Paris Nord, Inserm, INRAE, Centre for Research in Epidemiology and Statistics, F-75004 Paris, France

Surveillance des prévalences de naissances petits et gros pour l'age gestationnel entre 2010 et 2024 : une etude en population dans 21 pays d'Europe

Objectif : Le dépistage des petits et gros pour l'âge gestationnel (PAG et GAG, respectivement <10ème et >90ème percentile) vise à détecter les anomalies de croissance fœtale et prévenir les issues défavorables. L'utilisation de ces indicateurs pour la surveillance de la santé périnatale à l'échelle nationale et internationale reste à évaluer. Cette étude vise à décrire l'évolution des prévalences de PAG et de GAG, et la corrélation entre ces évolutions en Europe.

Méthodes : Nous avons inclus l'ensemble des naissances de 24 à 42 SA entre 2015 et 2021 dans 21 pays du réseau Euro-Peristat. Dix pays ont également fourni des données pour 2010 et 2014, et 14 ont transmis des données jusqu'en 2022, 2023 ou 2024 (N=36,845,103). L'évolution des prévalences de PAG et de GAG, calculées à l'aide de courbes nationales ajustées, étaient décrites par des modèles de régression linéaire. Le calcul du coefficient de Pearson a permis d'examiner la corrélation entre les variations de ces indicateurs au niveau des pays.

Résultats : En 2015, la prévalence des PAG variait de 9,8% à 12,1% selon les pays et de 10,4% à 12,5% pour les GAG. En 2021, ces chiffres étaient de 9,0% à 11,2% et de 11,1% à 14,1%. Dans l'ensemble, les taux de PAG ont diminué (de -0.279 à 0.007 point/an selon les pays) et les taux de GAG ont augmenté (de -0.05 à 0.249 point/an selon les pays). Les évolutions des taux de PAG et de GAG étaient fortement négativement corrélées (coefficient=–0,79 ; IC95%[–0,93;–0,42]).

Conclusion : La variabilité de la baisse des PAG et de la hausse des GAG en Europe soulève des questions quant aux déterminants de ces évolutions et à leurs conséquences sur les issues périnatales. La forte corrélation entre ces indicateurs suggère qu'ils reflètent principalement une évolution de la distribution du poids de naissance.

NÉONATALOGIE 2

Mathieu RIVIÈRE,

Nicolas Vincent*, Oumayma Zougagh, Emmanuelle Vaissière, Noémie Fortin, Sandrine Coquet, Jamel Daoudi, Amandine Cochet, Mélanie Martel, Valérie Henry, Elodie Lebreton

Santé publique France
**Co-auteur*

Mortalité infantile en France : évolution des causes de décès et disparités territoriales

Contexte : Selon une étude du Lancet (2022), la mortalité infantile en France augmentait entre 2012 et 2019, portée par la hausse de la mortalité néonatale précoce (0-6 jours). En 2024, le pays est au 21e rang européen sur 27.

Objectifs : Analyser l'évolution des taux de mortalité infantile, causes de décès infantiles et disparités territoriales (région et départements).

Méthodes : L'analyse s'appuie sur les données du CépiDc (certificat de décès) et de l'Etat civil. Des tests statistiques ont évalué la significativité des écarts entre territoires, complétés par l'analyse des tendances temporelles (APC, JoinPoint).

Résultats : Entre 2014 et 2024, la mortalité néonatale précoce (+1,0%/an) et tardive (7-28 jours, +2,1%/an) ont progressé. En 2023, les affections d'origine périnatale représentaient 51,8% des décès infantiles, suivies des anomalies congénitales (19,5%) et des autres causes (18,5%), dont les morts inattendues du nourrisson (12% de données manquantes). Les complications de la grossesse augmentaient, tandis que les infections périnatales reculaient (-2,3%/an). Sur 2020-2024, les DROM (>6,0‰) et le Grand Est (4,1‰), notamment la Moselle (4,5‰) et le Bas-Rhin (4,5‰) présentaient des taux de mortalité infantile supérieurs à la moyenne nationale (3,8‰). La mortalité néonatale précoce (France=1,9‰) était supérieure en Ile-de-France (2,2‰) dont en Seine-Saint-Denis (3,2‰), dans les DROM (>3,2‰) et plusieurs départements. La mortalité néonatale tardive était supérieure (France=0,9‰) en Moselle (1,2‰), Meurthe-et-Moselle (1,3‰) et dans les DROM (>1,3‰). Enfin, la mortalité post-néonatale (29-364 jours) était supérieure à la moyenne nationale (1,0‰) en Moselle (1,5‰), Seine-Saint-Denis (1,4‰) et dans plusieurs DROM.

Conclusion : La mortalité infantile présente de forts contrastes territoriaux, sa hausse est portée aussi par la mortalité néonatale tardive. Pour comprendre cette évolution, nous préconisons notamment d'améliorer l'exhaustivité du remplissage des cause de décès du certificat de décès infantile. Ces disparités soulignent l'urgence de renforcer la prévention périnatale (suivi des grossesses à risque…).

NÉONATALOGIE 2

Théodora SERVEAUX,

Simon Lorrain[2], Laurent Balu[3], Olivier Maillard[4], Silvia Iacobelli[5]

1. Université de La Réunion
2. CEPOI UR 7388 - Université de La Réunion
3. CHU de La Réunion
4. CIC INSERM 1410, CHU de la Réunion
5. CHU de La Réunion - CEPOI UR 7388 - Université de La Réunion

Recours aux soins hospitaliers des nouveau-nés sains à La Réunion : analyse régionale en population sur les données du SNDS au cours des 1 000 jours

Introduction : Le recours aux soins hospitaliers constitue un indicateur important de l'état d'une population et de son système de soins, particulièrement chez les enfants nés à terme sans pathologie, pour lesquels tout recours hospitalier est peu attendu. À La Réunion, aucune donnée populationnelle ne caractérisait cet indicateur.

Objectif : Décrire le recours aux soins hospitaliers des nouveau-nés à terme, nés « sains » à La Réunion en 2023, dans les deux premières années de vie (séjours, motifs, urgences non suivis d'une hospitalisation), et dénombrer les cas de Morts Inattendues du Nourrisson (MIN) dans cette population.

Matériel et méthode : Étude descriptive, rétrospective, populationnelle, régionale réalisée à partir du SNDS/PMSI-MCO sur 7673 dyades mère-enfant. La survenue d'au moins un séjour hospitalier, les motifs et les passages aux urgences ont été décrits selon trois périodes de vie (J1-J7, J1-J28, J1-2ans). Les MIN ont été recensés via le registre régional.

Résultats : Sur les 7 673 dyades analysées, 20.6% des enfants ont eu au moins un séjour hospitalier dans les deux premières années de vie (2 419 séjours), contre 3.9% dans le premier mois (297 séjours) et 0.4% dans les 7 premiers jours (30 séjours). L'ictère néonatal dominait en période néonatale précoce (56.7%). Les maladies respiratoires constituaient le premier motif dès J1-J28 (31.4%), représentant 38.5% des séjours dans les deux ans. Les traumatismes représentaient le quatrième motif d'hospitalisation (6.7%). Plus des trois quarts des hospitalisations étaient précédées d'un passage aux urgences, et 39.8% des enfants ont eu au moins un recours aux urgences sans hospitalisation consécutive. Six cas de MIN ont été identifiés.

Discussion : Le recours hospitalier apparaît légèrement plus élevé à La Réunion qu'en métropole. Le taux important de passages aux urgences sans hospitalisation suggère un recours non programmé majoritairement évitable, soulignant la nécessité d'interventions précoces de sensibilisation et de suivi auprès des familles réunionnaises

NÉONATALOGIE 2

Sébastien RIQUET[1],

Hellody Hellangedine Jean Pierre

LEPS UR 3412, USPN

Prévalence élevée du sommeil partagé chez les nourrissons en Seine-Saint-Denis : déterminants sociaux et enjeux de prévention de la mort inattendue du nourrisson

Contexte : la mort inattendue du nourrisson (MIN) demeure en France un enjeu majeur de santé publique. Le sommeil partagé (bed-sharing) n'est pas recommandé car associé à des risques potentiels aux conditions de pratique. Aucune donnée récente n'est disponible pour la Saine-Saint-Denis (SSD, 93) alors que le territoire est marqué par d'importantes inégalités sociales.

Objectif : évaluer la prévalence du sommeil partagé et son contexte chez les parents de nourrissons de 0 à 12 mois. Méthodes étude quantitative descriptive transversale menée d'avril 25 à janvier 26. 102 parents ont répondu à un questionnaire anonyme auto-administré dans des PMI, cabinets de pédiatrie libéraux et des services d'urgences pédiatriques. Des analyses bivariées ont été réalisées.

Résultats : 75,5% des parents déclarent pratiquer le sommeil partagé. Cette pratique est régulière pour 78 % des répondants et réalisée toute la nuit dans près de deux tiers des familles. Les principales motivations sont l'apaisement du nourrisson (67,5 %), un allaitement maternel facilité (62,3 %), l'amélioration du sommeil familial (50,6 %) et les contraintes d'un logement inférieur à deux pièces (40,3%). La pratique est significative chez des parents avec un niveau d'étude peu élevé ($p = 0,041$), sans emploi ($p = 0,028$) et un logement restreint ($p = 0,015$). 39 % des parents n'ont reçu aucune information des soignants concernant cette pratique et la MIN.

Conclusion : la prévalence du sommeil partagé est élevée dans le 93 et influencée par plusieurs déterminants sociaux de santé. Un repèrage précoce des parents co-dormeurs avec leur nourisson et nécessaire pour établir une intervention éducative bréve, que nous présenterons, fondée sur la réduction des risques adaptées aux réalités sociales et de logement des familles en SSD. Le rôle des pédiatres, sages-femmes et puéricultrices, est central en éducation post-natale pour renforcer la prévention de la MIN par un accompagnement non stigmatisant des familles.

NÉONATALOGIE 2

Sara RAYNAUD[1],

Georges-Emmanuel Roth[2], Sandrine Voillequin[3]

1. Faculté de médecine, maïeutique et sciences de la santé, Université de Strasbourg
2. CMCO Pôle de gynécologie obstétrique des hôpitaux universitaires de Strasbourg 19 rue Louis Pasteur 67300 Schiltigheim
3. Faculté de médecine, maïeutique et sciences de la santé, Université de Strasbourg et Laboratoire ICube UMR 7357, CNRS

Facteurs influençant la santé mentale des pères en post-partum : revue de la littérature

Contexte : La santé mentale maternelle du post-partum est largement documentée, contrairement à celle des pères, dont les troubles anxio-dépressifs restent peu repérés en pratique périnatale alors qu'ils retentissent sur l'ensemble de la triade père-mère-enfant.

Objectifs : Identifier, à travers la littérature, les facteurs influençant la santé mentale des pères en post-partum et distinguer ceux qui l'altèrent de ceux qui la protègent.

Méthodes : Revue de la littérature conduite selon les recommandations PRISMA 2020 (PubMed, ScienceDirect, Cochrane), incluant les articles évalués par les pairs, publiés entre 2015 et 2025, en français ou en anglais, portant spécifiquement sur la santé mentale paternelle jusqu'à 24 mois post-partum. Vingt-quatre études ont été retenues : 8 revues systématiques ou méta-analyses, 8 études transversales, 2 études longitudinales, 2 essais d'intervention contrôlés (dont 1 randomisé), 1 étude mixte et 3 études qualitatives. L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), avec un seuil masculin abaissé (7-10), était l'outil de dépistage majoritairement utilisé.

Résultats : Les facteurs de risque significativement associés aux symptômes anxio-dépressifs paternels relevaient de cinq dimensions : individuels (antécédents anxio-dépressifs, OR 4,4 IC95% [1.7 - 10.9] à 6,77 IC95% [5.07 - 9.04] ; grossesse non planifiée, OR 2,36 IC95% [1.70 - 3.28] à 4,7 IC95% [1.9 - 11.3]; troubles du sommeil ; auto-négligence émotionnelle), normatifs (adhésion aux normes masculines traditionnelles), éducatifs (défaut de considération et de soutien des professionnels), relationnels (relation conjugale insatisfaisante ; dépression maternelle, OR 1,66 IC95% [1.27 - 2.17] ; faible soutien social, OR 2,29 IC95% [0.93 - 5.67]) et socio-économiques (chômage, OR 6,6 IC95% [1.94 - 22.64] ; précarité financière). Les facteurs protecteurs identifiés étaient une relation conjugale satisfaisante, des stratégies d'auto-soin, la flexibilité professionnelle et l'implication des professionnels auprès du père.

Conclusion : Ces résultats plaident pour un repérage paternel systématique en périnatalité, à l'aide d'un outil validé chez l'homme, et pour une intégration explicite du coparent dans le parcours de soins.

SESSION POSTERS

COMMENTÉS 1

JEUDI 15 OCTOBRE
ESPACE POSTER

POSTERS COMMENTÉS 1

#	NOM	PRÉNOM	TITRE DE L'ABSTRACT
P1	ELETRI	Lina	Association entre l'exposition in utero au paracétamol et les malformations des organes génitaux externes chez les filles et les garçons: revue systématique et métanalyses
P2	LEBRETON	Elodie	Validation d'algorithmes périnataux dans le PMSI-MCO par appariement à l'Enquête Nationale Périnatale 2021 et à l'ENP-DROM 2021 : résultats préliminaires du projet PérinatAlgoVal
P3	BUISSON	Camille	Acceptabilité et faisabilité du repérage des antécédents de violences gynécologiques et/ou obstétricales par les médecins et sages-femmes exerçant en service d'orthogénie
P4	LEPELLETIER	Chloé	Facteurs prédictifs d'accouchement en cas de rupture prématurée des membranes avant 34 SA : étude de cohorte rétrospective
P5	PONCET	Lorraine	Parcours de soins à la suite de désordres hypertensifs de la grossesse : enjeux méthodologiques dans les données du SNDS
P6	GALLOT	Denis	Distribution géographique et temporelle de la rupture prématurée des membranes (RPM) avant terme en France métropolitaine, 2015-2023
P7	CREQUIT	Simon	Analyse de l'association entre les vulnérabilités sociales et les issues défavorables de grossesse médiée par l'utilisation inadéquate des soins prénataux : une étude de cohorte.
P8	MOREL-CHEVILLET	Laure	Delivery timing after threatened preterm labor (TPL) or preterm prelabor rupture of membranes (PPROM) in twin pregnancies and its implications for antenatal corticosteroid administration
P9	JOINAU-ZOULOVITS	Felicia	Disparités du taux de césariennes entre femmes migrantes nées en Afrique subsaharienne et femmes natives dans les pays à revenu élevé : revue systématique et méta-analyse
P10	KARKAR	Hédia	Impact de la prise de poids gestationnelle sur les issues obstétricales et néonatales chez les femmes présentant une obésité de classe III
P11	VIENNET	Astrid	La copeptine au sang du cordon : une clé pour décrypter la physiologie rénale du prématuré ?
P12	GRAMPAYRE	Manon	Faisabilité de la Tecarthérapie sur les cicatrices douloureuses de césarienne : étude NoCePain
P13	CAMPGUILHEM	Julie	Hémorragie du post-partum sévère chez les femmes à bas risque obstétrical: prévalence et facteurs de risque. Etude à partir de la cohorte prospective multicentrique finistérienne HEMOTHEPP.
P14	DELOMEZ	Lili	Facteurs pronostiques d'allaitement maternel dans une population de femmes vivant avec une obésité : étude prospective multicentrique
P15	PIETTE	Agathe	Issues de grossesse, suivi et devenir des patientes ayant eu une prééclampsie en fonction de la sévérité, étude rétrospective au CHU de Lille entre 2015 et 2020
P16	DEROUBAIX	Elise	L'allo-immunisation plaquettaire fœto-maternelle : identification des facteurs de risque de thrombopénie néonatale sévère

POSTERS COMMENTÉS 1 - P1

Lina ELETRI[1,2],

Kristen Joseph Delaffon[3], Agnès Dechartres[1], Per Damkier[4], Jonathan Richardson[5], Elisabeth Elefant[6], Delphine Mitanchez[7], Benoit Marin

1. Sorbonne Université, INSERM, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, Equipe PEPITES, AP-HP, Hôpital Pitié Salpêtrière, Département de Santé Publique, Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT), F75013, Paris, France.
2. Department of Neonatology, Centre Hospitalier du Mans, Le Mans 72037, France
3. Departement of neonatology, Bretonneau hospital,Francois Rabelais University, F37000, tours, France
4. Department of Clinical Pharmacology. Odense University Hospital, Odense, Denmark; Department of Clinical Research University of Southern Denmark, Odense, Denmark
5. UK Teratology Information Service. Newcastle-upon-Tyne Hospitals NHS Foundation Trust and UK Health Security Agency, United Kingdom;
6. Sorbonne Université, Hôpital Trousseau, Département de Santé Publique, Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT), F75012, Paris, France
7. Departement of neonatology, Bretonneau hospital,Francois Rabelais University, F37000, tours, France; 9INSERM UMRS_938 Centre de Recherche Saint Antoine, F-75012 Paris, France.
8. Sorbonne Université, INSERM, Institut Pierre Louis d'Epidémiologie et de Santé Publique, Equipe PEPITES, AP-HP, Hôpital Pitié Salpêtrière, Département de Santé Publique, Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT)

Association entre l'exposition in utero au paracétamol et les malformations des organes génitaux externes chez les filles et les garçons: revue systématique et métanalyses

Introduction, objectifs : Le paracétamol est largement utilisé par les femmes enceintes. Les données concernant son association avec les malformations des organes génitaux externes chez l'enfant demeurent controversées. Cette étude vise à évaluer l'association entre l'exposition in utero au paracétamol et la survenue de malformations de l'appareil génital externe chez les deux sexes.

Méthodes : Nous avons réalisé une revue systématique et une méta-analyse afin d'évaluer l'association entre l'exposition in utero au paracétamol et les malformations génitales externes. Les bases de données MEDLINE, EMBASE, CENTRAL, International Clinical Trials Registry Platform et ClinicalTrials.gov ont été consultées. Les études éligibles comprenaient des essais contrôlés randomisés et des études observationnelles. Deux évaluateurs ont procédé de manière indépendante au screening des études, à l'extraction des données et à l'évaluation du risque de biais. Les critères de jugement principaux étaient des critères composites : chez les garçons (cryptorchidie, hypospadias, hypoplasie pénienne) et chez les filles (hypertrophie clitoridienne, fusion labiale, malformations vulvaires, fistule rectovaginale). Les critères secondaires incluaient les malformations individuelles et la distance anogénitale. Le niveau de certitude a été évalué selon GRADE.

Résultats : Dix études observationnelles ont été incluses. Chez les garçons, une méta-analyse du critère composite principal n'a pu être réalisée. Un critère composite modifié (cryptorchidie et/ou hypospadias) a été reconstitué, sans association significative avec l'exposition au paracétamol (OR brut combiné : 1,27; IC 95%: 0,18–8,94; 2 études; I^2=79 %). Aucune association significative n'a été observée pour la cryptorchidie (OR ajusté: 1,02; IC 95%: 0,78–1,35) ni pour l'hypospadias (OR ajusté: 1,02; IC 95%: 0,89–1,17). Aucune méta-analyse n'a pu être menée chez les filles, faute de données disponibles. Le niveau de certitude des données était faible à très faible.

Conclusion : Cette méta-analyse n'a pas retrouvé d'association entre l'exposition prénatale au paracétamol et les malformations génitales externes masculines. Des études supplémentaires sont nécessaires, notamment chez les filles, en tenant compte des facteurs de confusion.

POSTERS COMMENTÉS 1 - P2

Elodie LEBRETON[1],

Valentina Decio[1], Pauline Barthélémy[2], Panayotis Constantinou[2], Catherine Crenn Hebert[3], Caroline Prunet[4],

1. Santé publique France
2. CNAM
3. AUDIPOG
4. HAS

Validation d'algorithmes périnataux dans le PMSI-MCO par appariement à l'Enquête Nationale Périnatale 2021 et à l'ENP-DROM 2021 : résultats préliminaires du projet PérinatAlgoVal

Contexte : Le Système National des Données de Santé (SNDS) offre une opportunité unique de surveillance périnatale en routine et à échelle territoriale fine, contrairement aux enquêtes de santé ponctuelles. Cependant, la validation à grande échelle de ses algorithmes médico-administratifs par rapport à un standard de référence reste limitée. Financé par le Health Data Hub, le projet PérinatAlgoVal répond à ce besoin.

Objectif : Evaluer la performance de quinze algorithmes périnataux maternels et néonataux construits à partir du PMSI-MCO 2021 par comparaison aux données de référence de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) 2021 - incluant l'ensemble des naissances survenues durant une semaine dédiée - à un niveau national et régional.

Méthodes : Les performances sont évaluées par 4 métriques : sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive (VPP) et valeur prédictive négative (VPN), avec intervalles de confiance à 95 %.

Résultats préliminaires : Au niveau national, les indicateurs suivants présentent d'excellentes performances (4 métriques >85 % - performance minimale retenue pour la validation de l'algorithme) : repérage des accouchements, âge maternel, mode d'accouchement, parité, utérus cicatriciel, naissances uniques ou multiples, naissances vivantes, âge gestationnel, le poids de naissance et sexe du nouveau-né. La sensibilité était moins élevée pour l'épisiotomie (environ 79%) avec des performances globales similaires selon le type de voie basse. Les performances étaient hétérogènes pour la prééclampsie (66% sensibilité - 99% spécificité).

Conclusion : Ces premiers résultats justifient l'utilisation des indicateurs périnataux validés pour une surveillance robuste à partir du SNDS, tout en identifiant certains domaines nécessitant des améliorations. D'autres algorithmes, à partir des consommations de soins en ville (DCIR), vont être évalués. Les résultats complets, attendus en 2027, contribueront à la diffusion publique d'algorithmes et de leurs programmes SAS associés via la Bibliothèque Ouverte d'Algorithmes en Santé et feront l'objet de publication(s) scientifique(s).

POSTERS COMMENTÉS 1 - P3

Camille BUISSON[1],

Priscille Sauvegrain[2], Elisabeth Iraola[3]

1. Exercice clinique à APHP Necker Enfants malades. Master 2 santé publique parcours criminologie à Université de Rennes. Stage de master 2 à Sorbonne Université, INSERM UMR-S 1136, Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique (iPLesp), Equipe Epidémiologie Sociale, Santé Mentale, Addictions (ESSMA), Paris
2. MCU en maïeutique, Sorbonne Université avec une HDR
3. MCU en maïeutique, Sorbonne université

Acceptabilité et faisabilité du repérage des antécédents de violences gynécologiques et/ou obstétricales par les médecins et sages-femmes exerçant en service d'orthogénie

Contexte. Les violences gynécologiques et/ou obstétricales (VGO) constituent une problématique de santé publique dont la prévalence est estimée entre 45% et 59% en population générale (Fraser et al., 2025 ; Hakimi et al., 2025), alors qu'aucune recommandation professionnelle ne cible leur repérage en pratique clinique. L'orthogénie, domaine dans lequel le repérage des VGO demeure encore peu étudié, pourrait constituer un contexte propice à leur identification.

Objectif. Évaluer l'acceptabilité et la faisabilité du repérage des antécédents de VGO auprès des médecins et sages-femmes exerçant en service d'orthogénie et explorer leurs représentations professionnelles à ce sujet.

Méthode. Design mixte séquentiel explicatif. Phase quantitative : questionnaire en ligne diffusé aux médecins et sages-femmes des services d'orthogénie des CHU de France métropolitaine. Phase qualitative : entretiens semi-directifs sur la base du volontariat jusqu'à saturation des données.

Résultats. Le repérage systématique constituait la modalité de repérage la plus acceptée (92,3 %), sans différence significative avec le repérage ciblé (76,9 %, $p = 0,723$). L'utilisation d'outils standardisés obtenait une acceptabilité modérée (76,9 %), tandis que la délégation à un professionnel formé ne faisait pas consensus (48,7 % favorable). Le manque de temps représentait le principal frein à la faisabilité (46,2 %), suivi du manque de connaissances (41 %) et de la crainte de ne pas savoir orienter (26,9 %). La formation spécifique aux VGO exerçait un effet significativement positif pour lever ces freins ($p < 0,001$). Les entretiens révèlent que le frein « manque de temps » renvoie à une disponibilité psychique plutôt qu'objective, et que le repérage des VGO engage une menace identitaire spécifique : le soignant peut se reconnaître comme acteur potentiel des violences qu'il dépiste.

Conclusion. Le repérage des VGO est acceptable en principe mais structurellement invisibilisé dans les pratiques effectives, faute de cadre systématisé, d'outils validés et de formations dédiées. Ces résultats plaident pour l'intégration des VGO dans les recommandations professionnelles et les cursus de formation initiale.

POSTERS COMMENTÉS 1 - P4

Chloé LEPELLETIER[1],

Anne-Laure Fijean[1], Charline Bertholdt[1,2], Matthieu Dap[1,2], Olivier Morel[1,2], Chloé Lepelletier[1]

1. Pôle de Gynécologie-Obstétrique, Maternité Régionale Universitaire, CHRU de Nancy, 10 rue du Docteur Heydenreich, 54000 Nancy
2. IAD, INSERM U1254, Rue du Morvan, 54500 Vandœuvre-lès-Nancy

Facteurs prédictifs d'accouchement en cas de rupture prématurée des membranes avant 34 SA : étude de cohorte rétrospective

Contexte : La période de latence après une rupture prématurée des membranes avant terme (RPMAT) est variable compliquant l'optimisation des thérapeutiques, notamment de la corticothérapie anténatale. Les études existantes reposent principalement sur des variables recueillies au diagnostic ou sur des mesures ponctuelles de suivi.

Objectif : Identifier les facteurs prédictifs d'accouchement après RPMAT, en intégrant des variables d'admission et l'évolution des paramètres du suivi obstétrical.

Méthodes : Etude de cohorte multicentrique incluant des femmes porteuses d'une grossesse singleton ayant accouché entre 2019 et 2023 après une RPMAT survenue entre 24 SA et 33 SA et 6 jours. Les données recueillies comprenaient les caractéristiques maternelles et obstétricales au diagnostic, ainsi que des variables de suivi dépendantes du temps (quantité de liquide amniotique résiduelle, taux de CRP et de leucocytes, variations entre deux dosages successifs). Des analyses de Cox univariée puis multivariée ont été réalisées avec modélisation de splines cubiques restreintes pour explorer des relations non linéaires (variation de l'effet selon la valeur de la variable explicative).

Résultats : Parmi 890 accouchements recensés, 105 femmes ont été incluses. Les variables associées à un risque accru d'accouchement étaient l'âge gestationnel à partir de 30-31 SA ($p < 0{,}001$), la menace d'accouchement prématuré ($p = 0{,}002$), particulièrement en cas de longueur cervicale inférieure à 15 mm, et une quantité de liquide amniotique diminuée ($p = 0{,}036$). Les taux initiaux de CRP ou leucocytes n'étaient pas associés au risque d'accouchement. En revanche, leurs évolutions au cours du suivi présentaient un effet non linéaire : leur augmentation était associée à un risque accru d'accouchement ($p < 0{,}001$). Un oligoamnios au cours du suivi multipliait ce risque par plus de 3.

Conclusion : Cette étude confirme les principaux déterminants de la latence après RPMAT et souligne l'intérêt d'une analyse dynamique et non ponctuelle des paramètres de suivi.

POSTERS COMMENTÉS 1 - P5

Lorraine PONCET[1],

Elie Azria[1], Grégory Lailler[2], Valérie Olié[2], Catherine Deneux-Tharaux[1]

1. Université Paris Cité and Université Sorbonne Paris Nord, Inserm, INRAE, Centre for Research in Epidemiology and Statistics, F-75004 Paris, France
2. Santé Publique France, Saint-Maurice

Parcours de soins à la suite de désordres hypertensifs de la grossesse : enjeux méthodologiques dans les données du SNDS

Contexte : Les désordres hypertensifs de la grossesse (DHG), notamment s'ils sont combinés à un diabète gestationnel (DG), sont associés à un risque accru de survenue d'une hypertension, d'un diabète ou d'une dyslipidémie à moyen terme, contribuant à la morbi-mortalité cardiovasculaire accrue. Les recommandations françaises mentionnent la nécessité d'un dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires par un suivi médical régulier et pluridisciplinaire. La première année postpartum est un moment charnière, déterminant l'initiation et la poursuite d'un parcours de soin adapté, possiblement influencé par le statut socioéconomique.

Objectifs : Nous proposons d'évaluer la faisabilité de l'étude du parcours de soins dans l'année suivant une grossesse avec DHG/DG dans les données du SNDS.

Méthodes : A partir des données du SNDS, sont incluses les grossesses de 2017-2023, sans hypertension, diabète ou dyslipidémie préexistants. DHG et DG sont identifiés par des diagnostics hospitaliers et des délivrances de médicaments. Dans l'année suivant l'accouchement, on recherche le nombre et le type de consultations, le dépistage du diabète et de la dyslipidémie, l'évaluation des fonctions rénale et cardiaque, et l'initiation de traitements, chez les femmes avec ou sans DHG/DG et selon le statut de bénéficiaire de la CMU-C/C2S.

Résultats : Parmi 4 970 863 grossesses incluses, 2,0% sont concernées par la prééclampsie, 2,9% par l'hypertension gestationnelle et 13,9% par le diabète gestationnel. Les femmes avec DG avaient plus souvent bénéficié de la CMU-C/C2S dans l'année précédant l'accouchement (30,8%) que les femmes avec DHG ou sans complications (25,8% et 25,2%). Le nombre moyen de consultations dans l'année postpartum était plus élevé à la suite d'un DHG (6,5 vs 5,1, p<0,0001 et 1,9 vs 1,6 consultations de spécialistes, p<0,0001), différences non retrouvées à la suite de DG.

Conclusion : L'analyse du parcours de soins à la suite de DHG/DG dans le SNDS peut permettre d'identifier les leviers d'une meilleure prévention du risque cardiovasculaire.

POSTERS COMMENTÉS 1 - P6

Denis GALLOT,

Marion Rouzaire

CHU Clermont-Ferrand

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

Contexte 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.

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 ± 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.

Résultats : 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.

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.

POSTERS COMMENTÉS 1 - P7

Simon CRÉQUIT,

Bruno Renevier, Jean-Baptiste Chanier

CHI André Grégoire

Analyse de l'association entre les vulnérabilités sociales et les issues défavorables de grossesse médiée par l'utilisation inadéquate des soins prénataux : une étude de cohorte.

Contexte : Les vulnérabilités sociales constituent un facteur de risque reconnu de prématurité et de morbidité maternelle et néonatale.

Objectif : Évaluer l'association entre les profils de vulnérabilité sociale et les issues défavorables de grossesse (accouchement prématuré (AP), morbidité maternelle sévère (MM), mortalité périnatale (MP), et estimer la part de cet effet médiée par l'utilisation inadéquate des soins prénataux (SPN).

Méthodes : Etude de cohorte rétrospective monocentrique incluant 23 799 grossesses singletons de mai 2019 à février 2026. Dix-sept variables de vulnérabilité sociale ont été incluses à une analyse de correspondances multiples suivie d'une classification ascendante hiérarchique (méthode de Ward), identifiant quatre profils : profil 1 (sans vulnérabilités, référence), profil 2 (vulnérabilité psychique), profil 3 (vulnérabilité administrative et addiction), profil 4 (migrantes instables et violences). Des régressions logistiques ajustées sur le risque médical ont testé l'association entre les profils et les issues défavorables. L'analyse de médiation a été conduite selon la méthode de VanderWeele.

Résultats : Après ajustement sur le risque médical, les trois profils de vulnérabilité étaient associés à une majoration significative des issues défavorables par rapport au profil 1. Pour l'AP : aOR = 2,09 [1,86–2,34], 1,45 [1,25–1,68] et 1,16 [1,02–1,32] pour les profils 2, 3 et 4. Pour la MM : aOR = 1,37 [1,19–1,57], 1,02 [0,85–1,23] (ns) et 1,21 [1,05–1,40]. Pour la MP : aOR = 3,52 [2,84–4,35], 1,50 [1,08–2,08] et 1,54 [1,17–2,02]. L'analyse de médiation, montrait une part médiée par les SPN croissante avec la vulnérabilité administrative : pour l'AP, elle était de 6,5 %, 19,1 % et 40,4 % pour les profils 2, 3 et 4 ; pour la MP, 13.5 %, 47,3 % et 57,1 % respectivement.

Conclusion : Les vulnérabilités sociales augmentent le risque d'issues défavorables. L'utilisation inadéquate des soins prénataux constitue un médiateur d'autant plus important que la vulnérabilité est marquée par l'immigration récente, la précarité et les violences.

POSTERS COMMENTÉS 1 - P8

Laure MOREL-CHEVILLET[1],

Laure Morel-Chevillet[2], Anne Rousseau[3], Alexandra Benachi[4]. Paul Berveiller[5], Alexandre Vivanti[6], Anne Leostic[7]

1. Université Versailles Saint Quentin
2. UFR Santé Simone Veil - UVSQ - Paris Saclay
3. Université Paris Saclay, UVSQ, INSERM, Team U1018, Clinical Epidemiology, CESP
4. Gynécologie Obstétrique au CHU Antoine Béclère à Clamart
5. Gynécologie-Obstétrique au CHI Poissy et Université Paris Saclay
6. Gynécologie Obstétrique au CHU Antoine Béclère à Clamart
7. Université Bourgogne Europe à Dijon

Delivery timing after threatened preterm labor (TPL) or preterm prelabor rupture of membranes (PPROM) in twin pregnancies and its implications for antenatal corticosteroid administration

Background: Threatened preterm labor (TPL) and preterm prelabor rupture of membranes (PPROM) are major causes of preterm birth (PTB), the leading cause of neonatal mortality and morbidity, particularly in twin pregnancies. However, the short-term risk of delivery after these diagnoses remains insufficiently characterized, especially within the clinically relevant 7-day interval following diagnosis, corresponding to the period of maximal antenatal corticosteroids (ACS) benefit.

Objective: We aimed to evaluate the short-term risk of delivery following TPL or PPROM in twin pregnancies, using delivery within 7 days as the primary endpoint.
Study Design: This 11-year (2007 – 2017) retrospective cohort study, conducted in a French university hospital, included 212 twin pregnancies with TPL and 92 with PPROM between 22 and 34 weeks of gestation. The primary outcome was delivery within 7 days after diagnosis. Secondary outcomes included diagnosis-to-delivery interval and PTB rates before 34 and 37 weeks.

Results: Delivery within 7 days occurred in 21.2 % of TPL cases versus 78.3 % of PPROM cases. Preterm birth before 34 weeks occurred in 39.6 % and 90.2 % of cases, respectively. The mean interval between diagnosis and delivery was considerably shorter for PPROM (7 days) than for TPL (33 days). In PPROM cases, a later gestational age at diagnosis was associated with a shorter time to delivery, indicating a higher risk of imminent preterm birth.

Conclusion: In this retrospective cohort of twin pregnancies, PPROM is strongly associated with delivery within 7 days, whereas most women with TPL remained undelivered beyond this timeframe. These results highlight major differences in short-term delivery risk between these conditions and may help reduce unnecessary antenatal corticosteroid exposure in women with TPL at lower immediate risk of preterm birth while timely corticosteroid administration in this population.

Keywords: threatened preterm labor; preterm premature rupture of membranes; twin pregnancy; preterm birth; antenatal corticosteroids

POSTERS COMMENTÉS 1 - P9

Felicia JOINAU-ZOULOVITS[1],

Catherine Deneux-Tharaux[1], Konstantinos Chatzistergiou[2]. Agnès Dechartres[3], Élie Azria*

1. Université Paris Cité and Université Sorbonne Paris Nord, Inserm, INRAE, Centre for Research in Epidemiology and Statistics, Obstetric Perinatal and Paediatric Life Course Epidemiology Team OPPaLE, iWISH, F-75004 Paris, France
2. Maternity Unit, Paris Saint Joseph Hospital, Paris, France
3. Sorbonne University, Pierre Louis Institute of Epidemiology and Public Health, Inserm UMR 1136, Department of Public Health, Pitié Salpetrière - Charles Foix Hospital (AP-HP), F-75013, Paris, France
**Co Auteur*

Disparités du taux de césariennes entre femmes migrantes nées en Afrique subsaharienne et femmes natives dans les pays à revenu élevé : revue systématique et méta-analyse

Contexte : Alors que la natalité diminue dans les pays à revenu élevé (PRE), la proportion de naissances issues de femmes migrantes augmente. Les femmes nées en Afrique subsaharienne (ASS) présentent des issues de santé maternelle moins favorables que les femmes natives, potentiellement liées à des facteurs modifiables comme la césarienne.

Objectifs : Cette étude a quantifié les disparités du taux de césariennes entre les femmes migrantes nées en ASS et les femmes natives.

Méthodes : Pour cette revue systématique et méta-analyse, nous avons interrogé PubMed et Embase de janvier 2000 à février 2026. Les études observationnelles comparant les taux bruts de césarienne dans les PRE entre femmes nées en ASS et femmes natives ont été incluses. Le risque de biais a été évalué par l'échelle de Newcastle-Ottawa et des modèles à effets aléatoires utilisés.

Résultats : Sur 2854 références, 22 études ont été incluses, dont 72,7 % conduites en Europe. Le taux global de césariennes était plus élevé chez les femmes originaires d'ASS que chez les femmes natives en Europe (RR poolé 1,49 ; IC 95 % 1,39–1,61 ; I^2 = 80,3 %). Des tendances similaires ont été observées en Australie et au Canada, alors que des tendances inverses ont été retrouvées aux États-Unis et en Israël. Les femmes originaires d'ASS étaient plus à risque de césarienne en urgence (RR poolé 1,62 ; IC 95 % 1,47–1,78 ; I^2 = 76,0 %), sans différence pour la césarienne programmée (RR poolé 0,87 ; IC 95 % 0,70–1,09 ; I^2 = 82,4 %).

Conclusion : En Europe, en Australie et au Canada, les femmes migrantes originaires d'ASS présentent un taux de césariennes en urgence plus élevé que les femmes natives. Ces résultats doivent alerter les cliniciens et soulignent la nécessité de recherches pour expliquer et réduire cette disparité.

POSTERS COMMENTÉS 1 - P10

Hédia KARKAR[1],

Sam Personne[1], Mohamed Dakin[1], Olivier Graesslin[1], Delphine Rousseau[1], Soukayna Badaoui[2], René Gabriel[1], Benjamin Birene[1]

1. CHU de Reims
2. Hopital Robert Debré APHP

Impact de la prise de poids gestationnelle sur les issues obstétricales et néonatales chez les femmes présentant une obésité de classe III

Contexte : L'obésité de classe III est associée à une augmentation des complications maternelles et néonatales. La prise de poids durant la grossesse constitue un facteur modifiable pouvant influencer ces issues. Les données disponibles chez les femmes présentant une obésité massive restent limitées.

Objectif : Évaluer l'impact du respect des recommandations de prise de poids gestationnelle de l'Institute of Medicine (IOM) et des propositions publiées dans le Journal of the American Medical Association (JAMA) sur les issues obstétricales et néonatales chez les femmes atteintes d'obésité massive, et examiner le rôle du suivi nutritionnel.

Méthodes : Étude de cohorte rétrospective monocentrique incluant les femmes présentant une obésité de classe III ayant accouché au CHU de Reims. Les participantes ont été réparties selon que leur prise de poids gestationnelle respectait ou non les recommandations de l'IOM (≤ 9 kg) et du JAMA (< 6 kg) ainsi que selon la réalisation d'un suivi nutritionnel. Le critère principal était le mode d'accouchement. Les critères secondaires comprenaient la morbidité maternelle, obstétricale et néonatale.

Résultats : 300 femmes ont été incluses. Le respect des recommandations n'était pas associé significativement au mode d'accouchement (IOM : p = 0,23 ; JAMA : p = 0,27). En revanche, une prise de poids conforme aux recommandations était associée à une durée de travail plus courte (IOM : 260 vs 401,5 minutes ; p < 0,001), à un risque plus faible d'hémorragie du post-partum (OR ajusté = 0,44 ; IC 95 % : 0,20–0,98 ; p = 0,044) et à une diminution du risque de macrosomie (OR ajusté = 0,31 ; IC 95 % : 0,11–0,85 ; p = 0,024). Le suivi nutritionnel était peu fréquent et seule une minorité de femmes bénéficiait d'un accompagnement diététique structuré.

Conclusion : Chez les femmes enceintes présentant une obésité de classe III, le respect des recommandations ne modifiait pas le mode d'accouchement. Cependant, une prise de poids conforme à celles-ci était associée à une durée de travail plus courte, à un risque moindre d'hémorragie et à une diminution de la macrosomie.

POSTERS COMMENTÉS 1 - P11

Astrid VIENNET[1,2],

Anne-Monique Nuyt[3], Thuy Mai Luu[4], Adrien Flahault[5], Valérie Biran[1,6,7], Daniela Ravizzoni Dartora[8], Sandrine Wavrant[9], Isabelle Boucoiran[10]

1. Service de Pédiatrie et Réanimation Néonatales, Hôpital universitaire Robert-Debré, Paris, France
2. Université de Montréal, Québec, Canada

3. Centre de recherche Azrieli, CHU Sainte-Justine, Montréal, Québec, Canada - Unité de néonatalogie, CHU Sainte-Justine, Montréal, Québec, Canada
4. Centre de recherche Azrieli, CHU Sainte-Justine, Montréal, Québec, Canada - Département de pédiatrie, CHU Sainte-Justine, Montréal, Québec, Canada
5. Université de Lorraine, Inserm, UMR INSPIIRE, Inserm, Nancy, France - Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy, Département de Néphrologie, Nancy, France
6. INSERM U1141, Université de Paris-Cité, Ile-de- France, France
7. Institut Hospitalo-universitaire Robert-Debré du Cerveau de l'Enfant, Paris, France
8. Centre de recherche Azrieli, CHU Sainte-Justine, Montréal, Québec, Canada
9. Unité de Médecine Foeto-maternelle, CHU Sainte-Justine, Montréal, Québec, Canada
10. Centre de recherche Azrieli, CHU Sainte-Justine, Montréal, Québec, Canada - Unité de Médecine Fœto-maternelle, CHU Sainte-Justine, Montréal, Québec, Canada

La copeptine au sang du cordon : une clé pour décrypter la physiologie rénale du prématuré ?

Contexte : Les nouveau-nés prématurés présentent une immaturité rénale pouvant altérer l'homéostasie hydro-sodée (HS) et favoriser des complications néonatales, notamment neurologiques. La vasopressine (AVP) joue un rôle central dans la régulation hydrique chez l'enfant et l'adulte, mais son impact sur l'adaptation rénale précoce du prématuré demeure mal caractérisé.

Objectif : Étudier la relation entre l'AVP à la naissance, représentée par la copeptine cordonale, et les marqueurs précoces de la régulation HS chez les nouveau-nés prématurés.

Méthodes : Étude prospective monocentrique réalisée au CHU Sainte-Justine (Montréal, Canada). Inclusion d'un groupe prématurés (<37 SA) et d'un groupe témoin à terme. La copeptine et l'osmolalité plasmatique ont été mesurées sur sang de cordon. L'osmolalité urinaire à J1 ainsi que les natrémies entre J1 et J3 ont été recueillies afin d'évaluer la réponse rénale à l'AVP et la stabilité HS postnatale.

Résultats : Parmi les 112 nouveau-nés inclus, 76 étaient prématurés (âge gestationnel médian : 32,0 SA vs 38,6 SA ; poids moyen : 1592 g vs 3395 g). Les concentrations de copeptine ne différaient pas entre prématurés et témoins ($p = 0,448$), mais étaient significativement plus élevées après accouchement vaginal ou césarienne en urgence ($p < 0,001$). Chez les prématurés, aucune association n'a été observée entre copeptine cordonale et osmolalité urinaire à J1 ($R^2 = 0,04$; $p = 0,764$), ni avec la variation maximale de natrémie entre J1 et J3 ($R^2 = -0,01$; $p = 0,795$). Aucune corrélation n'a également été retrouvée entre copeptine et osmolalité plasmatique à la naissance ($R^2 = 0,11$; $p = 0,237$).

Conclusion : L'AVP mesurée à la naissance ne semble pas influencer la concentration urinaire précoce chez les nouveau-nés prématurés. Ces résultats suggèrent une sensibilité rénale limitée à l'AVP durant la période néonatale immédiate, susceptible de participer aux désordres HS observés dans cette population.

POSTERS COMMENTÉS 1 - P12

Manon GRAMPAYRE[1],

Candy Guiguet-Auclair[1], Romain Cahierc[1], Fanny Petillon[2], Chloé Barasinski[1], Françoise Vendittelli[1]

1. Université Clermont Auvergne, Cnrs, Chu Clermont-Ferrand, Institut Pascal, F-63000 Clermont-Ferrand, France
2. Obstetrics And Gynaecology Department, Centre Hospitalier Universitaire De Clermont-Ferrand, 63000 Clermont-Ferrand, France

Faisabilité de la Tecarthérapie sur les cicatrices douloureuses de césarienne : étude NoCePain

Contexte: Les douleurs chroniques, entre 3 et 6 mois après césarienne concernent environ 15% des femmes. La técarthérapie, peu évaluée en obstétrique, est une technique de radiofréquence, qui pourrait réduire les douleurs cicatricielles.

Objectif: L'objectif était d'évaluer l'efficacité analgésique de la técarthérapie sur la douleur et/ou gêne et/ou inconfort cicatriciels 3 mois après césarienne (M3).

Méthodes: Un essai clinique randomisé monocentrique en simple aveugle a été conduit de juillet 2023 à septembre 2025, au CHU de Clermont-Ferrand (CPP 2022-A01492-41). Les femmes majeures avec une douleur de cicatrice sur l'échelle visuelle analogique (EVA) ≥4, à 6-8 semaines du postpartum, étaient randomisées entre técarthérapie active (GI) et non active (GC). Trois séances/semaine de 20 minutes étaient réalisées. Le critère d'évaluation principal était la douleur et/ou gêne et/ou inconfort cicatriciels à M3, via l'EVA cotée de 0 (aucune douleur) à 10 (pire douleur imaginable). Les critères secondaires comprenaient les scores à M3 aux auto-questionnaires sur la douleur: QDSA, QCD, DN4.

Résultats: Ont été incluses 19 femmes (9 intervention, 10 contrôle), avec un âge médian de 31 ans (intervalle interquartile 28-35), et 42,1% étaient des primi-césariennes. Les EVA médians étaient de 5 (4-5,5) à l'inclusion et 2 (1-3) à M3 dans le GI, versus 5 (4-6) et 2,5 (2-3) dans le GC. Les scores QDSA médians à M3 étaient de 4.5 (1.5-8) dans le GI et 8 (5-23) dans le GC. Les scores QCD médians de sévérité et interférence de la douleur à M3 étaient respectivement de 1.7 (0,8-2,5) et 0.3 (0-1,6) dans le GI, versus 1.7 (0,7-3,0) et 1.0 (0,4-2,9) dans le GC. Un score DN4 ≥4 était retrouvé chez 25.0% des femmes du GI versus 55.6% pour le GC à M3.

Conclusion: Cette étude pilote suggère un bénéfice potentiel de la técarthérapie sur les douleurs et/ou inconforts cicatriciels après césarienne.

POSTERS COMMENTÉS 1 - P13

Julie CAMPGUILHEM[1],

Claire de Moreuil[2,3], Karine Morcel[2,4], Emmanuelle Le Moigne[2,3], Brigitte Pan-Petesch[2,5], François Anouilh[1,2]

1. Univ Brest, Faculté de Maïeutique de Brest, Brest, France
2. Univ Brest, INSERM U1304-GETBO, FCRIN INNOVTE network, Brest, France
3. CHU Brest, Service de médecine interne, Brest, France
4. CHU Brest, Service de Gynécologie, Obstétrique et Médecine de la Reproduction, Brest, France
5. CHU Brest, Service d'hématologie, Brest, France

Hémorragie du post-partum sévère chez les femmes à bas risque obstétrical: prévalence et facteurs de risque. Etude à partir de la cohorte prospective multicentrique finistérienne HEMOTHEPP.

Contexte : L'hémorragie du post-partum (HPP) reste imprévisible malgré l'identification de nombreux facteurs de risques. Certaines femmes étant désireuses de vivre des naissances moins technicisées, des parcours de soins spécialisés dans l'accompagnement du « bas risque obstétrical » se sont développés en France. Des complications hémorragiques semblent néanmoins y subsister. L'évaluation du risque d'HPP sévère s'inscrit dans une démarche conciliant sécurité et respect du choix des femmes.

Objectifs : Déterminer la prévalence de l'HPP sévère dans la population à bas risque obstétrical du Finistère et identifier les facteurs associés.

Méthodes : Etude descriptive et analytique à partir de la cohorte HEMOTHEPP (2015-2019), ayant inclus l'ensemble des femmes ayant accouché dans une des 6 maternités du Finistère. L'HPP sévère était définie par des saignements ≥ 1 L dans les 24 heures suivant l'accouchement. Le bas risque obstétrical était défini selon la HAS et le NICE. Des régressions logistiques et un modèle mixte multivarié à intercept aléatoire sur l'effet centre ont été réalisés.

Résultats : 58,9% (11 924/20 238) patientes, étaient considérées à bas risque obstétrical en fin de grossesse. La prévalence de l'HPP sévère était de 1,41% (n=168) (voies basses : 1,12 % ; césariennes : 3,65 %). Quatre facteurs étaient significativement associés à l'HPP sévère au sein de la population à bas risque : l'antécédent familial d'HPP au premier degré (ORa = 2,88 IC95% [1,74 – 4,76]), la macrosomie (ORa = 2,24 IC95% [1,44 – 3,49]), la durée des efforts expulsifs supérieure à 30 min (ORa = 1,88 IC95% [1,12 – 3,14]) et la césarienne (ORa = 2,92 IC95% [1,09 – 7,83]).

Conclusion : Les définitions actuelles du bas risque obstétrical n'intègrent pas tous les facteurs de risques retrouvés. Connus dès l'anténatal, certains pourraient éclairer le choix du lieu de naissance. Enfin, ces résultats invitent également à explorer le déroulement du perpartum dans un contexte à bas risque.

POSTERS COMMENTÉS 1 - P14

Lili DELOMEZ,

Louise Ghesquière

CHU de Lille

Facteurs pronostiques d'allaitement maternel dans une population de femmes vivant avec une obésité : étude prospective multicentrique

Introduction : L'obésité maternelle est associée à des taux d'allaitement maternel plus faibles que dans la population générale. Les facteurs explicatifs restent mal caractérisés dans les populations exclusivement obèses, en particulier dans le contexte français.

Objectif : Identifier les facteurs associés à la non-initiation et à la non-poursuite de l'allaitement maternel chez les femmes obèses (IMC 30–40 kg/m²).

Matériel et méthodes : Étude ancillaire observationnelle prospective multicentrique de la cohorte ePPOP-ID, incluant 857 femmes obèses recrutées dans 18 centres français entre 2017 et 2022. Le critère de jugement principal était l'initiation de l'allaitement maternel à la sortie de maternité, et le critère secondaire sa poursuite à la visite post-natale (VPN) à 8–10 semaines. Des modèles linéaires mixtes généralisés avec effet aléatoire centre ont été utilisés.

Résultats : Le taux d'initiation de l'allaitement était de 69,1% (581/841). Le tabagisme était le seul facteur indépendamment associé à la non-initiation : les femmes ayant arrêté le tabac avant la grossesse et les fumeuses actives pendant la grossesse présentaient des taux d'initiation significativement plus faibles, OR ajusté = 0,40 [IC 95% : 0,24–0,68], $p < 0,001$ et OR ajusté = 0,33 [IC 95% : 0,20–0,57], $p < 0,001$, respectivement. Parmi les 465 femmes avec données disponibles à la VPN, 70,3% poursuivaient l'allaitement. Aucune variable n'était significativement associée à la poursuite de l'allaitement.

Conclusion : Le tabagisme constitue un déterminant modifiable de la non initiation de l'allaitement chez les femmes obèses. Ces résultats soulignent l'importance d'un accompagnement combinant sevrage tabagique et préparation à l'allaitement dès le suivi prénatal de cette population.

POSTERS COMMENTÉS 1 - P15

Agathe PIETTE[1,2],

Louise Ghesquière[2]

1. Université de Lille
2. CHU Lille

Issues de grossesse, suivi et devenir des patientes ayant eu une prééclampsie en fonction de la sévérité, étude rétrospective au CHU de Lille entre 2015 et 2020

Contexte : La prééclampsie est une complication hypertensive de la grossesse qui peut être sévère ou non, responsable d'une importante morbi-mortalité maternelle et fœtale et d'un risque cardiovasculaire et néphrologique accru à long terme pour les patientes. L'impact de la sévérité est peu étudié.

Objectif : Nous avons comparé les issues de grossesse, le suivi et les complications, immédiates et à distance, des patientes ayant eu une prééclampsie selon la sévérité de la prééclampsie afin de mieux comprendre les facteurs de risque de pré-éclampsie sévère et de mieux caractériser le déroulement de leur grossesse et post partum.

Méthode : Nous avons conduit une étude rétrospective, observationnelle, monocentrique au CHU de Lille, sur toutes les femmes ayant accouché entre 2015 et 2020 avec une prééclampsie. Les données ont été obtenues par le PMSI. Les issues obstétricales, néonatales, et les complications à distance ont été comparées.

Resultats : 1128 patientes ont été inclues, et 393 (36,7%) ont présenté une prééclampsie sévère. L'antécédent de prééclampsie (OR=2,25 (1,51 ; 3,35)) ou de maladie cardiovasculaire (OR=3,01 (1,37 ; 6,64)) était plus fréquent dans le groupe sévère, alors que l'obésité (OR=0,59 (0,37 ; 0,94)) et le diabète (OR=0,43 (0,24 ; 0,78)) étaient plus fréquents dans le groupe non sévère. Les prééclampsies sévères survenaient plus précocement (32SA vs 38SA, p<0.001), avec un RCIU plus fréquent (OR=2,76 (2,15 ; 3,55)), plus de morts fœtales (0,7 vs 4,1%, p<0.001), plus de césariennes (74,2% vs 40,6%, p<0.001), plus d'acidose fœtale. Les patientes sévères étaient mieux suivies en post partum, et présentaient plus d'HTA chronique à distance (14,7% vs 9,7%).

Conclusion : La PE sévère s'accompagne d'une morbidité materno-fœtale et cardiovasculaire accrue, avec un suivi spécialisé actuellement peu fréquent. Ces résultats renforcent la nécessité d'un suivi pluridisciplinaire prolongé pour les patientes à haut risque.

POSTERS COMMENTÉS 1 - P16

Elise DEROUBAIX,

CHU de Lille

L'allo-immunisation plaquettaire fœto-maternelle : identification des facteurs de risque de thrombopénie néonatale sévère

Contexte : L'allo-immunisation plaquettaire fœto-maternelle (AIP) est une pathologie rare (1/1500 grossesses vivantes) dont le diagnostic est le plus souvent posé sur des manifestations cliniques hémorragiques néonatales plus ou moins sévères.

Objectif : identifier des facteurs de risque de thrombopénie fœtale/néonatale sévère en cas d'AIP.

Matériel et Méthodes : Etude rétrospective de 1993 à 2022 de grossesses caractérisées par une AIP. Les données recueillies concernaient les caractéristiques des patientes, la prise en charge des grossesses et les caractéristiques néonatales. Des comparaisons concernant la gestion de la grossesse et les données néonatales ont été réalisées entre les « cas index » et les « grossesses ultérieures », et également entre les nouveau-nés présentant une thrombopénie sévère et ceux non thrombopéniques ou avec une thrombopénie modérée.

Résultats : 71 patientes ont été incluses dans notre étude correspondant à 119 grossesses. Les mères des nouveau-nés thrombopéniques sévères présentaient plus d'antécédent de grossesse caractérisée par une thrombopénie sévère néonatale (100.0 % vs 75.9%, $p = 0.03$), l'AIP concernait principalement le système anti HPA 1a (75.0% vs 54.5%, $p = 0.02$) et moins de traitements par IGIV avaient été instaurés pendant la grossesse (6.6 % vs 34.1%, $p < 0.001$).

Conclusion : L'AIP doit être repérée et prise en charge de façon adaptée pour limiter ses conséquences dramatiques pouvant aller jusqu'au décès fœtal/néonatal. Selon les antécédents de la patiente, une stratification du risque de survenue d'une AIP sévère lors d'une prochaine grossesse doit être réalisée pour pouvoir en adapter la prise en charge.

SESSION POSTERS

COMMENTÉS 2

JEUDI 15 OCTOBRE
ESPACE POSTER

POSTERS COMMENTÉS 2

#	NOM	PRÉNOM	TITRE DE L'ABSTRACT
P17	NEVEU	Lucile	La grossesse chez les femmes de 49 ans et plus, suivi médico-psycho-social et complications obstétricales et néonatales
P18	BIRENE	Benjamin	Prise en charge maternelle, soins palliatifs périnataux et devenir néonatal dans les grossesses menées à terme malgré un diagnostic de pathologie fœtale sévère : étude de cohorte rétrospective sur 13 ans
P19	BARTHEZ	Eugénie	Information et souhait des femmes sur les sorties précoces, une étude transversale bi-centrique
P20	VOILLEQUIN	Sandrine	Acceptabilité de l'analgésie péridurale déambulatoire chez les femmes enceintes : enquête transversale avant implémentation dans une maternité universitaire
P21	COLLINOT	Hélène	Une séquence régulatrice de 23 pb au locus Ebf1 module la durée de gestation
P22	LOPEZ MANRIQUE	Andrea	Usages et Perceptions des Probiotiques En Néonatologie : Enquête Multicentrique Internationale
P23	YAHIAOUI	Ania	Integrating Early Childhood Professionals into the Primary Care System for Perinatal Mental Health: A Qualitative Study of Barriers and Facilitators in the Early Detection Parental Vulnerabilities
P24	LAURENT	Emeline	Dix ans de suivi des nouveau-nés vulnérables - Registre Grandir en Centre-Val de Loire
P25	TRAORE	Sandi	Pratiques culturelles et vécu du post-partum chez femmes françaises nées de parents originaires d'Afrique de l'Ouest
P26	GRAMPAYRE	Manon	Satisfaction et prise en charge de la douleur après césarienne : analyse des pratiques professionnelles
P27	TABANE	Inès	Les hémorragies du post-partum ont-elles les mêmes issues en fonction de leur heure de prise charge ?
P28	MARQUAND	Marine	Entretien prénatal précoce et entretien post natal précoce : Résultat de l'enquête auprès des sages-femmes en région Auvergne Rhône Alpes
P29	ANOUILH	François	Influence des pathologies bucco-dentaires sur la qualité de vie des femmes enceintes : revue systématique de la littérature
P30	LETOUZEY	Mathilde	Adaptation de l'antibiothérapie probabiliste à l'écologie bactérienne locale dans les infections néonatales bactériennes tardives : étude observationnelle rétrospective dans un service de néonatologie et soins intensifs

POSTERS COMMENTÉS 2 - P17

Lucile NEVEU[1],

Anne Pinton[2], Gilles Kayem[2]

1. Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines
2. Hopital Trousseau

La grossesse chez les femmes de 49 ans et plus, suivi médico-psycho-social et complications obstétricales et néonatales

Contexte : L'âge maternel à l'accouchement avance depuis plusieurs années. Il est largement décrit que l'âge maternel avancé constitue un facteur de risque de complications obstétricales et néonatales, ce qui amène à s'intéresser au suivi médical et psycho-social de ces femmes au cours de la grossesse.

Objectifs : Étudier le suivi médico-psycho-social et les complications obstétricales et néonatales chez les femmes ayant accouché à 49 ans ou plus, en comparaison à une population témoin.

Méthodes : Étude monocentrique rétrospective incluant 39 patientes ayant accouché à un âge strictement supérieur à 48 ans et 78 patientes ayant accouché entre 25 et 35 ans, entre 2016 et 2023 à la maternité de l'hôpital Armand Trousseau. Le nombre de consultations de suivi de grossesse, le suivi psychologique et les complications obstétricales et néonatales ont été comparés entre les deux groupes.

Résultats : Parmi les femmes de 49 ans et plus, 33,3% étaient seules et 97,4% des grossesses étaient obtenues par FIV. Elles avaient plus de consultations de suivi (5,46 vs 3,91), plus de suivi par un psychologue durant la grossesse (33,3% vs 7,7%) et en suites de couche (30,8% vs 6,4%), avec un séjour plus long. On observait davantage de pré-éclampsie (28% vs 4%), de diabète gestationnel (36% vs 13%), de césariennes en urgence (56,4% vs 9%), de prématurité induite (18% vs 5,1%) et spontanée (12,8% vs 5,1%), d'hémorragies de la délivrance (51,3% vs 15,4%), d'admissions en néonatalogie (33,3% vs 12,8%), ainsi que plus de complications post-partum et d'hospitalisations en réanimation.

Conclusion : Les femmes de 49 ans et plus bénéficient d'un suivi médical et psychologique renforcé, en lien avec des complications obstétricales et néonatales plus fréquentes. Ces données peuvent permettre aux professionnels de santé d'adapter le suivi et de mieux conseiller ces patientes.

POSTERS COMMENTÉS 2 - P18

Benjamin BIRENE[1],

Noé Cordebar[1], Anne Charbonneau[2], Stéphanie Bonneau[1], Jean-Paul Bory[1], Odile Noizet[3], Leila Sahmoune[1], Olivier Graesslin[1]

1. Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU de Reims, Reims, France
2. Unité de Cardiologie Pédiatrique et Congénitale, CHU de Reims, Reims, France
3. Service de Réanimation Néonatale et Pédiatrique, CHU de Reims, Reims, France

Prise en charge maternelle, soins palliatifs périnataux et devenir néonatal dans les grossesses menées à terme malgré un diagnostic de pathologie fœtale sévère : étude de cohorte rétrospective sur 13 ans

Contexte : La poursuite de la grossesse malgré un diagnostic de pathologie fœtale sévère est une option de plus en plus retenue, en alternative à l'interruption médicale de grossesse. Les soins palliatifs périnataux améliorent la qualité de l'accompagnement familial dans les situations à pronostic vital engagé. Cependant, la survie néonatale reste très variable.

Objectif : Analyser les décisions parentales, la prise en charge obstétricale, le recours aux soins palliatifs périnataux et les issues fœtales et néonatales dans les grossesses menées à terme malgré une pathologie fœtale sévère éligible à une interruption médicale de grossesse.

Méthodes : Étude rétrospective monocentrique menée dans un centre de référence français (2013–2025). Les cas éligibles ont été identifiés à partir des registres du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal et revus par des spécialistes pédiatriques.

Résultats : Cent grossesses ont été incluses. Le diagnostic a été posé principalement au deuxième trimestre (62,8 %), la motivation principale de poursuite de grossesse étant le souhait de rencontrer l'enfant (33,8 %). Les soins palliatifs périnataux ont été sollicités dans 22,1 % des cas, à un âge gestationnel médian de 33 semaines (médiane de 5 jours avant l'accouchement). Un projet de naissance écrit a été établi dans 16,9 % des cas. Malgré une orientation palliative, 68,3 % des nouveau-nés ont bénéficié d'interventions périnatales intensives. Le taux de mort fœtale in utero était de 15,0 %. Parmi les nouveau-nés vivants, la survie à 28 jours était de 58,3 %, avec une survie postnatale médiane de 81 jours [IQR 3,8–1270], variable selon les sous-groupes diagnostiques.

Conclusion : Cette étude révèle un décalage entre l'intention palliative et la pratique clinique, avec un recours tardif et limité aux soins palliatifs, contrastant avec la fréquence élevée des interventions néonatales. Ces résultats soulignent la nécessité d'une meilleure intégration des soins palliatifs périnataux et d'un conseil anténatal personnalisé.

POSTERS COMMENTÉS 2 - P19

Eugénie BARTHEZ,

Alice Hocquette*

Université Paris Cité
**Directrice de mémoire*

Information et souhait des femmes sur les sorties précoces, une étude transversale bi-centrique

Introduction : En France, les sorties précoces <72h suivant un accouchement voie basse et <96h suivant une césarienne sont encouragées du fait de l'absence de risques et de nombreux bénéfices médicaux, psychologiques et économiques démontrés. Pourtant, elles ne concernaient que 15,2% des naissances en 2021. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le pourcentage de femmes informées sur les sorties précoces et souhaitant sortir précocement. Les objectifs secondaires étaient de décrire les leviers et les freins rapportés par les femmes, et d'identifier les déterminants associés à l'information et au souhait de sortir précocement.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale bi-centrique par questionnaire auto-administré. Nous avons inclus les femmes à J1 ou J2 du post-partum ayant accouché d'un enfant unique, vivant. Ont été exclus les accouchements <37 semaines d'aménorrhée, les grossesses multiples, et les femmes hospitalisées en service de soins intensifs ou en réanimation, ou ayant un nouveau-né en réanimation ou en soins intensifs.

Résultats : Parmi les 158 participantes à l'étude, 55,8% avaient entendu parler des sorties précoces, et 41,3% souhaitaient sortir précocement. Les leviers à sortir précocement étaient le confort et l'environnement familier, tandis que le manque de suivi, une moindre aide avec le nouveau-né et la peur des complications représentaient des freins. Le statut marital, la catégorie socio-professionnelle et la préparation à la naissance et à la parentalité étaient associés au fait d'avoir entendu parler des sorties précoces. Les déterminants associés au souhait de sortir précocement étaient la multiparité, l'information et le souhait en anténatal d'une sortie précoce.

Conclusion : Nos résultats montrent la nécessité de sensibiliser les professionnels sur l'information des femmes pendant la grossesse à la possibilité d'une sortie précoce. Les leviers et les freins identifiés par les femmes doivent guider l'organisation du suivi lors du retour à domicile afin d'améliorer l'adhésion aux sorties précoces.

POSTERS COMMENTÉS 2 - P20

Sandrine VOILLEQUIN[1],

Giulia Bennati 1, Stefanie Koessler2

1. Université de Strasbourg
2. CHRU de Strasbourg

Acceptabilité de l'analgésie péridurale déambulatoire chez les femmes enceintes : enquête transversale avant implémentation dans une maternité universitaire

Contexte : L'analgésie péridurale demeure la technique de référence pour la prise en charge de la douleur du travail en France, mais les attentes des parturientes évoluent vers une plus grande mobilité et davantage d'autonomie. L'analgésie péridurale déambulatoire (APDD) répond à cette demande tout en restant peu déployée, et l'acceptabilité des patientes préalable à son implémentation est mal documentée.

Objectifs : Estimer la proportion de femmes enceintes intéressées par l'APDD après information, et décrire leurs attentes et leurs craintes, en amont de la mise en place d'un protocole institutionnel.

Méthodes : Étude transversale descriptive monocentrique menée d'octobre à décembre 2025 dans une maternité universitaire de niveau II. Un questionnaire anonyme de 20 items a été proposé en consultation d'anesthésie, en versions papier et numérique. Le critère de jugement principal était la proportion de femmes se déclarant très ou plutôt intéressées par l'APDD après information. Les critères secondaires comprenaient l'importance et la hiérarchisation de la mobilité ainsi que la nature et l'intensité des craintes. L'analyse principale a porté sur l'ensemble des réponses exploitables (n = 217), avec un échantillon de sensibilité constitué des réponses complètes (n = 132). Les analyses d'association étaient exploratoires et corrigées pour les comparaisons multiples.

Résultats : Sur 239 questionnaires recueillis, 217 ont été analysés. L'APDD était méconnue de 60,4 % des femmes. Après information, 52,1 % se déclaraient très ou plutôt intéressées par l'APDD (IC 95 % : 45,4–58,6). L'importance médiane accordée à la mobilité était de 8/10 (IQR 5–9), la liberté de changer de position primant sur la marche. Les craintes demeuraient modérées et davantage liées à la sécurité néonatale qu'à l'efficacité antalgique. Un vécu antérieur positif de la péridurale classique était associé au souhait d'y recourir de nouveau (82,5 % contre 37,5 % ; test de tendance, $P < 0,001$).

Conclusion : Malgré une méconnaissance initiale fréquente, l'APDD suscite une acceptabilité élevée. Ces résultats soutiennent son implémentation, assortie d'une information structurée des patientes.

POSTERS COMMENTÉS 2 - P21

Hélène COLLINOT[1,2]

Céline Méhats[1,*], **Djihane Djeridane**[1], **Pauline Besson-Magdelain**[1], **Isabelle Lagoutte**[1], **Claude Saint-Ruf**[1], **Remi Pierre**[1], **Manon Bourgeois**[1], **Daniel Vaiman**[1], **Patrick Lores**[1]

1. Institut Cochin
2. Hôpital Bicêtre, Service d'Obstétrique/ Institut Cochin
**Co-Auteurs*

Une séquence régulatrice de 23 pb au locus Ebf1 module la durée de gestation

Contexte : La durée de gestation est un déterminant majeur de la santé périnatale. Des études d'association pangénomique ont identifié le gène EBF1 comme l'un des principaux loci associés à la durée de gestation chez la femme. Chez la souris, une séquence de 23 pb, située en aval de Ebf1 est présente seulement dans des lignées à gestation courte (<19,5 jours).

Objectifs : Évaluer le rôle de cette séquence dans le contrôle de la durée de gestation et caractériser ses effets transcriptionnels et tissulaires sur l'utérus.

Méthodes : Des modèles murins CRISPR/Cas9 ont été générés : i) une lignée FVB/N avec délétion homozygote de la séquence (KO), ii) une lignée Balb/c avec insertion homozygote de la séquence (KI). La durée de gestation a été mesurée dans chaque génotype. Une analyse transcriptomique de l'utérus gestant (WT vs KO) a été réalisée, complétée par une étude histologique (coloration Rouge Sirius). Les analyses des tissus KI sont en cours. L'influence de la séquence sur la transcription a été évaluée par tests de gènes rapporteurs.

Résultats : La séquence exerce un effet causal sur la durée de gestation : i) la délétion (KO) la prolonge de 10 h (p=0,001), ii) l'insertion (KI) la raccourcit de 15 h (p=0,001).
L'analyse transcriptomique identifie ~480 gènes différentiellement exprimés, enrichis en voies liées au remodelage de la matrice extracellulaire, à l'organisation du collagène et à la contraction musculaire. L'histologie montre une augmentation des dépôts de collagène dans les utérus KO, suggérant un remodelage matriciel anormal. Les tests rapporteurs indiquent que la séquence diminue l'activité transcriptionnelle (p<0,05).

Conclusion : Cette séquence de 23 pb constitue un déterminant causal du timing de la parturition et révèle un rôle clé de l'environnement génomique de Ebf1 dans l'organisation du myomètre. Ces résultats ouvrent la voie à l'identification de mécanismes potentiellement conservés du déclenchement du travail.

POSTERS COMMENTÉS 2 - P22

Andrea LOPEZ MANRIQUE[1],

Stefan Johansson[2,3], Ayoub Mitha[2,4,5]

1. CHRU de Tours
2. Division of Clinical Epidemiology, Department of Medicine Solna, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden.
3. Sachs' Children and Youth Hospital, Södersjukhuset, Stockholm, Sweden.
4. Department of Neonatal Medicine, Bretonneau Hospital, François Rabelais University, CHU Tours, F-37000 Tours, France.
5. Université Paris Cité and Université Sorbonne Paris Nord, Inserm, INRAE, Center for Research in Epidemiology and Statistics (CRESS), Obstetric, Perinatal, Paediatric Life Course Epidemiology Research Team (OPPaLE), F-75004, Paris, France.

Usages et Perceptions des Probiotiques En Néonatologie : Enquête Multicentrique Internationale

Introduction : Malgré de nombreux bénéfices rapportés avec l'utilisation des probiotiques, leur administration en néonatologie reste débattue.

Objectif : Décrire leur implémentation en néonatologie, et recueillir l'opinion des cliniciens sur cette supplémentation.

Méthodes : Les données ont été recueillis d'octobre 2024 à mars 2025 via une enquête électronique auprès des professionnels de santé en réanimation néonatale. Le questionnaire évaluait les connaissances (0 [aucune connaissance] à 10 [connaissances maximales]) et la perception des bénéfices et risques (0 [aucun bénéfice ou risque] à 10 [bénéfice ou risque maximal]) d'une supplémentation en probiotiques chez les extrêmes (< 28 SA) et grands prématurés (28-31 SA) ; les pratiques d'administration et les freins à leur utilisation.

Résultats : Nous avons recueilli 151 réponses dont 68% (103/151) d'Europe ; la France étant le principal contributeur (23 % ; 35/151). Au total, 53 % des participants (n=80) déclaraient utiliser des probiotiques. Le score médian de connaissance auto-évalué sur la littérature scientifique était de 7 (IQR 5–8) dans les deux groupes. Les utilisateurs de probiotiques perçoivent un bénéfice clinique supérieur (médiane de 8 vs 6 ; $p < 0,01$) et un risque plus faible (médiane de 2,5 vs 5 ; $p < 0,01$) que les non-utilisateurs chez les extrêmes prématurés. Parmi les utilisateurs de probiotiques, ceux-ci étaient administrés chez 74 % et 83 % des extrêmes et grands prématurés, respectivement, et dans 88 % des cas pour prévenir l'entérocolite. Treize probiotiques différents étaient identifiés dont 60 % de combinaisons multi-souches incluant des Bifidobacteria, tandis que les souches uniques étaient principalement des Lactobacilli. Les protocoles d'administration étaient hétérogènes. Parmi les non-utilisateurs, 62% citaient l'absence de recommandations claires des sociétés savantes comme principal frein.

Conclusion : L'utilisation des probiotiques en néonatologie reste hétérogène malgré une connaissance estimé satisfaisante. L'absence de recommandations constitue le principal frein à leur utilisation.

POSTERS COMMENTÉS 2 - P23

Ania YAHIAOUI,

Jaqueline Wendland

Université Paris Cité

Integrating early childhood professionals into the primary care system for perinatal mental health: a qualitative study of barriers and facilitators in the early detection parental vulnerabilities

Introduction: The postpartum period is a vulnerable time for mothers' mental health, with consequences for the mother-infant dyad and the child's longer-term development. Despite numerous international recommendations for early screening, limitations persist, including poorly coordinated care pathways. In this context, the integration of early childhood professionals into primary care pathways is seen as a lever for improving accessibility and continuity of care. This qualitative study explores this role through semi-structured interviews with sixteen early childhood professionals across France.

Methods: Semi-structured research interviews were conducted with sixteen early childhood professionals from four French regions. A lexicometric analysis was first carried out, followed by a thematic analysis in accordance with the COREQ criteria for qualitative research.

Results: The discourses of the early childhood professionals interviewed highlight four major themes: (1) clinical observation of the parent, underscoring their supporting role in the face of parental vulnerabilities; (2) professional legitimacy, reflecting a weakened sense of professional identity; (3) the dynamics of collaborative working, structured around the mobilization of care networks; and (4) barriers to the integration of early childhood professionals into the care pathway, particularly the compartmentalisation of medical and social services and a lack of resources.

Discussion: The findings shed light on the role of early childhood professionals in the early identification of parental psychological vulnerabilities. However, numerous barriers remain, including a lack of training in perinatal mental health, the compartmentalisation of medical and social services, and insufficient financial resources.

Conclusion: This study highlights several barriers to the integration of early childhood professionals into the primary care pathway. In the context of emerging national policy recommendations, these obstacles highlight urgent need for targeted training and the development of interprofessional coordination mechanisms.

POSTERS COMMENTÉS 2 - P24

Emeline LAURENT[2,4],

Lou-Ann Gourdon[2,3,*], Marie Girault[1], Lou-Ann Gourdon[2,3], Anne-Isabelle Lecuyer[2,4], Corinne Chevalier[1], Thierry Perez[1], Lucile Godillon[2], Leslie Grammatico-Guillon[2,3], Ayoub Mitha[5],

1. Réseau Grandir en région Centre-Val de Loire, pôle Santé Publique Prévention - CHRU de Tours, Tours, France
2. Unité d'Epidémiologie des Données cliniques en Centre-Val de Loire, pôle Santé Publique Prévention - CHRU de Tours, Tours, France
3. Faculté de Médecine - Université de Tours, Tours, France
4. Equipe de Recherche EA7505 «Education, Ethique, Santé» - Université de Tours, Tours, France
5. Service de Néonatologie - CHRU de Tours, Tours, France
**Auteur principal*

Dix ans de suivi des nouveau-nés vulnérables - Registre Grandir en Centre-Val de Loire

Contexte : Le réseau Grandir en région Centre-Val de Loire (CVL), missionné par l'Agence Régionale de Santé, porte depuis 2015 un registre de suivi des nouveau-nés vulnérables, à haut risque de troubles du neurodéveloppement.

Objectif : L'objectif était de décrire, après dix années d'existence, le suivi de cette cohorte.

Méthodes : Étaient inclus les nouveau-nés domiciliés en CVL, nés entre le 01/01/2015 et le 31/12/2025 avant 32 semaines d'aménorrhée (SA), ou entre 32 et 34 SA avec un poids de naissance <1500g, et depuis 2020, ceux avec cardiopathie congénitale (CC) opérée précocément, ou encéphalopathie anoxo-ischémique ou autre pathologie périnatale à haut risque (EAI). Le registre regroupe des évaluations médicales à 2, 5 et 7 ans, des auto-questionnaires parentaux de dépistage des troubles du comportement (SDQ) et du spectre autistique (SCQ-TSA), ainsi que les orientations vers une plateforme de coordination et d'orientation (PCO) depuis 2021.

Résultats : De 2015 à 2025, 2783 enfants étaient inclus, dont 92,8% (n=2597) nés prématurément, 2,4% (n=66) porteurs de CC et 4,3% (n=120) présentant une EAI. Des difficultés certaines étaient retrouvées chez 9,6% (149/1558), 18,5% (146/789) et 21,1% (84/399) des enfants évalués à 2, 5 et 7 ans, respectivement. Pour les enfants CC et EAI, celles-ci étaient à 2 ans respectivement de 24,0% (6/25) et 17,5% (10/57). À 7 ans, le SDQ était anormal chez 6,1% (17/278) des enfants évalués et 5,9% (19/323) étaient suspects de TSA. Entre 1 et 7 ans, 13,5% (240/1777) des enfants étaient orientés vers une PCO.

Conclusion : Plus de 20% des enfants évalués à 7 ans présentaient des difficultés certaines, soulignant l'importance d'un suivi prolongé, pour des prises en charge spécialisées plus adaptées. Des travaux complémentaires restent nécessaires pour affiner leurs parcours de soins.

POSTERS COMMENTÉS 2 - P25

Sandi TRAORE,

Priscille Sauvegrain*

Sorbonne Université, Département de Maieutique
**Co-auteur*

Pratiques culturelles et vécu du post-partum chez femmes françaises nées de parents originaires d'Afrique de l'Ouest

Contexte : La France est aujourd'hui une société pluriculturelle, marquée par l'émergence de générations issues de l'immigration, nées et socialisées sur son territoire. Selon Edward Tylor, la culture désigne l'ensemble des connaissances, croyances, valeurs, coutumes et pratiques acquises en tant que membre d'une société. Ainsi, les femmes françaises issues de familles originaires d'Afrique de l'Ouest évoluent à l'intersection de multiples influences susceptibles de façonner leur expérience de la maternité et du post-partum. Pourtant, leurs vécus et leurs pratiques demeurent peu explorés dans la littérature.

Objectifs : Explorer le vécu subjectif du post-partum chez les femmes françaises nées de parents originaires d'Afrique de l'Ouest et analyser la place des pratiques culturelles dans cette période, ainsi que les facteurs influençant leur maintien, leur adaptation ou leur abandon.

Méthodes : Une étude qualitative socio-anthropologique a été menée auprès de 16 femmes dont les deux parents sont nés en Afrique de l'Ouest. Les entretiens semi-directifs ont été conduites jusqu'à saturation, retranscrits, puis analysés selon une approche thématique.

Résultats : Les analyses montrent que les participantes rapportent un fort sentiment d'appartenance associé à une transmission culturelle principalement implicite, fondée sur l'observation et les relations intergénérationnelles. Les pratiques décrites concernent le repos maternel, les soins corporels, l'alimentation, le soutien de l'entourage et certains rituels autour du nouveau-né. Toutefois, ces pratiques ne sont pas reproduites à l'identique. Les femmes adoptent une posture active de sélection et d'adaptation, articulant héritage familial, expérience personnelle et recommandations biomédicales. Le post-partum est vécu comme enrichissant et vulnérabilisant.

Conclusion : Les femmes interrogées ne se situent ni dans une logique de reproduction stricte des pratiques culturelles, ni dans le rejet. Elles construisent des formes hybrides révélatrices de dynamiques contemporaines de recomposition culturelle. Ces résultats soulignent l'intérêt d'une approche du soin attentive aux parcours et aux ressources des femmes, afin de favoriser un accompagnement périnatal individualisé et respectueux.

POSTERS COMMENTÉS 2 - P26

Manon GRAMPAYRE[1],

Candy Guiguet-Auclair[2], Margot Colly[3], Julie Gony[4], Amélie Delabaere[2], Marie Accoceberry[4], Martine Bonnin[5], Denis Gallot[4,6], Chloé Barasinski[7], Françoise Vendittelli[2]

1. CHU de Clermont-Ferrand
2. Université Clermont Auvergne, Cnrs, Chu Clermont-Ferrand, Institut Pascal, F-63000 Clermont-Ferrand, France
3. Université Clermont Auvergne, Cnrs, Institut Pascal, F-63000 Clermont-Ferrand, France
4. Obstetrics And Gynaecology Department, Centre Hospitalier Universitaire De Clermont-Ferrand, 63000 Clermont-Ferrand, France
5. Department Of Anaesthesia Intensive Care And Perioperative Medicine, Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand, 63000 Clermont-Ferrand, France.
6. University Clermont Auvergne, Cnrs Umr 6293, Inserm U1103, Igred, 63000 Clermont-Ferrand, France
7. Université Clermont Auvergne, Cnrs, Chu Clermont-Ferrand, Clermont Auvergne Inp, Institut Pascal, F-63000 Clermont-Ferrand, France

Satisfaction et prise en charge de la douleur après césarienne : analyse des pratiques professionnelles

Contexte: La césarienne représente 21,4% des accouchements en France. Les douleurs associées peuvent impacter le vécu maternel et les interactions mère-enfant.

Objectif: L'objectif de cette étude était d'évaluer la prévalence des douleurs cicatricielles post-césariennes et la satisfaction des femmes concernant la prise en charge de la douleur.

Méthodes: Une analyse des pratiques professionnelles au CHU de Clermont-Ferrand, a inclus les femmes ayant accouché (≥22SA) par césarienne du 03/01/2025 au 18/07/2025, et ayant accepté un entretien téléphonique à 6-8 semaines postpartum. La douleur de la cicatrice était évaluée à J2, en maternité, avec une échelle numérique simple (ENS) de 0 (aucune douleur) à 10 (douleur maximale). A l'entretien, la douleur moyenne dans les 7 derniers jours, ainsi que l'intensité de la douleur et/ou gêne et/ou inconfort cicatriciel étaient évalués par une ENS. La satisfaction concernant la prise en charge de la douleur durant le séjour à la maternité puis après leur retour à domicile était également évaluée par ENS de 0 (pas du tout satisfaite) à 10 (très satisfaite).

Résultats: Ont été incluses 200 femmes âgées de 31,5±5,5 ans et 65,5% étaient des primi-césarienne. La durée moyenne de séjour était de 5,0±2,1 jours. A J2, 68,0% des femmes rapportaient une douleur >0, avec une intensité moyenne de 2,7±1,4. Lors de l'entretien téléphonique, 22,6% des femmes rapportaient une douleur moyenne >0 au cours des 7 derniers jours (moyenne de 2,5±1,7), 33,0% une douleur et/ou gêne et/ou inconfort >0 (intensité de 2,6±1,5) mais seulement 6,0% avaient un ENS ≥4 (n=12). La satisfaction concernant la prise en charge de la douleur était de 9,0±1,6 en maternité et de 9,0±2,0 après le retour à domicile.

Conclusion: Bien que l'on observe une prévalence notable de la douleur/inconfort à 6-8 semaines, l'ENS était majoritairement <4 avec une satisfaction élevée de la prise en charge de la douleur.

POSTERS COMMENTÉS 2 - P27

Inès TABANE[1]

Thibaud Quibel[2,*], **Anne Boucherie**[3]

1. Département maieutique, UFR Simone Veil, UVSQ
2. Maternité Poissy. UVSQ
3. GHT Yvelines Nord
**Co-auteur*

Les hémorragies du post-partum ont-elles les mêmes issues en fonction de leur heure de prise charge ?

Objectifs : Notre objectif est d'étudier si les HPP prises en charge la nuit ont des issues similaires à celles survenant en journée.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective uni centrique menée au sein d'une maternité de type III du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2024. Les femmes ayant eu une HPPI survenue après une voie basse (spontanée/instrumentale), dont la prise en charge était documentée par une checklist étaient incluses. Cette checklist permettait de recueillir les estimations des pertes sanguines à l'initiation de chaque traitement de l' HPP et à la fin de la prise en charge. Les caractéristiques et issues des HPP étaient comparées en fonction du moment de la journée (jour (8h-20h) versus nuit (20h-8h)). Le critère de jugement principal était la proportion HPP sévère (1000ml) Les critères de jugement secondaires (CJS) étaient la moyenne des pertes sanguines, la proportion de femmes ayant recours au sulprostone, de femmes transfusées, de femmes ayant bénéficié d'un ballon de tamponnement intra utérin.

Résultats : Sur la période étudiée, il y a eu 2833 femmes ayant accouché par voie basse, dont 155 (5,4%) présentaient une HPPI avec une checklist initiée, 75 survenant de jour et 80 de nuit. Les caractéristiques des femmes étaient similaires entre les 2 groupes. Les pertes sanguines au moment du début de la prise en charge initiales (500 ml (Q1-Q3 : 400-500ml) versus 450 (350-500ml), respectivement de jour et de nuit). 32,0% (24/75) des femmes ont eu une HPP sévère en journée vs 28,7%(23/80) de nuit (p=0,78). Il n'y avait pas de différences significatives pour les autres CJS.

Conclusion : Les issues des HPP après un accouchement par voie basse semblent similaires si l'HPP survient de jour ou de nuit.

POSTERS COMMENTÉS 2 - P28

Marine MARQUAND[1]

Rebecca Stroppiana[2,*], Alexia Grail[3], Caroline Grangié-Vachet[4], Marianne Jeannin[5], Anne Debost[2]

1. Réseau périnatal des 2 savoie (RP2S)
2. Réseau de Santé en Périnatalité d'Auvergne (RSPA)
3. Réseau de santé en périnatalité Loire Nord Ardèche (ELENA)
4. Réseau Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrico-pédiatrique Regional (AURORE)
5. Réseau périnatal alpes isère (RPAI)

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

Introduction, objectifs : Contexte : L'entretien prénatal précoce (EPP) depuis 2020 et l'entretien postnatal précoce (EPNP) depuis 2022 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.

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.

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.

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.

POSTERS COMMENTÉS 2 - P29

François ANOUILH[1],

Rosalie Thoraval[2], Alice Damlaimcourt[3], Hervé Boutigny-Vella[3], Amandine Quemeneur[3]

1. Faculté de Maïeutique de Brest - Université de Bretagne Occidentale
2. Univ Brest, Faculté de Maïeutique de Brest, Brest, France
3. Univ Brest, Faculté d'Odontologie de Brest, Brest, France

Influence des pathologies bucco-dentaires sur la qualité de vie des femmes enceintes : revue systématique de la littérature

Contexte : Les enjeux de santé bucco-dentaire demeurent insuffisamment intégrés au parcours de soins périnatal. La grossesse favorise l'apparition ou l'aggravation de pathologies bucco-dentaires, susceptibles d'altérer la qualité de vie des femmes enceintes. Toutefois, cette dimension reste encore peu documentée dans la littérature.

Objectif : Évaluer l'influence des pathologies bucco-dentaires sur la qualité de vie liée à la santé orale (Oral Health-Related Quality of Life, OHRQoL) des femmes enceintes et identifier les principaux facteurs associés.

Méthodes : Revue systématique réalisée selon les recommandations PRISMA à partir des bases Medline, Scopus et Cochrane (jusqu'en septembre 2025). Les études francophones ou anglophones portant sur les liens entre santé bucco-dentaire et OHRQoL pendant la grossesse ont été incluses. La sélection des études et l'évaluation du risque de biais ont été effectuées indépendamment par deux évaluateurs.

Résultats : Sur 185 références identifiées, 24 études ont été retenues (2006-2025) dont deux essais contrôlés randomisés. Les données rapportaient une prévalence élevée des pathologies bucco-dentaires au cours de la grossesse. Une association entre altération de l'état bucco-dentaire et baisse de l'OHRQoL était retrouvée dans la majorité des études, affectant principalement la douleur, l'alimentation et le bien-être psychologique. L'accès aux soins, le niveau d'éducation, les connaissances en santé orale et les pratiques d'hygiène semblaient moduler l'impact des pathologies bucco-dentaires au moins autant que les modifications physiologiques liées à la grossesse. Plusieurs études rapportaient une amélioration significative de l'OHRQoL après une prise en charge bucco-dentaire adaptée.

Conclusion : Le dépistage systématique et la prise en charge précoce des pathologies bucco-dentaires constituent des leviers potentiels pour améliorer la qualité de vie des femmes enceintes. La faible disponibilité de données, notamment européennes, souligne la nécessité de renforcer la recherche dans ce domaine afin d'optimiser les stratégies de prévention et d'intégration de la santé orale au parcours de soins périnatal.

POSTERS COMMENTÉS 2 - P30

Mathilde LETOUZEY[1]

Mélina Kamarinos[1,*], Clément Chollat[1], Sophie Vimont[2], Sana Mahdoui[1], Marie de Stefano[1], Laurence Foix-L'Hélias[1], Aurélie Pham[1]

1. Sorbonne université, APHP, Hôpital Armand Trousseau, service de néonatologie, F-75012 Paris, France.
2. Sorbonne université, APHP, Hôpital Saint Antoine, Service de bactériologie

Adaptation de l'antibiothérapie probabiliste à l'écologie bactérienne locale dans les infections néonatales bactériennes tardives : étude observationnelle rétrospective dans un service de néonatologie et soins intensifs

Contexte : Les suspicions d'infections néonatales bactériennes tardives (INBT) sont fréquentes dans les services de néonatologie, conduisant à une antibiothérapie probabiliste qui doit permettre une couverture microbiologique efficace tout en limitant l'exposition excessive aux antibiotiques.

Objectif : L'objectif principal était de décrire les caractéristiques épidémiologiques des INBT dans un service de néonatologie et soins intensifs, notamment bactéries identifiées et profil de résistance.

Méthodes : Une étude observationnelle rétrospective monocentrique a été menée entre janvier 2022 et décembre 2024. Tous les cas d'INBT documentée par hémoculture positive après 72 heures de vie ont été inclus. Les contaminations microbiologiques ont été exclues selon des critères prédéfinis. Les données microbiologiques, cliniques et thérapeutiques ont été recueillies.

Résultats : Parmi 3268 séjours, 112 enfants ont présenté un épisode d'INBT, soit une incidence cumulée de 5,85 %. L'âge gestationnel de naissance médian était de 32 SA +1 jour et le poids de naissance médian de 1525g. Les staphylocoques à coagulase négative représentaient les germes les plus fréquemment isolés (82,1 %), avec principalement Staphylococcus epidermidis (49,1 %) et Staphylococcus haemolyticus (31,2 %). Les bacilles à Gram négatif les plus fréquents étaient Enterobacter cloacae (7,1 %) et Escherichia coli (6,2 %). La distribution des germes ne différait pas entre les trois années de l'étude. Aucune association n'a été retrouvée entre les familles de bactéries impliquées et les caractéristiques néonatales : prématurité, trophicité ou les antécédents chirurgicaux. Les infections à bactéries multirésistantes restaient rares (5/112) malgré un taux élevé de portage (35,7%). Peu de résistance à la Céfotaxime et la Gentamicine et aucune à la Vancomycine et l'Amikacine ont été identifiées.

Conclusion : L'écologie bactérienne des INBT apparaît stable au cours du temps. L'adéquation du protocole d'antibiothérapie probabiliste à l'écologie bactérienne doit maintenant être évaluée.

SESSION POSTERS

NON COMMENTÉS

VENDREDI 16 OCTOBRE
ESPACE POSTER

POSTERS NON COMMENTÉS

#	NOM	PRÉNOM	TITRE DE L'ABSTRACT
P31	CREQUIT	Simon	Profils cliniques des patientes et délai d'accouchement après corticothérapie anténatale : une étude de cohorte par analyse factorielle de données mixtes
P32	WIDMER	Bertille	Facteurs associés à la survenue d'un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) en post-partum
P33	MULLER	Aurélie	Le contact peau-à-peau chez les nouveau-nés prématurés : état des lieux des pratiques au CHU de Tours
P34	MITHA	Ayoub	Description des naissances prématurées outborn en région Centre-Val de Loire
P35	MAROTEL	Romane	Efficacité et tolérance du misoprostol oral versus dinoprostone vaginale dans le déclenchement du travail des grossesses gémellaires avec col défavorable à terme.
P36	ANOUILH	François	Hémorragies secondaires du post-partum : prévalence, étiologies et prise en charge. Étude descriptive à partir de la cohorte prospective et multicentrique HEMOTHEPP.
P37	BOURGIN	Cécilia	État des lieux de la pratique du peau-à-peau immédiat avec la mère lors d'une naissance par césarienne pour un nouveau-né à terme dans les maternités d'Île-de-France et des Hauts-de-France
P38	JAAFAR	Sherazade	Qui de la tentative d'accouchement par voie basse ou de la césarienne est la plus respectueuse de l'environnement ? Evaluation par une Analyse de Cycle de Vie
P39	LETOUZEY	Mathilde	Etude des pratiques cliniques concernant le diagnostic et la prise en charge des infections néonatales bactériennes tardives survenant chez les nouveau-nés grands prématurés en France
P40	CHEMOUNY ALLALI	Myriam	Impact des groupes de soutien par les pairs sur le bien-être psychologique des parents durant la période postnatale : revue systématique de la littérature
P41	ARENA	Clément	Facteurs de risque maternels et obstétricaux associés au pronostic des ruptures prématurées des membranes avant viabilité
P42	LAOT	Océane	De l'échographie obstétricale de dépistage à l'échographie de diagnostic : pratiques et vécus des échographistes du Finistère - Étude qualitative auprès de sages-femmes et gynécologues obstétriciens du Finistère
P43	BERNARD	Laure	Identification des facteurs influençant le vécu de la prise en soins anténatale chez les parents dont le fœtus est porteur d'une hernie diaphragmatique congénitale
P44	VINCENT	Nicolas	Santé périnatale en région Centre-Val de Loire : disparités régionales et enjeux d'accès aux soins
P45	ROUSSIN	Marie	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.
P46	BOLLARO	Laura	Prééclampsie ou hypertension artérielle et hospitalisation à domicile : étude retrospective des issues maternelles et néonatales

POSTERS NON COMMENTÉS

#	NOM	PRÉNOM	TITRE DE L'ABSTRACT
P47	ROLLET	Clara	Association entre les modalités et la qualité de la prise en charge analgésique pendant le travail et l'accouchement par voie basse, le mauvais vécu de l'accouchement et la dépression du postpartum : une étude en population nationale
P48	GALLOT	Denis	Biomarqueurs sériques précoces pour la prédiction de RPM avant terme : revue systématique et méta-analyse.
P49	SADOUNI	Rima	Enquête sur la détresse respiratoire néonatale au CHU de Tizi Ouzou
P50	UCIMA AKELO	Nancy	Réanimation néonatale en salle de naissance : les professionnels savent-ils où trouver le matériel ?
P51	RAMJAUN	Yassir	Facteurs prédictifs de macrosomie fœtale en cas de diabète gestationnel
P52	COLLIN	Rozenn	Formation à la réanimation néonatale par la simulation : comparaison des modalités pédagogiques in situ et en centre
P53	GIRAULT	Marie	Le registre Grandir en Centre-Val de Loire pour les nouveau-nés vulnérables – création, maintien et évolution sur 10 ans
P54	HAUVILLE	Cathy	Autonomisation alimentaire du prématuré allaité : mise en place d'un protocole
P55	CRENN HEBERT	Catherine	Maisons de naissance en France : indicateurs pour évaluation d'après la base de données nationale de l'AUDIPOG (Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie)
P56	JALLOULI	Leila	Diarrhée congénitale: A propos de deux cas de la vie intra utérine à la prise en charge néonatale
P57	BENBOUABDELLAH	Malika	Syndrome MKKS : quand le pelvis du nouveau-né cache un diagnostic génétique
P58	BENBOUABDELLAH	Malika	Apport de la Numération Formule Sanguine et de la Protéine C-Réactive dans le diagnostic de l'Infection Néonatale Bactérienne Précoce : Expérience de l'EHS Nouar Fadéla d'Oran
P59	BOYER	Camille	Facteurs de risque de récidive de la cholestase gravidique : une étude rétrospective dans deux centres français
P60	DOYON	Aurore	DE L'IMAGINAIRE A LA REALITE : LE CHOIX D'ALLAITEMENT EXCLUSIF EN ANTENATAL MIS A L'EPREUVE DANS LE POST PARTUM
P61	RIQUET	Sébastien	Proposition d'une intervention éducative pluriprofessionnelle en santé orale pour les femmes enceintes et les co-parents
P62	CHERIET	Lahouaria	Profil des nouveau-nés prématurés hospitalisés dans un service de néonatalogie.
P63	BABOEUF	Alice	Déclenchement du travail : évaluation de l'efficacité de la mise en place d'un protocole standardisé avec maturation cervicale première par sonde à ballonnet.
P64	ANOUILH	François	Pratique du sondage évacuateur vésical en salle de naissance. Etude descriptive réalisée au CHU de Brest.

POSTER - P31

Simon CRÉQUIT,

Bruno Renevier, Jean-Baptiste Chanier

CHI André Grégoire

Profils cliniques des patientes et délai d'accouchement après corticothérapie anténatale : une étude de cohorte par analyse factorielle de données mixtes

Contexte : La corticothérapie anténatale (CTC) réduit la morbidité néonatale en cas d'accouchement prématuré mais nécessite un accouchement dans les 7 jours pour être efficace. Au-delà, le nouveau-né encourt des complications neurodéveloppementales à long terme sans bénéfice démontré.

Objectif : Caractériser l'hétérogénéité clinique des receveuses de CTC anténatale par Analyse Factorielle de Données Mixtes (AFDM).

Méthodes : Étude de cohorte rétrospective à partir de la base de la maternité de Montreuil (24 366 grossesses ; 1 684 receveuses de CTC incluses). Critère principal : accouchement dans les 7 jours. L'AFDM a été appliquée à 157 variables cliniques mixtes, suivie d'un clustering de Ward sur 10 dimensions factorielles ; le nombre de profils a été optimisé par le coefficient de silhouette.

Résultats : Sur 1 684 patientes, 573 (34,0 %) ont accouché dans les 7 jours. Cinq profils cliniques distincts ont été identifiés. Le profil 1 (n = 403, 29,5 % d'accouchement dans les 7 jours) était défini par de lourds antécédents obstétricaux : fausses couches tardives répétées, rupture prématurée des membranes (RPM) antérieures et cerclage cervical. Le profil 2 (n = 361, 59,0 %) concentrait les présentations de RPM les plus menaçant : col court, contractions actives et marqueurs inflammatoires élevés. Le profil 3 (n = 422, 50,2 %) représentait les tableaux prééclampsie-RCIU, caractérisés par une hypertension sévère, un traitement antihypertenseur, un Doppler ombilical pathologique et un rythme cardiaque fœtal non rassurant. Le profil 4 (n = 405, 2,2 %) — jeunes patientes avec un col court isolé sans marqueur clinique de sévérité, identifiait une population peu susceptible de bénéficier de la CTC. Le profil 5 (n = 93, 21,5 %), malgré une sévérité clinique modérée, concentrait une vulnérabilité sociale extrême : 63 % sans couverture sociale, 58 % avec un suivi prénatal inadéquat et 46 % victimes de violences conjugales, avec un taux d'accouchement précoce près de dix fois supérieur à celui du profil 4. Dans l'ensemble des profils, les marqueurs de sévérité clinique, longueur du col, fréquence des contractions, aspect du liquide amniotique et biomarqueurs inflammatoires, constituaient les principaux déterminants de l'accouchement dans la fenêtre thérapeutique.

Conclusion : L'AFDM révèle cinq profils cliniques distincts avec des probabilités très différentes d'accouchement dans la fenêtre thérapeutique. Les marqueurs de sévérité clinique en sont les principaux déterminants ; un profil de vulnérabilité sociale établit la précarité comme facteur de risque indépendant d'accouchement prématuré.

POSTER - P32

Bertille WIDMER[1],

Olivia Anselem[2]

1. Université Paris Cité
2. Maternité Port-Royal

Facteurs associés à la survenue d'un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) en post-partum

Objectifs : Déterminer la prévalence du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) du post-partum dans une population obstétricale non sélectionnée et identifier les facteurs associés.

Méthodes : Nous avons conduit une étude prospective monocentrique dans une maternité de niveau tertiaire. Toutes les patientes ayant accouché d'un enfant vivant après 24 semaines d'aménorrhée entre le 15 juin et le 14 juillet 2025 étaient éligibles. Les symptômes de stress post-traumatique ont été évalués à l'aide du questionnaire PCL-5, administré en ligne entre 1 et 2 mois après l'accouchement, avec un score ≥32 définissant un SSPT probable. Les facteurs associés à un SSPT probable ont été identifiés par analyse univariée puis par régression logistique multivariée.

Résultats : Parmi les 412 patientes incluses, 252 (61,2 %) ont complété le questionnaire. Un score PCL-5 ≥32 a été identifié chez 16 patientes (6,3 % ; IC95 %, 3,7–10,1). En analyse multivariée, le déclenchement du travail (ORa, 4,0 ; IC95 %, 1,4–11,9) et l'hospitalisation néonatale (ORa, 3,4 ; IC95 %, 1,1–10,9) étaient associés à un score PCL-5 ≥32. Dans le sous-groupe des patientes avec grossesse non compliquée (n=354 ; taux de réponse, 62,7 %), la prévalence était de 5,4 % (IC95 %, 2,8–9,2), et le déclenchement du travail restait fortement associé à un SSPT probable (ORa, 7,6 ; IC95 %, 2,0–29,7).

Conclusion : Le SSPT du post-partum concernait environ 6 % des patientes non sélectionnées, y compris celles ayant eu une grossesse non compliquée. Le déclenchement du travail et l'hospitalisation néonatale étaient indépendamment associés à un SSPT probable. Ces résultats ne doivent pas être interprétés comme une preuve de causalité, mais ils peuvent aider à identifier les patients qui pourraient bénéficier d'une vigilance psychologique précoce.

POSTER - P33

Aurélie MULLER[1,2],

Kristen Joseph-Delaffon[2], Ayoub Mitha[2]

1. Université Médecine de Tours
2. CHU Tours

Le contact peau-à-peau chez les nouveau-nés prématurés : état des lieux des pratiques au CHU de Tours

Introduction : La prématurité constitue un enjeu majeur de santé publique, associé à une morbi-mortalité importante et à des conséquences familiales et développementales. Le contact peau-à-peau (PAP), recommandé par l'OMS, présente des bénéfices physiologiques et relationnel. L'objectif de cette étude était de décrire les pratiques de PAP chez les nouveau-nés prématurés de moins de 37 semaines d'aménorrhée (SA), hospitalisés dès la naissance.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude observationnelle, monocentrique, rétrospective, descriptive et analytique, menée en néonatologie au CHU de Tours. Les nouveau-nés prématurés nés entre le 1er septembre 2024 et le 31 août 2025, puis hospitalisés dès la naissance, étaient inclus. Les données étaient recueillies à partir des dossiers médicaux.

Résultats : Parmi 299 nouveau-nés prématurés hospitalisés en néonatologie, 188 ont été inclus. Au cours de la première semaine de vie, 87,8 % des nouveau-nés ont bénéficié d'au moins un PAP. Un PAP immédiat en salle de naissance concernait 15,4 % des nouveau-nés. Le premier PAP était réalisé dans les 24 premières heures chez 62,8 % d'entre eux, plus fréquemment entre 32 et 36 SA. Un premier PAP tardif, entre H24 et J6, concernait 25,0 % des nouveau-nés et était plus fréquent chez les plus prématurés. Le délai médian du premier PAP précoce était de 6 heures avec la mère et de 8 heures avec le père. Les durées quotidiennes variaient selon l'âge gestationnel, le jour de vie et l'unité d'hospitalisation. L'absence de PAP concernait des nouveau-nés d'âge gestationnel et de poids de naissance plus élevés, tandis que le PAP tardif était associé à davantage de marqueurs de sévérité néonatale.

Conclusion : Le PAP était largement pratiqué chez les prématurés au CHU de Tours, mais sa mise en œuvre restait hétérogène. Ces résultats soulignent l'intérêt de renforcer son organisation afin de favoriser une pratique plus précoce, homogène et prolongée.

POSTER - P34

Ayoub MITHA[1]

Emeline Laurent[2,3], Lucile Godillon[2], Anne-Isabelle Lecuyer[2,3], Marie-Carole Baude[4], Emmanuelle Dalaudier[4], Corinne Chevalier[5], Marie Girault[5], Stéphanie Bernard[6], Thierry Perez[5], Leslie Grammatico-Guillon[2,7]

1. Service de Néonatologie - CHRU de Tours, Tours, France
2. Unité d'Epidémiologie des Données cliniques en Centre-Val de Loire, pôle Santé Publique Prévention - CHRU de Tours, Tours, France
3. Equipe de Recherche EA7505 «Education, Ethique, Santé» - Université de Tours, Tours, France
4. Réseau Périnat' Centre-Val de Loire, pôle Santé Publique Prévention - CHRU de Tours, Tours, France
5. Réseau Grandir en région Centre-Val de Loire, pôle Santé Publique Prévention - CHRU de Tours, Tours, France
6. Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire - Orléans, France
7. Faculté de Médecine - Université de Tours, Tours, France

Description des naissances prématurées outborn en région Centre-Val de Loire

Contexte : Les nouveau-nés dits outborn, prématurés nés en-dehors d'une maternité disposant d'une unité de néonatologie adaptée à leur prise en charge, constituent une population à risque accru de morbi-mortalité néonatale.

Objectif : L'objectif était de décrire les naissances outborn en région Centre-Val de Loire (CVL).

Méthodes : Une étude observationnelle rétrospective a été menée via les données hospitalières (PMSI) 2018-2024 des maternités CVL de type 1 (n=8), 2A (n=4), et 2B (n=4). Les naissances outborn étaient définies selon les seuils d'âge gestationnel (AG) en semaines d'aménorrhée (SA) et de poids pouvant être pris en charge dans chacune de ces 16 maternités. Les effectifs étaient rapportés aux naissances vivantes.

Résultats : Entre 2018 et 2024, les naissances outborn représentaient 3,4‰ (560/165984) des naissances vivantes, stable sur la période : 9‰ en type 1 (247/28636), 3‰ en 2A (112/36686) et 5‰ en 2B (201/43359). Parmi ces naissances, 18,4% survenaient <28 SA, 31,6% à 28-31 SA, 15,9% à 32-33 SA, et 29,8% à 34-36 SA. Le taux de naissance outborn décroissait selon l'AG : 21% à <28 SA, 18% à 28-31 SA, 7% à 32-33 SA et 2% à 34-36 SA. Ces naissances survenaient dans 32% des cas après une hospitalisation maternelle >24 heures. Hors décès au jour de naissance, 54,7% des naissances outborn étaient transférées (293/536). La mortalité néonatale précoce (<7 jours de vie) était de 7,3% pour les naissances outborn contre 0,1% pour les inborn ; chez les prématurés <28 SA, ces taux étaient de 31,1% (32/103) contre 22,8% (94/412), respectivement.

Conclusion : Dans ce territoire, les naissances outborn étaient stables dans le temps. Le suivi en routine des naissances outborn représente une source d'informations utile pour les réseaux de périnatalité, à compléter par des enquêtes de terrain pour déterminer la nécessité d'éventuelles actions ciblées.

POSTER - P35

Romane MAROTEL,

Isabelle ENDERLE

CHU Rennes

Efficacité et tolérance du misoprostol oral versus dinoprostone vaginale dans le déclenchement du travail des grossesses gémellaires avec col défavorable à terme.

Contexte : Le déclenchement du travail dans les grossesses gémellaires à terme présentant un col utérin défavorable repose sur des stratégies extrapolées des grossesses uniques, les données comparatives sur le misoprostol et la dinoprostone étant limitées.

Objectifs : Notre objectif principal était de comparer l'efficacité et la sécurité d'emploi du misoprostol par voie orale par rapport à celles de la dinoprostone par voie vaginale pour le déclenchement du travail dans les grossesses gémellaires.

Méthodes : Nous avons mené une étude observationnelle rétrospective et multicentrique portant sur des grossesses gémellaires provoquées à terme par des prostaglandines en cas de col défavorable entre janvier 2019 et janvier 2025. L'étude a été menée dans 4 hôpitaux français : les hôpitaux universitaires de Rennes et de Nantes, ainsi que les maternités de référence de type 2B et de type 3/tertiaire situées respectivement à Lorient et à Vannes. Le critère d'évaluation principal était le taux d'accouchements par voie vaginale dans les 24 heures. Les critères d'évaluation secondaires comprenaient l'intervalle entre le déclenchement et l'accouchement, la durée du travail, l'accouchement par césarienne et ses indications, la nécessité d'une maturation supplémentaire ou d'ocytocine, ainsi que les issues défavorables pour la mère et le nouveau-né, telles que la survenue d'une contractilité utérine anormale, d'une hémorragie post-partum, d'un rythme cardiaque fœtal inquiétant pendant le travail, un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes, un pH du sang artériel ombilical inférieur ou égal à 7,10, la mortalité néonatale et l'admission en unité de soins intensifs néonatals (USIN).

Résultats : Un échantillon de 151 patientes a été analysé : 90 ont subi un déclenchement par dinoprostone vaginale et 61 par misoprostol oral.
La présente étude n'a révélé aucune différence significative en termes d'efficacité entre le misoprostol et la dinoprostone : un taux similaire d'accouchements par voie vaginale dans les 24 heures a été observé (misoprostol : 42,62 % ; dinoprostone : 28,89 % ; p = 0,11), ainsi qu'un taux similaire d'accouchement par césarienne (misoprostol : 45,56 % ; dinoprostone : 31,15 % ; p = 0,83). Les taux d'accouchement par voie vaginale dans les 24 heures et de césarienne étaient similaires entre les groupes. Le misoprostol a nécessité moins de mûrissement cervical supplémentaire (90,16 % contre 78,89 % ; p = 0,03). La durée du travail et l'utilisation d'ocytocine ne différaient pas de manière significative. La dinoprostone était associée à un taux plus élevé de contractilité utérine anormale (54,4 % contre 24,6 % ; p = 0,0001). Les résultats maternels et néonatals étaient comparables.

Conclusion : Le misoprostol oral semble aussi efficace et sûr que la dinoprostone vaginale pour le déclenchement du travail dans les grossesses gémellaires, avec une meilleure tolérance utérine et des avantages pratiques en termes de coût et de stockage.

Mots-clés : Grossesse gémellaire, Déclenchement du travail, Maturation cervicale
Prostaglandines + Misoprostol + dinoprostone vaginale

POSTER - P36

François ANOUILH[1],

Fanny Campion[2], Karine Morcel[3], Emmanuelle Le Moigne[4,5], Brigitte Pan-Petesch[4,6], Claire de Moreuil[4,5]

1. Faculté de Maïeutique de Brest - Université de Bretagne Occidentale
2. Univ Brest, Faculté de Maïeutique de Brest, Brest, France
3. CHU Brest, Service de Gynécologie, Obstétrique et Médecine de la Reproduction, Brest, France
4. Univ Brest, INSERM U1304-GETBO, Brest, France
5. CHU Brest, Service de médecine interne, Brest, France
6. CHU Brest, Service d'hématologie, Brest, France

Hémorragies secondaires du post-partum : prévalence, étiologies et prise en charge. Étude descriptive à partir de la cohorte prospective et multicentrique HEMOTHEPP.

Contexte : L'hémorragie secondaire du post-partum (HSPP), définie par des pertes sanguines pathologiques survenant entre 24 heures et 6 semaines après l'accouchement, demeure une complication obstétricale peu étudiée. Contrairement à l'hémorragie primaire du post-partum, le diagnostic d'HSPP repose sur l'identification de pertes sanguines jugées anormales, souvent difficiles à quantifier et à distinguer des lochies physiologiques, ce qui rend son repérage particulièrement complexe. Pourtant, son impact potentiel sur la morbidité maternelle justifie une meilleure connaissance de ses caractéristiques et de sa prise en charge.

Objectif : Estimer la prévalence des HSPP, identifier leurs principales étiologies et décrire leurs modalités de prise en charge.

Méthodes : Étude descriptive issue de la cohorte prospective multicentrique HEMOTHEPP, incluant l'ensemble des femmes ayant accouché dans les six maternités finistériennes (2015 – 2019) avec suivi jusqu'à 3 mois postpartum. Tous les cas suspects d'HSPP identifiés lors du suivi post-partum ont fait l'objet d'une adjudication afin de confirmer le diagnostic.

Résultats : Parmi les femmes incluses, 0,08 % (17/20238) ont présenté une HSPP dont 13/17 après un accouchement par voie basse. Dans 76% (13/17) des cas, l'épisode hémorragique est survenu au cours des 15 premiers jours postpartum. La rétention placentaire constituait la principale étiologie (96%). La prise en charge reposait essentiellement sur un curetage ou l'administration d'utérotoniques, au cours d'une hospitalisation d'une durée moyenne de 3,5 jours, et trois d'entre elles ont nécessité une transfusion. Trois patientes ont présenté une récidive hémorragique, conduisant à une ré-hospitalisation.

Conclusion : Cette étude met en évidence une prévalence des HSPP inférieure à celle rapportée dans la littérature, avec une forte prédominance de rétentions placentaires. Les cas d'HSPP récidivants soulignent l'intérêt d'un suivi structuré après la prise en charge initiale. Une meilleure sensibilisation des professionnels et des patientes, ainsi que le développement de travaux dédiés à cette complication apparaissent nécessaires.

POSTER - P37

Cécilia BOURGIN[1],

Madeleine Santraine[2]

1. Paris cité
2. CHRU de Lille

État des lieux de la pratique du peau-à-peau immédiat avec la mère lors d'une naissance par césarienne pour un nouveau-né à terme dans les maternités d'Île-de-France et des Hauts-de-France

Contexte : L'OMS recommande la pratique du peau-à-peau (PAP) immédiat à la naissance entre la mère et le nouveau-né quel que soit le mode d'accouchement. En France, il est réalisé dans 56% des naissances par césarienne contre 96% pour les voies basses. Les facteurs organisationnels expliquant cet écart sont mal documentés en France.

Objectif : Décrire les pratiques de PAP immédiat après césarienne à terme au sein des maternités de deux régions françaises.

Méthodes : Enquête menée auprès des maternités d'Île-de-France et des Hauts-de-France en 2025. Les variables étudiées portaient sur les modalités du PAP, sa fréquence selon le contexte clinique, ainsi que sur les freins, facilitateurs et facteurs organisationnels. Une régression logistique multivariée a été utilisée.

Résultats : 92/110 maternités ont répondu, dont 71,7 % déclarent pratiquer le PAP après césarienne. Le PAP est initié immédiatement dans 70,4 % des maternités, dure au moins une heure dans 45,3 % des maternités, et maintenu sans interruption lors du transfert en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) dans 15,1 % des maternités. La fréquence de réalisation diminue avec le degré d'urgence obstétricale (74,2 % pour les césariennes programmées vs 25,8 % pour les urgences absolues). Aucune caractéristique structurelle n'est associée à la pratique du PAP. Toutes les maternités engagées dans le programme IHAB déclarent pratiquer le PAP versus 55,9 % des non-IHAB ; l'engagement IHAB est associé à une durée plus longue et une meilleure continuité. Les principaux freins sont l'éloignement du bloc, les difficultés à faire évoluer les pratiques et le manque de personnel pour la surveillance néonatale.

Conclusion : Le PAP immédiat après césarienne est répandu dans ces deux régions, mais reste hétérogène dans sa qualité et sa continuité. L'engagement IHAB constitue un facteur institutionnel prédictif d'une pratique conforme aux recommandations. Les efforts devraient porter sur la formalisation des protocoles et la continuité du PAP.

POSTER - P38

Sherazade JAAFAR[1,2],

Charles Garabedian[1], Sayed Gillani[3], Sophie Cordier[3]

1. CHU de Lille
2. Faculté de médecine de Lille
3. Primum Non Nocere

Qui de la tentative d'accouchement par voie basse ou de la césarienne est la plus respectueuse de l'environnement ? Evaluation par une Analyse de Cycle de Vie

Objectifs : Évaluer l'impact environnemental de la tentative d'accouchement par voie basse (TAVB) et de la césarienne, afin de les comparer et identifier des leviers d'amélioration.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude monocentrique (CHU Lille) basée sur une Analyse de Cycle de Vie (ACV) et sur la méthodologie Product Environmental Footprint (PEF) afin d'évaluer les impacts environnementaux de deux scénarios : la tentative d'accouchement par voie basse (TAVB) et la césarienne programmée, en incluant tous les évènements et complications pouvant survenir lors de l'accouchement, pondérés selon leur fréquence dans notre centre. L'unité fonctionnelle était une grossesse unique à terme (≥37 SA) en présentation céphalique. Les étapes les plus impactantes de chaque scénario ont ensuite été analysées pour identifier les hotspots.

Résultats : La TAVB a un impact moindre que la césarienne programmée sur toutes les catégories, notamment sur le changement climatique avec respectivement 23,2 kg eqCO2 et 42,9 kg eqCO2. Tenter un accouchement par voie basse plutôt que programmer une césarienne pourrait réduire de 46% les émissions de gaz à effet de serre, de 26 % notre consommation d'eau, de 44 % l'utilisation des ressources fossiles et de 30 % l'utilisation des ressources minérales et métalliques. Les éléments identifiés comme étant les plus impactant étaient pour la TAVB l'utilisation d'un set d'accouchement à usage unique, et pour la césarienne programmée le champ opératoire.

Conclusion : La TAVB est plus respectueuse de l'environnement que la césarienne programmée. En périnatalité, l'intégration des enjeux environnementaux aux discussions de santé publique apparaît nécessaire, sans compromettre la sécurité ni la qualité des soins. La réduction de l'usage des dispositifs médicaux à usage unique et le recours à des chaînes de production plus locales constituent des pistes d'amélioration.

POSTER - P39

Mathilde LETOUZEY[1]

Flore Lamy[1]**,Pascal Boileau**[2]**, Marie de Stefano**[1]**, Laurence Foix-L'Hélias**[1]**, Mathilde Letouzey**[1]

1. Sorbonne université, Hôpital Armand Trousseau, Service de néonatologie
2. Service de médecine et réanimation néonatale, Hôpital Poissy Saint Germain en Laye, Université Versailles-Saint-Quentin-En-Yvelines

Etude des pratiques cliniques concernant le diagnostic et la prise en charge des infections néonatales bactériennes tardives survenant chez les nouveau-nés grands prématurés en France

Contexte : Le diagnostic d'infection néonatale bactérienne tardive (INBT) est particulièrement complexe chez les nouveau-nés grands prématurés, nés avant 32 semaines d'aménorrhée (SA). La suspicion d'INBT conduit fréquemment à la prescription d'une antibiothérapie. Or, l'exposition précoce et répétée aux antibiotiques perturbe la constitution du microbiote intestinal, favorise la sélection de bactéries multirésistantes et pourrait être associée à un risque accru de complications à court et long terme.

Objectif : Décrire les pratiques diagnostiques et thérapeutiques relatives aux INBT dans les services de réanimation néonatale en France.
Méthodes : Il s'agit d'une enquête transversale avec envoi d'un questionnaire aux 64 services français de réanimation néonatale. Ce questionnaire de 23 questions, à choix unique ou multiple, a été envoyé par mail de façon standardisée au chef de service, afin d'obtenir une réponse par centre. Le questionnaire pouvait être soit complété en ligne soit renvoyé par mail. Les données ont été anonymisées.

Résultats : Parmi les 54 services répondants, 38 réanimations ont une activité néonatale exclusive. Seulement 22 réanimations (40,7%) disposaient d'un protocole standardisé de prise en charge des INBT et 2 ont déclaré être en cours d'élaboration d'un protocole. La surveillance de l'épidémiologie bactérienne par le suivi des infections était réalisée par la majorité des centres (40/54), ainsi que le dépistage de portage de bactéries multirésistantes (44/54). Dans 22,2% (12/54) des centres, l'antibiothérapie initiale était toujours la même, et pour 8 d'entre elles associait Cefotaxime, Vancomycine et un aminoside. En revanche, 77% (42/54) des centres adaptaient leur antibiothérapie probabiliste à la situation clinique, avec des combinaisons variées d'antibiotiques.

Conclusion : Il existe une grande hétérogénéité des pratiques concernant le diagnostic et l'antibiothérapie des INBT chez les grands prématurés en France. Les conséquences des INBT sur la morbi-mortalité dans cette population devrait nous inciter à une harmonisation nationale de ces pratiques.

POSTER - P40

Myriam CHEMOUNY ALLALI[1],

Charline Darmail, Jaqueline Wendland

Université Paris Cité, Laboratoire de Psychopathologie et Processus de Santé

Impact des groupes de soutien par les pairs sur le bien-être psychologique des parents durant la période postnatale : revue systématique de la littérature

Contexte : La transition à la parentalité s'accompagne, chez tous les parents, d'une vulnérabilité psychologique accrue pouvant affecter leur bien-être ainsi que leur capacité à s'occuper de leur enfant durant ses premières années de vie. L'impact des groupes de soutien par les pairs sur le bien-être parental reste, à ce jour, principalement étudié auprès de populations à risque psychosocial.

Objectifs : Cette revue de la littérature vise à évaluer l'impact des groupes de soutien par les pairs sur le bien-être psychologique des parents en période postnatale, en population générale.

Méthodes : Suivant les recommandations PRISMA 2020, une recherche exhaustive de la littérature a été réalisée entre janvier 2015 et décembre 2025, sur les bases de données PubMed, Scopus, Cochrane Library, Web of Science, PsycINFO et Embase, avec les mots-clés suivants : groupes de soutien par les pairs ; parentalité ; postpartum ; bien-être psychologique.

Résultats : Sur 602 articles identifiés, 5 ont été retenus. Les résultats, hétérogènes, suggèrent que les groupes de soutien par les pairs ont un impact positif sur le soutien social perçu et certaines dimensions du bien-être psychologique, notamment le sentiment d'appartenance, la résilience et la validation émotionnelle. En revanche, les données concernant leur efficacité sur la dépression et l'anxiété postnatales demeurent inconsistantes.

Conclusion : Cette revue met en évidence le rôle spécifique des groupes de soutien par les pairs dans l'accompagnement de la vulnérabilité parentale postnatale. Ces groupes semblent agir principalement sur les dimensions relationnelles du bien-être parental, en favorisant le soutien social perçu, le sentiment d'appartenance et la normalisation des expériences parentales. Les groupes de pairs pourraient ainsi constituer une approche préventive, expérientielle, accessible et peu stigmatisante du soutien à la parentalité, complémentaire des dispositifs de soins postnataux.

POSTER - P41

Clément ARENA[1],

Benjamin Birène[1], Mohamed Dakin[1], Jean-Paul Bory[1], Elodie Tisserand[2], Emilie Raimond[1], René Gabriel[1], Olivier Graesslin[1]

1. Gynécologie Obstétrique CHU Reims
2. Réanimation néonatale CHU Reims

Facteurs de risque maternels et obstétricaux associés au pronostic des ruptures prématurées des membranes avant viabilité

Objectif : rechercher des facteurs pronostics associés au pronostic des ruptures prématurées des membranes avant viabilité.

Matériels et méthode : il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective multicentrique. Deux groupes étaient constitués : survie néonatale ≥ 1 an et < 1 an. L'objectif principal était de rechercher l'impact de l'évolution de la quantité de liquide amniotique lors du suivi chez les patientes ayant présenté une rupture prématurée des membranes avant 24SA. D'autres critères étaient également relevés comme le terme de rupture, le terme de naissance ou le poids de naissance comme critères de jugement secondaires. Dans un second temps, les critères associés à une issue néonatale favorable et défavorable (comme la maladie des membranes hyalines, le syndrome de détresse respiratoire et les déformations de membres) ont été étudiés.

Résultats : 74 patientes ont été incluses. L'issue néonatale était différente en fonction de la quantité de liquide amniotique initiale ($p = 0.0009$), mais pas concernant la survie néonatale. La médiane de temps passé en quantité de liquide amniotique normale était plus longue en cas de survie ≥ 1 an ($p = 0.021$) et en cas d'issue néonatale favorable ($p = 0.0005$). Le temps passé en oligoamnios était plus élevé en cas d'issue néonatale favorable ($p = 0.0227$). Un poids de naissance plus élevé était associé à une meilleure survie ($p = 0.0113$) et à une évolution plus favorable ($p = 0.0113$). Les complications néonatales, étaient également associées à un temps plus court passé en quantité de liquide amniotique normale, ou en oligoamnios.

Conclusion : le suivi du liquide amniotique serait tout aussi important que la quantité de liquide amniotique initiale. Cela inciterait à une prudence concernant l'estimation du pronostic néonatal dès le diagnostic initial de la rupture prématurée des membranes avant viabilité.

POSTER - P42

Océane LAOT[1],

Anne Gabriel[2]

1. Unité de Formation et de Rercheche de Maïeutique de Brest
2. Sage-femme enseignante, UFR de maïeutique de Brest

De l'échographie obstétricale de dépistage à l'échographie de diagnostic : pratiques et vécus des échographistes du Finistère Étude qualitative auprès de sages-femmes et gynécologues obstétriciens du Finistère

L'échographie de dépistage est un moment clé de la grossesse, marqué par la rencontre avec le bébé « fantasmatique ». Cependant, cet examen peut basculer vers une échographie de diagnostic lorsqu'une anomalie est suspectée. Cette orientation, marquée par l'incertitude, nécessite une adaptation en temps réel pour l'échographiste. Elle peut créer une brèche psychique chez la femme enceinte, pouvant impacter le lien mère-enfant et les interactions précoces. Dans ce contexte, l'objectif de l' étude a été de mieux comprendre les pratiques des échographistes de dépistage lors de l'annonce de l'orientation des patientes vers une échographie de diagnostic en cas de suspicion de pathologie.

Pour y répondre, nous avons réalisé une étude qualitative menée par entretiens semi-directifs auprès de cinq sages-femmes et trois gynécologues-obstétriciens du Finistère entre juillet et octobre 2025. Étaient inclus les professionnels pratiquant uniquement l'échographie de dépistage, en secteur hospitalier ou libéral.

L'analyse des entretiens a montré que les pratiques reposent sur une adaptation constante à la femme enceinte et à la gravité suspectée. Pour la majorité, l'annonce se fait par un discours descriptif, à la fin de l'examen permettant préserver la qualité technique de l'échographie tout en évitant de se substituer aux experts du diagnostic. Bien que décrite comme un acte complexe et stressant, l'annonce semble facilitée par l'expérience clinique et le compagnonnage qui pallient la formation théorique du DIU d'échographie jugée insuffisante.

Ces résultats permettent de définir l'orientation vers une échographie de diagnostic non pas comme un simple acte technique, mais comme un moment nécessitant un équilibre entre transparence médicale et accompagnement des femmes. Un accompagnement adapté dès l'échographie de dépistage est un enjeu pour prévenir les risques de désinvestissement de la grossesse. Notre étude souligne la nécessité de renforcer la formation à l'annonce de mauvaises nouvelles pour permettre aux échographistes de mieux vivre ces situations.

POSTER - P43

Laure BERNARD,

Sébastien Mur, Bertille Sergent, Kelly Saint Denny, Kévin Le Duc, Laurent Storme

Hôpital Jeanne de Flandre, CHU de Lille

Identification des facteurs influençant le vécu de la prise en soins anténatale chez les parents dont le fœtus est porteur d'une hernie diaphragmatique congénitale

Contexte : La hernie diaphragmatique congénitale (HDC) est une pathologie rare mais grave du fœtus et du nouveau-né, caractérisée par un défect diaphragmatique entrainant une ascension d'organes abdominaux dans la cavité thoracique. Diagnostiquée en anténatal dans environ 70 % des cas, elle confronte les parents à une incertitude majeure et à une importante détresse émotionnelle. Actuellement, tout l'enjeu réside en la prédiction du risque individuel pour chaque patient, afin de permettre une adaptation parentale qui est la plus optimale possible.

Objectif : Identifier les comportements et modalités d'accompagnement perçus comme aidants ou délétères par les parents lors du DAN d'HDC.

Matériel et méthodes : Étude qualitative basée sur les entretiens psychologiques réalisés à 3 mois de vie dans le cadre de l'étude CHIC. Les parents volontaires d'enfants porteurs d'une HDC, inclus entre juin 2021 et décembre 2023, ont été interrogés. Les données ont été analysées avec le logiciel NVivo v12 selon une approche thématique, avec objectif de saturation des données. Les ressources mobilisées par les familles ont également été étudiées.

Résultats : Vingt-trois entretiens ont été analysés. Le délai précédant la confirmation diagnostique apparaît particulièrement éprouvant. La clarté des informations transmises est primordiale, favorise la compréhension de la pathologie et est associée à un vécu plus positif. À l'inverse, des informations jugées trop pessimistes ou incomplètes sont sources d'anxiété. Les proches constituent un soutien important pour ces familles. La consultation de ressources documentaires est fréquente, dans l'idéal fournies par les professionnels de santé afin d'être les plus adaptée possible.

Conclusion : L'optimisation de la prise en charge anténatale de l'HDC repose sur une information standardisée, claire et adaptée aux besoins des familles. La réduction du délai entre le diagnostic initial et la rencontre avec des experts de la pathologie apparaît comme un challenge primordial dans le parcours anténatal.

POSTER - P44

Nicolas VINCENT[1],

Mathieu Rivière[1], Elodie Lebreton[1], Marie Tournois-Roger[2], Stéphanie Bernard[2], Thierry Perez[3], Léa Bedouet[3], Esra Morvan[1]

1. Santé publique France
2. ARS Centre-Val de Loire
3. Réseau Périnat Centre-Val de Loire

Santé périnatale en région Centre-Val de Loire : disparités régionales et enjeux d'accès aux soins

Contexte : Après la publication du rapport national sur la santé périnatale en France (2010-2019), une actualisation et un enrichissement de ces données a été réalisé en région Centre-Val de Loire.

Objectifs : Analyser les disparités territoriales en santé périnatale en région Centre-Val de Loire à partir de différentes sources d'informations.

Méthodes : Exploitation des données du système national des données de santé (SNDS), de l'état civil (EC) et de l'enquête nationale périnatale (ENP).

Résultats : Comme en France, le taux de natalité diminue dans tous les départements de la région. Il reste inférieur au taux de natalité national (8,9‰ vs 9,6‰, EC 2024), hormis dans le Loiret (10,1‰).
Certains facteurs et comportements à risque sont plus prévalents dans la région (ENP 2021) : surpoids/obésité pré-conceptionnelle (41,0% vs 37,9% en France), tabagisme 1 an avant la grossesse (30,3% vs 26,8%) et au 3e trimestre (16,3 % vs 11,8 %).
Certaines complications obstétricales et marqueurs de risques sont également plus fréquents (SNDS, 2024) comme les HPP sévères (1,6% vs 1,0% en France). À l'inverse, le diabète gestationnel y est légèrement moins fréquent (14,3 % vs 15,0 %).
Des inégalités sont également observées concernant les recours à l'offre de soins (SNDS, 2024), 56,2% des femmes bénéficiant d'un entretien prénatal précoce (62,1% en France) et 22,1 % d'un entretien postnatal précoce (vs 24,9%) et tous les départements sont concernés hormis l'Indre-et-Loire (resp. 67,8% et 40,2%).

Conclusion : Ces résultats, mis en perspective avec des travaux récents sur les liens entre mortalité néonatale et facteurs de déprivation sociale (Sartorius V. et al. 2025), soulignent que le renforcement des actions, tant ciblées (prévention, accès aux soins…) que structurelles pour réduire les inégalités, doivent tenir compte des spécificités territoriales de la région.

POSTER - P45

Marie ROUSSIN[1]

Denis Gallot, Marion Rouzaire, Alexia Triolaire, Bruno Pereira

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.

POSTER - P46

Laura BOLLARO[1],

Anne-Laure Fijean[2], Charline Bertholdt[2], Olivier Morel[2], Matthieu Dap[2]

1. Université de Lorraine
2. CHRU Nancy

Prééclampsie ou hypertension artérielle et hospitalisation à domicile : étude retrospective des issues maternelles et néonatales

Objectifs : Décrire les issues périnatales, maternelles et néonatales, les caractéristiques initiales des femmes ainsi que les modalités de leur suivi durant la grossesse, chez les femmes ayant bénéficié d'un suivi ambulatoire en HAD pour le diagnostic d'HTA gravidique ou de prééclampsie.

Méthodes : Étude descriptive, rétrospective, monocentrique menée entre le 1er janvier 2014 et le 1er janvier 2026 dans un centre universitaire français de type III. Toutes les grossesses singletons à un âge gestationnel supérieur à 20 SA, admises en HAD dans le cadre d'un diagnostic de prééclampsie ou d'HTA gravidique et ayant accouché dans le centre, ont été incluses.

Résultats : 99 grossesses ont été incluses dans l'étude, dont 68% présentaient un diagnostic de prééclampsie et 32% une HTA gravidique. 4% présentaient des signes de sévérité initiaux. Le délai médian entre la sortie d'hospitalisation initiale et la première consultation en urgence était de 8,5 jours et le délai médian entre l'admission en HAD et une hospitalisation définitive était de 16 jours. Le pourcentage de temps passé en HAD entre le diagnostic et l'accouchement était de 80%. Tous les accouchements ont mené à une naissance vivante. 27% grossesses ont présenté une prééclampsie sévère au cours de leur suivi. Aucune complication maternelle sévère n'a été rapportée (éclampsie, œdème aigue du poumon, coagulation intravasculaire disséminée). Il n'y a pas eu de complication néonatale chez les nouveau-nés à terme et 35% des nouveau-nés prématurés ont présenté des complications en lien avec la prématurité, dont deux décès néonataux.

Conclusions : Dans une population sélectionnée et bénéficiant d'une surveillance rapprochée, le suivi ambulatoire des femmes présentant des troubles hypertensifs en cours de grossesse est possible.

Mots-clés : soins ambulatoires ; prééclampsie ; grossesse à haut risque ; prise en charge prénatale.

POSTER - P47

Clara ROLLET[1],

Marie-Pierre Bonnet[2], Marianne Jacques[3], Mégane Raineau[2], Camille Le Ray[2], Anne Chantry[3]

1. Maternité Port Royal, APHP
2. APHP
3. INSERM.

Association entre les modalités et la qualité de la prise en charge analgésique pendant le travail et l'accouchement par voie basse, le mauvais vécu de l'accouchement et la dépression du postpartum : une étude en population nationale

Contexte : Bien que l'association entre douleur et dépression soit établie en population générale, peu de données explorent ce lien entre douleur de l'accouchement et santé mentale maternelle du postpartum. L'objectif était d'étudier l'association entre les modalités et la qualité de l'analgésie pendant le travail et deux issues maternelles : le mauvais vécu de l'accouchement et la dépression du postpartum (DPP).

Méthodes : Les données provenaient de l'Enquête Nationale Périnatale, enquête transversale menée en France en mars 2021. Les analyses étaient réalisées parmi toutes les femmes ayant accouché par voie basse, et chez celles avec péridurale. Le mauvais vécu était défini par un mauvais souvenir persistant 2 mois après l'accouchement et la DPP par un score EPDS ≥13. Les modalités et la qualité de l'analgésie étudiées étaient : le type et l'efficacité de l'analgésie pour le travail, la satisfaction vis-à-vis de la prise en charge de la douleur, les soins irrespectueux perçus lors de la pose de péridurale et l'intensité douloureuse à l'expulsion. Les analyses ont utilisé des régressions de Poisson à variance robuste, avec prise en compte de l'effet centre et pondération pour l'attrition.

Résultats : Parmi les 5 912 femmes incluses, 8,0 % rapportaient un mauvais vécu de l'accouchement et 16,4 % des symptômes de DPP. Le mauvais vécu était associé à l'insatisfaction vis-à-vis de la prise en charge de la douleur (aRR 6,6 ; IC95 % [5,1–8,5]), une péridurale inefficace (4,5 [3,3–6,2]), des soins irrespectueux à la pose (aRR 2,9 ; [2,2–3,8]) et une douleur intense à l'expulsion (2,8 [2,3–3,5]). La DPP était uniquement associée aux soins irrespectueux à la pose (1,3 [1,0–1,7]).

Conclusion : Il serait pertinent d'étudier l'impact de stratégies visant à améliorer la qualité et l'efficacité de l'analgésie péridurale sur la réduction de l'incidence du mauvais vécu de l'accouchement.

POSTER - P48

Denis GALLOT[1],

Marion Rouzaire[1], Alexia Triolaire[1], Bruno Pereira[1], Marie De Antonio[1], Damien Bouvier[1], Vincent Sapin[1], Loic Blanchon[2], Fanny Petillon[1]

1. CHU Clermont-Ferrand
2. Université d'Auvergne Clermont

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

Contexte 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.

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).

Résultats : 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 réalisé 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.

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 - P49

Rima SADOUNI,

Chahinez Dahmoun, Sid Ahmed Chalah

Service de Néonatologie CHU Tizi Ouzou

Enquête sur la détresse respiratoire néonatale au CHU de Tizi Ouzou

Introduction : La détresse respiratoire (DR) néonatale est une pathologie fréquente, responsable d'une morbi-mortalité importante.

Matériels et méthodes : Afin d'analyser la DR et sa prise en charge (PEC) au sein du service de néonatologie au CHU de Tizi Ouzou ; une étude cohorte rétrospective a été faite, sur l'année 2024 incluant tous les N-nés hospitalisés et ayant faits une DR précoce (<7 jours).

Résultats : Sur les 958 N-nés hospitalisés, 215 ont présenté une DR précoce avec une incidence de 22.4%. Une prédominance masculine a été notée (sexe ratio = 1.87).
Les mères avaient des antécédents pathologiques dans 65% des cas, dominés par le diabète (43%).
La prématurité représentait 47% des cas et l'hypotrophie (PN< 2500g) 35% des cas.
La corticothérapie anténatale était indiquée chez 47 malades et a été reçue chez 61.70%.
L'antibioprophylaxie per-partum a été reçue de manière adaptée que dans 11% des cas.
L'oxygénation a concerné 90% des patients, dominée par la nCPAP dans 81% des cas. Une antibiothérapie a été instaurée dans 96% des cas.
La mortalité respiratoire était de l'ordre de 20.47%. Les causes de décès sont dominées par l'INBP (38.6%), MMH (34.09%) et les infections liées aux soins à 09%.

Conclusion : La mortalité néonatale imputable à la détresse respiratoire précoce dans notre service reste élevée, dominée par des causes évitables imposant une amélioration de la prise en charge et surtout de la prévention.

POSTER - P50

Nancy UCIMA AKELO,

Camille Dollat, Déborah Planchenault, Marco Millones Gonzales, Naima Mihoubi, Mathilde Letouzey, Laurence Foix, Clément Chollat

Service de néonatologie bi-site Trousseau Pitié-Salpêtrière

Réanimation néonatale en salle de naissance : les professionnels savent-ils où trouver le matériel ?

Introduction : La réanimation néonatale en salle de naissance nécessite une prise en charge interprofessionnelle rapide et coordonnée. Son efficacité repose non seulement sur les compétences des professionnels, mais également sur leur connaissance de l'environnement de soins, notamment la localisation des équipements nécessaires à la prise en charge des urgences néonatales. L'objectif de cette étude était d'évaluer la connaissance de l'emplacement du matériel de réanimation néonatale par les professionnels travaillant en salle de naissance.

Méthodes : Une étude descriptive transversale a été menée entre avril et mai 2026 dans une maternité de type IIa. Tous les professionnels susceptibles d'intervenir lors d'une réanimation néonatale ont été invités à répondre à un questionnaire anonyme standardisé diffusé par courrier électronique. À partir d'une cartographie photographique de la salle de naissance, les participants devaient identifier l'emplacement de 13 équipements nécessaires à la réanimation néonatale. Le critère de jugement principal était le pourcentage de réponses correctes.

Résultats : Le taux de réponse était de 61.5 % (56/91), 66,6 % des réponses étaient correctes. Les équipements les mieux localisés étaient le dispositif de monitorage (96,4 %), la sonde d'aspiration (91,0 %) et la feuille de traçabilité (83,9 %). À l'inverse, le kit de perfusion périphérique (30,3 %), le circuit du respirateur (33,9 %), le harnais de ventilation non invasive (39,2 %) et le sac en polyéthylène (53,3 %) étaient les moins bien identifiés. Les sage -femmes obtenaient les meilleurs résultats (84,6 %), devant les pédiatres (69,2 %), les personnels paramédicaux (62,1 %), et les obstétriciens (25,0 %).

Conclusion : La connaissance de l'environnement de réanimation néonatale apparaît globalement satisfaisante mais demeure hétérogène selon les professions et les équipements. Ces résultats identifient plusieurs axes d'amélioration potentiels, notamment concernant le repérage du matériel de ventilation avancée et de perfusion, qui pourraient être ciblés par des mesures organisationnelles et pédagogiques.

POSTER - P51

Yassir RAMJAUN,

Elsa Gottardi

Univeristé Paris Est Créteil

Facteurs prédictifs de macrosomie fœtale en cas de diabète gestationnel

Objectif : Rechercher les facteurs associés à la macrosomie fœtale chez les patientes atteintes de diabète gestationnel (DG).

Méthodes : Étude rétrospective monocentrique chez des patientes atteintes de DG dépisté par une glycémie à jeun au premier trimestre ou un test d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée selon les critères de l'OMS. L'objectif principal était de rechercher les facteurs prédictifs de macrosomie fœtale définie par un poids de naissance >90e percentile. L'objectif secondaire était d'évaluer les facteurs associés à la morbidité néonatale immédiate à partir d'un critère composite (macrosomie fœtale, l'admission en réanimation néonatale ou en unité de surveillance continu, l'hypoglycémie néonatale, la dystocie des épaules, un score d'APGAR < 7 à 5 min et un pH artériel au cordon <7,10 à la naissance).

Résultats : Notre étude a inclus 1000 patientes, 489 avec diagnostic précoce, 441 avec diagnostic par HGPO et 70 par autre méthode. Nos analyses ont montré que l'indice de masse corporelle (IMC) >40 kg/m2 en début de grossesse et la prise de poids >10kg sont associés au risque de macrosomie fœtale >90ème percentile en cas de DG. Il n'y a pas d'association entre macrosomie et mode de diagnostic de DG (précoce ou selon HGPO), l'âge maternel et les doses d'insuline lente et rapide au moment de l'accouchement. Il existe une association entre le critère composite de morbidité fœtale et l'IMC >35kg/m2 ainsi que la prise de poids >20kg.

Conclusion : Dans notre étude l'IMC en début de grossesse et la prise de poids >10kg sont associés au risque de macrosomie fœtale >90ème percentile quel que soit le mode de dépistage du DG.

POSTER - P52

Rozenn COLLIN

Maëlle Bernard

Ecole de sage femme de Nantes - Université de Nantes

Formation à la réanimation néonatale par la simulation : comparaison des modalités pédagogiques in situ et en centre

La réanimation néonatale est une situation rare et complexe. La formation des professionnels est essentielle, par la simulation en centre ou in situ, qui constitue un outil pédagogique majeur.

Ce travail compare la perception des professionnels formés à la réanimation néonatale selon ces deux modalités, en s'intéressant à la sécurité psychologique, à l'effet de l'interdisciplinarité, à l'efficacité pédagogique perçue, à l'influence du contexte pédagogique et à l'impact des formations. Une étude observationnelle descriptive transversale a été menée auprès de professionnels ayant participé aux deux modalités entre 2013 et 2025 (n = 68).

Les résultats montrent un niveau élevé de sécurité psychologique. Une appréhension plus importante est observée avant la formation en centre (p = 0,034), tandis que le stress reste modéré pendant les deux formations (centre : 4,06/7 ; in situ : 3,72/7). Le sentiment de sécurité demeure élevé dans les deux modalités. La formation multiprofessionnelle semble bénéfique, reproduisant les conditions réelles et renforçant le travail en équipe.

L'efficacité pédagogique perçue est importante. La progression personnelle et l'amélioration des compétences techniques sont similaires dans les deux modalités, tandis que les compétences non techniques progressent davantage en simulation in situ (p = 0,002).

Concernant l'influence du contexte de simulation, l'adaptation des objectifs aux besoins est perçue comme élevée (centre : 6,47/7 ; in situ : 6,66/7 ; p = 0,037). Le réalisme est supérieur en simulation in situ (p = 0,024), tandis que le rythme des formations et l'utilité du débriefing restent satisfaisants dans les deux modalités. Le sentiment d'amélioration des compétences est supérieur après la simulation in situ (p = 0,023), avec des changements plus marqués en maternité (p < 0,001).

Les simulations en centre et in situ sont complémentaires et constituent un levier essentiel pour améliorer les compétences et la qualité des soins en réanimation néonatale.

POSTER - P53

Marie GIRAULT[1],

Marie Girault[2], Anne-Isabelle Lecuyer[3,4], Thierry Perez[2], Lucile Godillon[3], Leslie Grammatico-Guillon[3,5], Emeline Laurent[3,4], Corinne Chevalier[2]

1. Réseau Grandir en Région Centre Val de Loire - CHRU Bretonneau Tours
2. Réseau Grandir en région Centre Val de Loire, pôle Santé Publique Prévention - CHRU de Tours, Tours, France
3. Unité d'Epidémiologie des Données cliniques en Centre-Val de Loire, pôle Santé Publique Prévention - CHRU de Tours, Tours, France
4. Equipe de Recherche EA7505 «Education, Ethique, Santé» - Université de Tours, Tours, France
5. Faculté de Médecine - Université de Tours, Tours, France

Le registre Grandir en Centre-Val de Loire pour les nouveau-nés vulnérables - création, maintien et évolution sur 10 ans

Introduction : Le réseau Grandir en région Centre-Val de Loire (CVL), missionné par l'Agence Régionale de Santé, porte depuis 2015 un registre de suivi des nouveau-nés vulnérables, à haut risque de troubles neuro-développementaux. L'objectif était de décrire le déploiement du registre, puis son évolution et maintien sur 10 ans.

Méthodes : Le registre (logiciel Integralis®, Datacend) contient des données d'hospitalisation et de suivi à 3, 9, 12, 18 mois, 2 ans, puis annuellement jusqu'aux 7 ans des enfants à haut risque de troubles neuro-développementaux et domiciliés en CVL. Ce registre permet un publipostage pour chaque consultation, auquel ont été ajoutées des relances semi-automatiques aux parents, aux médecins, et des sollicitations aux secrétariats médicaux ; complétées par des appels du réseau. Un contrôle qualité des saisies est effectué au fil de l'eau par le réseau, ainsi qu'annuellement pour l'analyse épidémiologique : correction des incohérences et données manquantes.

Résultats : Au 31/12/2025, 2783 enfants étaient inclus, dont 1605 en file active, suivis par 90 médecins référents. Parmi les enfants ayant atteint l'âge requis pour le suivi, 83% (1590/1916), 82% (820/996) et 83% (409/495) étaient revus à 2, 5 et 7 ans, respectivement. Sur 10 ans, 23,4% des enfants (n=651) étaient sortis du suivi, principalement pour déménagement avant 2 ans (48,4%, 118/244) et majoritairement perdus de vue au-delà (41,3%, 168/407).

Discussion/Conclusion : Après dix années d'activité, le réseau Grandir en région CVL montre la faisabilité d'un suivi prolongé des nouveau-nés vulnérables. Le maintien et l'évolution du registre nécessite une forte implication du réseau Grandir, en lien avec les professionnels de terrain, les parents et l'équipe d'analyse des données. Cette implication est indispensable pour un suivi prolongé des nouveau-nés vulnérables, surtout pour les plus éloignés du système de santé.

POSTER - P54

Cathy HAUVILLE,

Henri Bruel, Lisa Lecomte, Julie Ba, Elodie Volf, Morgane Pillon, Mélanie Lemaitre

Groupe Hospitalier du Havre Pédiatrie néonatale

Autonomisation alimentaire du prématuré allaité : mise en place d'un protocole

Contexte : L'équipe soignante rencontrait régulièrement des difficultés dans la prise en charge des bébés allaités. L'autonomisation de ces bébés étaient parfois I difficiles, avec des problèmes de stagnation du poids, le manque d'éveil du bébé pendant la mise au sein, la succion non efficace. La patience de certaines mamans étaient mises à rude épreuve, pouvant conduire dans certains cas à l'arrêt de l'allaitement

Objectifs : L'équipe soignante avait besoin d'un outil permettant de facilité et promouvoir allaitement, d'harmoniser les pratiques, de favoriser l'éveil du bébé et d'impliquer les parents, sans les stresser, tout cela pour augmenter le taux d'allaitement à la sortie.

Méthodes : Avec le groupe « allaitement », nous voulions créer un outil permettant de répondre à tous ces items. Nous avons créé un tableau découpé en 3 étapes conduisant le bébé à l'autonomisation alimentaire. Des évaluations régulières basées sur l'observation du comportement du bébé et sa prise de poids y ont été précisées. Selon la prise de poids, le passage à l'étape suivante est établi. A contrario, si le bébé stagne ou perd du poids, des actions sont proposées pour permettre à l'enfant d'évoluer à son rythme. Le démarrage de l'étape 1 a lieu selon certains critères observés chez l'enfant (type « fleur de lait »). Cette étape comporte les doubles pesées. Dès que le bébé boit 1/3 de sa ration journalière au sein pendant 48 heures, on passe à l'étape 2. Cette 2ème étape permet l'arrêt des doubles pesées. Si au bout de 48 heures le poids de l'enfant augmente, les compléments sont arrêtés. L'allaitement se poursuit donc à la demande.
Nous avons proposé à nos collègues une période d'essai de cette méthode pour expérimenter cet outil.

Résultats et conclusion : Les mamans ont toutes trouvées un bénéfice. En effet, on a constaté que l'autonomisation au sein se faisait plus rapidement pour le bébé et les mères se décourageaient moins. Se sentant plus actrices de leur allaitement, elles se sont montrées plus enthousiastes. Un raccourcissement de la période d'autonomisation a été constaté, avec plus d'allaitements à la sortie, et également pour certains enfants, un temps d'hospitalisation raccourci. Des statistiques établies suite à cette période d'essai ont donc montré des réponses adaptées aux objectifs de départ.
Un protocole a donc été écrit et adopté par l'ensemble du service et évolue avec le temps.

POSTER - P55

Catherine CRENN HEBERT[1],

Olivier Riviere[2], Françoise Vendittelli[3], Julien Simon[4], Charline Froitier[5], France Artzner[6]

1. AUDIPOG, CHU Louis Mourier, DSRP Perinat92
2. Université Claude Bernard Lyon 1
3. CHU Clermont Ferrand, DSRP AURA, Université Clermont-Ferrand Auvergne, CNRS, Institut Pascal
4. Coordinateur maison de naissance «Un Nid Pour Naitre», UMR 1319 Inserm INSPIIRE, Université de Lorraine
5. Représentante des usagers, pilote de la commission scientifique du Collectif des maisons de naissances françaises
6. Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance (CIANE)

Maisons de naissance en France : indicateurs pour évaluation d'après la base de données nationale de l'AUDIPOG (Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie)

Contexte : Les maisons de naissance (MDN) sont autorisées en France depuis 2021, dans la suite d'une expérimentation suivant le cahier des charges de la Haute autorité de santé (HAS). Une évaluation de la qualité des soins a été réalisée sur les données 2018-2019 d'après des indicateurs de pratiques et de résultats. La HAS a conclu, en 2026, à la nécessité de disposer d'une base de données plus complète pour élaborer des recommandations de bonne pratique sur les critères d'éligibilité et les indications de transfert.

Objectif : Décrire les données maternelles et néonatales en Maison de naissance (MDN).

Méthode : Les MDN participent annuellement à la base de données AUDIPOG (Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique, gynécologie). En retour chaque MDN reçoit un tableau de bord annuel de 75 indicateurs comportant une liste détaillée des indications de transferts, à intégrer à son rapport d'activité destiné à chaque ARS concernée et à la DGOS (Direction générale de l'offre de soins). Le tableau de bord annuel agrégé des données nationales de l'ensemble des MDN est également envoyé à chaque MDN. Le masque informatique de saisie fourni gracieusement par AUDIPOG est mis à jour régulièrement pour faciliter la saisie de ces indicateurs de recrutement, de pratiques et de résultats.

Résultats : En 2025, les 9 MDN autorisées ont participé à la base nationale (en cours d'analyse). Pour 2018-2024, elle comportait 7044 femmes inscrites, 4340 naissances, les taux par rapport aux femmes inscrites sont de 23% de réorientations en prépartum, 15% de transferts en perpartum et 6% de transfert en postpartum.

Conclusion : Ce registre permet à chaque MDN de mettre en place un programme d'actions d'amélioration de ses pratiques et résultats après évaluation comparative avec les données de l'ensemble des MDN (benchmarking).

POSTER - P56

Leila JALLOULI[1],

Anne Cordesse[2], Loriane Franchinard[3], Oriane Mercati[4], Lucile Petermann[5], Mathilde Letouzey[6], Anaïs Renault[5], Sana Mahdoui[5]

1. Hôpital Armand Trousseau
2. Service de gastroentérologie et nutrition pédiatrique Hôpital Trousseau
3. Service de Médecine Fœtale, Hôpital Armand-Trousseau, AP-HP, Médecine Sorbonne Université, Paris, France
4. Service de génétique médicale, Hôpital Armand Trousseau
5. Service de néonatologie, Hôpital Armand Trousseau
6. Service de néonatologie, Hôpital Armand Trousseau, Sorbonne université

Diarrhée congénitale: A propos de deux cas de la vie intra utérine à la prise en charge néonatale

Contexte : La diarrhée chlorée congénitale et l'atrophie microvillositaire sont deux maladies génétiques rares, à transmission autosomique récessive. Elles sont caractérisées par une diarrhée aqueuse avec perte d'électrolytes dans les selles.

Objectifs : Nous rapportons ici deux cas observés dans un centre périnatal de type III Parisien.

Résultats : Patient1 : Fille née au terme de 31SA, PN : 2050 gr, d'une grossesse gémellaire, chez un couple consanguin. A l'échographie T2, découverte d'une dilatation digestive diffuse avec hydramnios sans autre anomalie morphologique. Elle a présenté une diarrhée abondante avec pertes liquidiennes de 140ml/kg/j associée à une perte pondérale de 10% à J1 de vie. Le chlorure dans les selles était élevé à 137mmol/L et la mutation homozygote du gène SLC26A3 a permis la confirmation du diagnostic.
La prise en charge a comporté une supplémentation en NaCl à 8Meq/kg/j en nutrition parentérale puis entérale. La reprise pondérale était satisfaisante dès J12 de vie.
L'enfant est sortie à J67 de vie (41SA, poids 4120g).
Patient2 : Garçon né au terme de 35SA. L'échographie T3 retrouvait une dilatation recto-colique et un hydramnios. Les explorations anténatales ont montré : des enzymes digestives normales, un caryotype normal, ACPA sans déséquilibre, la PCR-CMV et la recherche de mucoviscidose étaient négatives. A la naissance, l'enfant a présenté une diarrhée aqueuse persistante au repos digestif compliquée d'un état de choc hypovolémique. Une perte pondérale de 19% à J2 de vie. L'ionogramme des selles a montré Na à 125 mmol/L en faveur d'une diarrhée sodée. L'examen anatomo-pathologique des biopsies duodénales était compatible avec une Maladie des inclusions micro-villositaires. L'analyse génétique a mis en évidence deux variants pathogènes du gène UNC45A. Le patient a été mis sous nutrition parentérale exclusive à domicile.

Conclusion : Les diarrhées congénitales sont de diagnostic difficile et doivent être évoquées dès la période anténatale pour adapter la prise en charge néonatale.

POSTER - P57

Malika BENBOUABDELLAH,

Nassima Makhloufi, Fatiha Horr, Mohammed Alik, Ferroudja Djeghali, Nadia Ghamnia, Sekoura Ait Mouloud, Bouchra Brixi Sid, Fouzia Saadallah, Amel Dahmani, Boumedien Abbes, Lahouaria Cheriet

EHS Nouar Fadela

Syndrome MKKS : quand le pelvis du nouveau-né cache un diagnostic génétique

Introduction : Le syndrome de McKusick-Kaufman (MKKS) représente un défis diagnostic majeur en néonatalogie en raison de sa triade malformative évocatrice (hydrometrocolpos kystique, polydactylie post-axiale et cardiopathie congénitale) . Cette entité génétique rare estimée à moins d'un cas par million de transmission autosomique récessive (MKKS 20q13.2), se manifeste dès la période néonatale par une masse pelvienne compressive souvent découverte en post-natale. Ce syndrome partage exactement le même gène défectueux avec le syndrome de Bardet-Biedl (BBS6) mais l'expression phénotypique diverge radicalement.

Observation : Nous rapportons le cas d'un nouveau-né, né par voie basse à 37 SA et 2 jours. L'échographie anténatale à 33 SA a révélé un syndrome poly-malformatif avec méga-vessie. A la naissance le nouveau-né présentait un œdème des membres inférieurs remontant jusqu'aux sièges avec distension abdominale associé à la présence d'un orteil surnuméraire.. L'échographie abdomino-pelvienne objectivait un hydrométrocolpos responsable d'une urétéro-hydronéphrose bilatérale compressive . L' IRM a confirmé l'hydrométrocolpos. Une chirurgie d'évacuation de l'hydrométrocolpos a été réalisée sans complication.

Conclusion : Le syndrome MKKS constitue une urgence néonatale d'origine génétique. Le piège diagnostic est une classification hâtive en BBS6. Une discrimination phénotypique basée sur l'examen clinique neonatal et l'échographie pelvienne permet de dicter rapidement la stratégie thérapeutique basée sur le drainage pelvien en attendant le séquençage du gène MKKS.

POSTER - P58

Malika BENBOUABDELLAH,

Nassima Makhloufi, Ferroudja Djeghali, Sekoura Ait Mouloud, Ghamnia Nadia, Brixi sid Bouchra, Saadallah Fouzia, Dahmani Amel, Abbes Boumedien, Cheriet Lahouaria

EHS Nouar Fadela

Apport de la Numération Formule Sanguine et de la Protéine C-Réactive dans le diagnostic de l'Infection Néonatale Bactérienne Précoce : Expérience de l'EHS Nouar Fadéla d'Oran

Introduction : L'infection néonatale bactérienne précoce (INBP) reste un défi diagnostique majeur en néonatologie. En Algérie, dans guide national (2023) la numération formule sanguine (NFS) et la protéine C-réactive (CRP) sont utilisés dans gestion de l'antibiothérapie chez les nouveau-nés symptomatique.

L'objectif de ce travail était d'analyser les modifications des paramètres de la NFS et du titrage séquentiel de la CRP chez les nouveau-nés présentant une suspicion clinique d'INBP.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude descriptive transversale à visée analytique, menée sur une période de 3 ans (1er septembre 2020 au 30 septembre 2023) au niveau de l'EHS Nouar Fadéla d'Oran. Ont été inclus tous les nouveau-nés symptomatiques hospitalisés pour suspicion d'INBP, âgés de 34 semaines d'aménorrhée (SA) ou plus. Tous ont bénéficié d'une NFS et d'un dosage séquentiel de la CRP.

Résultats : Sur un total de 3410 hospitalisations , cinq cents (500) nouveau-nés étaient suspect d'INBP (14,6%). L'anémie était l'anomalie hématologique la plus fréquente (38,8%) suivie par l'hyperleucocytose (24,7%) et la thrombopénie (3,6%) chez les nouveau-nés infectés. Un lien significatif était objectivé entre ces anomalies et l'INBP (p=0,019, p=0,001, p=0,015). La leucopénie (6,5%) n'était pas significativement liée à l'INBP (p=0,069). La CRP mesurée à l'admission était positive chez 90% des nouveau-nés infectés (P<0,001).La positivité était de 88,6% pour le groupe infection certaine (IC) (P<0,001). Entre H48 et H72, elle restait positive chez 27,6% des nouveau-nés infectés contre seulement 0,6% des non-infectés (P<0,001). L'INBP a été prouvée par prélèvements bactériologiques dans 7% des cas.

Conclusion : Bien qu'aucun biomarqueur ne soit parfait à lui seul, notre étude confirme l'excellente valeur prédictive d'une CRP positive et l'intérêt des cinétiques séquentielles. Associées aux anomalies spécifiques de la NFS (anémie, hyperleucocytose, thrombopénie), ces données biologiques soutiennent l'application des algorithmes décisionnels nationaux pour optimiser la prise en charge et le bon usage des antibiotiques en période néonatale.

POSTER - P59

Camille BOYER[1],

Benjamin Birene[1], Olivier Graesslin[1], Nathan Begusic[2]

1. CHU Reims
2. CMCO

Facteurs de risque de récidive de la cholestase gravidique : une étude rétrospective dans deux centres français

Contexte : La cholestase gravidique est une complication fréquente de la grossesse pouvant avoir des conséquences foetales graves. L'antécédent personnel de cholestase gravidique est un facteur de risque majeur de récidive lors des grossesses ultérieures, avec un risque de récidive entre 40 et 90%. Cependant la récidive a été peu étudiée et les patientes à haut risque ne sont pas clairement identifiables.

Objectif : Cette étude a pour but d'estimer le taux de récidive de la cholestase gravidique dans la population française et d'identifier les principaux facteurs de risque de récidive.
Méthodes : Nous avons réalisé une étude multicentrique rétrospective incluant sur quinze ans toutes les grossesses des patientes ayant un antécédent de cholestase gravidique. Une analyse multivariée a pu être réalisée.

Résultats : 287 grossesses ont été analysées, parmi lesquelles il y a eu 49,8% de récidive de cholestase gravidique. Les patientes avec un antécédent de cholestase gravidique sévère (acides biliaires > 100micromol/L et/ou mort foetale) avait quatre fois plus de risque de récidive.

Conclusion : Les patientes avec un antécédent de cholestase gravidique sévère devraient être surveillées plus étroitement lors des grossesses ultérieures. D'autres facteurs de risque de plus faible incidence pourraient être identifiés dans une plus grosse cohorte.

POSTER - P60

Aurore DOYON[1],

Sophie Baumann[1,2]

1. Saint Quentin en Yvelines
2. Directrice de mémoire et du département de maïeutique

De l'imaginaire a la réalite : le choix d'allaitement exclusif en anténatal mis à l'épreuve dans le post partum

Contexte : L'allaitement maternel étant le fruit intrinsèque du corps féminin, la diversité internationale des pratiques reflète donc l'existence de facteurs externes influençant le choix d'allaiter ainsi que d'éventuels obstacles rencontrés après la naissance.

Objectifs : Cette étude explore les raisons pour lesquelles les femmes ayant projeté un allaitement maternel exclusif en anténatale ne maintiennent pas toujours ce projet après la naissance. Nous avons donc cherché à comprendre les écarts entre l'imaginaire anténatal et la réalité du post partum en identifiant les facteurs ayant influencé la poursuite ou l'abandon de ce projet.

Méthode : Nous avons mis en place une étude qualitative par des entretiens semi-directifs auprès de vingt femmes primipares ayant projeté un allaitement exclusif en anténatal. Deux groupes ont été constitués : huit femmes qui ont maintenu un allaitement exclusif et douze qui ont, à un moment donné, introduit du lait artificiel. Ces entretiens ont exploré les sources d'information prénatale, les motivations et limites anticipées, ainsi que l'accompagnement per et post natal dont ont bénéficié les femmes. Une analyse de contenu thématique croisée a permis d'identifier des thématiques récurrentes.

Résultats : Si les sources d'information en anténatal (professionnels de santé, médias, entourage) sont similaires entres les groupes, les femmes ont exprimés des ressentis différents sur l'accompagnement en postnatal. Les discours incohérents ou perçus comme pressants ont pu fragiliser leur projet initial, tandis qu'un accompagnement individualisé et bienveillant semble avoir favoriser sa poursuite.

Conclusion : Nos résultats ont mis en avant le rôle déterminant de la confiance maternelle dans la réussite de l'allaitement exclusif. Bien qu'il ne soit pas possible de généraliser nos résultats au vu de l'échantillon limité, cette étude suggère que l'accompagnement des professionnels de santé pourrait renforcer cette confiance par de l'information et un soutien adaptés aux besoins exprimés par les mères.

POSTER - P61

Sébastien RIQUET[1],

Mehrnoosh Yazdanbakhsh[2], Annabelle Tenenbaum[1]

1. LEPS UR 3412, USPN
2. DUM, Sorbonne Universté

Proposition d'une intervention éducative pluriprofessionnelle en santé orale pour les femmes enceintes et les co-parents

Introduction : les pathologies bucco-dentaires sont le résultat d'interactions complexes entre déterminants individuels et collectifs et source d'inégalités sociales de santé orale. La santé orale des enfants est fortement corrélée aux connaissances, attitudes, pratiques en santé des mères pendant leur grossesse. Un mauvais état de santé orale de la femme enceinte est associé à des évènements d'issues de grossesse défavorables. Améliorer la santé orale de la mère et de l'enfant suppose une action dès la période des 1000 premiers jours. Notre recherche a pour objectif d'accompagner les professionnels de santé dans la délivrance de messages de prévention en santé orale pendant le suivi de la grossesse.

Méthodes et résultats : une première étude par consensus (méthode DELPHI) avec 21 experts professionnels de santé a permis d'identifier des compétences à acquérir par la femme/co-parent pour maintenir ou améliorer sa propre santé orale et celle de son enfant à venir en s'appuyant sur une analyse narrative de la littérature de 40 recommandations nationales et internationales en santé orale durant la grossesse à l'attention des professionnels de santé ou pour les femmes enceintes. Un référentiel a été élaboré en préparation d'une éducation à la santé orale périnatale. Une deuxième étude par focus groupes auprès de 12 sage-femmes (libérales, hospitalières, enseignantes, de PMI) a permis d'identifier une stratégie éducative à trois niveaux d'actions à destination des femmes enceintes/co-parents.

Conclusion : L'intervention éducative en santé orale que nous proposons est une approche innovante car co-construite avec les acteurs et réfléchie en pluriprofessionnalité. Elle a été pensée pour pouvoir s'intégrer à la pratique des professionnels de la périnatalité (sage-femmes, médecins généralistes, chirurgiens-dentistes) pour répondre aux besoins des femmes enceintes/co-parents dans le parcours de grossesse tout en prenant en compte le niveau de littératie pour lequel un outil pédagogique est en cours d'élaboration.

POSTER - P62

Lahouaria CHERIET,

Sekoura Ait Mouloud, Farroudja Djeghali, Nassima Makhloufi, Fouzia Saadallah, Bouchra Brikci sid, Boumedienne Abbes, Amel Dahmani, Sabrine Djarir, Tarek Abdelaziz Souafi, Nadia Ghamnia, Malika Benbouabdellah

EHS Nouar Fadela

Profil des nouveau-nés prématurés hospitalisés dans un service de néonatalogie.

Introduction : La prématurité demeure un problème majeur de santé publique et l'une des principales causes de morbi-mortalité néonatale dans le monde, principalement en raison de l'immaturité pulmonaire liée au déficit en surfactant, responsable de la maladie des membranes hyalines.

Objectif : Cette étude a pour objectif d'analyser le profil épidémiologique des nouveau-nés prématurés hospitalisés ainsi que celui de leurs mères.

Matériel et Méthode : Étude rétrospective mono centrique portant sur 255 dossiers de nouveau-nés prématurés (22 à 36 SA + 6 jours) hospitalisés entre le 1er janvier et le 31 décembre 2024. Les prématurés non hospitalisés ou transférés d'autres structures ont été exclus. Des données maternelles (âge, antécédents, suivi de grossesse, corticothérapie anténatale, voie d'accouchement) et néonatales (terme, sexe, poids de naissance, score d'Apgar, motif d'hospitalisation, prise en charge respiratoire, étiologie de la détresse respiratoire et évolution) ont été analysées.

Résultats : Parmi 4737 naissances vivantes, 1150 nouveau-nés (24%) ont été hospitalisés, dont 255 prématurés (22 %). L'âge moyen des mères était de 30 ans. La majorité était sans profession (219 cas). On note dans les antécédents : 29 % d'avortements, 6% de MIU, 13% d'HTA gravidique, 7% de diabète, absence de suivi prénatal dans 52% et corticothérapie anténatale reçue que dans 27% des cas. La voie haute prédominait (69%).
Concernant les prématurés : 55 étaient des grands prématurés (28–32 SA), sex-ratio de 1,5. Vingt-huit pour cent avaient un poids entre 1000 et 1500g. La détresse respiratoire représentait la principale cause d'hospitalisation (69%), suivie de l'ictère (10%). Quarante-six nouveau-nés ont été placés sous CPAP, et 17 ont reçu du surfactant. Les étiologies dominantes de la détresse respiratoire étaient la tachypnée transitoire (31%), la MMH (29%) et l'infection (14%). On déplore 28% de décès

Conclusion : La prématurité demeure une cause majeure de morbi-mortalité néonatale, soulignant l'importance d'un suivi prénatal rigoureux et d'une meilleure prévention des grossesses à risque.

POSTER - P63

Alice BABOEUF,

Julie Blanc, Manon Marquet, Claude d'Ercole, Hélène Heckenroth

Maternité de l'hôpital Nord de Marseille (Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille), Aix-Marseille Université

Déclenchement du travail : évaluation de l'efficacité de la mise en place d'un protocole standardisé avec maturation cervicale première par sonde à ballonnet.

Contexte : Dans le cadre du déclenchement du travail, un protocole standardisé avec maturation cervicale par sonde à ballonnet en première intention pourrait améliorer son efficacité, son vécu et l'organisation des soins.

Objectifs : Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'impact d'un tel protocole sur le taux d'accouchement par voie basse dans les 24 heures et la satisfaction maternelle.

Méthodes : Une étude rétrospective avant/après a été menée dans une maternité française de type 3. La période « Avant » (novembre 2023–avril 2024), était comparée à la période « Après » (novembre 2024–avril 2025) la mise en place du protocole, en novembre 2024. Les patientes majeures présentant une grossesse monofoetale à terme en présentation céphalique nécessitant une maturation cervicale étaient incluses. Le critère de jugement principal était le taux d'accouchement par voie basse dans les 24 heures. La satisfaction maternelle était évaluée pour la période « Après » par le questionnaire EXIT.

Résultats : 402 patientes ont été incluses : 197 « Avant », 205 « Après ». Aucune différence significative n'était retrouvée concernant le taux d'accouchement par voie basse dans les 24 heures. Les taux de césarienne, complications maternelles et issues néonatales défavorables n'étaient pas statistiquement différents. Les poses d'analgésie péridurale la nuit étaient significativement moins fréquentes dans le groupe « Après » (35,6 % vs 46,2 %, p = 0,008). La satisfaction maternelle était globalement élevée (77,4 %).

Conclusion : La mise en place d'un protocole standardisé de maturation cervicale par sonde à ballonnet n'était pas associée à un taux supérieur d'accouchement par voie basse dans les 24 heures. Cependant, ce protocole pourrait présenter un intérêt organisationnel en réduisant les poses d'analgésie péridurale la nuit. L'exploration des modalités de prise en charge des femmes ayant une indication de maturation cervicale mérite d'être poursuivie en intégrant systématiquement leur vécu.

POSTER - P64

François ANOUILH[1],

Laurine Abiven[2], Cléo Tourbot[2]

1. Faculté de Maïeutique de Brest - Université de Bretagne Occidentale
2. Univ Brest, Faculté de Maïeutique de Brest, Brest, France

Pratique du sondage évacuateur vésical en salle de naissance. Etude descriptive réalisée au CHU de Brest.

Contexte : La surveillance de la vidange vésicale fait partie du suivi habituel des femmes en travail. En présence d'une analgésie péridurale ou lorsque les mictions spontanées sont impossibles, le sondage évacuateur vésical (SEV) constitue un geste fréquent. Malgré son utilisation courante, peu de données décrivent ses modalités de réalisation et ses indications en salle de naissance, alors même qu'il pourrait être associé à une morbidité iatrogène, notamment infectieuse.

Objectif : Décrire la fréquence, les moments de réalisation lors du travail et les principales indications du recours au SEV chez les parturientes.

Méthodes : Étude descriptive monocentrique menée à la maternité du CHU de Brest. Ont été incluses l'ensemble des patientes ayant présenté un travail spontané ou déclenché entre le 1er mai et le 1er juin 2025. Les données obstétricales ont été recueillies rétrospectivement à partir des dossiers médicaux.

Résultats : Parmi les 143 parturientes incluses, le nombre moyen de SEV réalisés au cours du travail était de 1,1 par patiente (min-max : 0-5). Les sondages étaient effectués de façon très majoritaire chez les femmes bénéficiant d'une analgésie péridurale. Les intervalles entre deux sondages étaient le plus souvent compris entre 2 h 30 et 3 h 30, suggérant une pratique s'inscrivant dans la dynamique attendue du remplissage vésical pendant le travail. Le recours au SEV était principalement observé dans des situations nécessitant une optimisation des conditions obstétricales, notamment en présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (42,3 %) ou d'une absence de progression fœtale (31,6 %). Aucun épisode d'infection urinaire maternelle en postpartum n'a été identifié dans la population étudiée.

Conclusion : Le SEV constitue une pratique courante en salle de naissance, mais demeure insuffisamment évaluée. Ces résultats soulignent la nécessité de mieux définir ses indications et sa fréquence de réalisation, en tenant compte de la physiologie vésicale, du contexte obstétrical et des risques iatrogènes potentiels.

INTERVENANTS

Mme Cécile Albouy, *Sage-Femme - Nice*
Mme Catherine Ambroise, *Psychomotricienne au CAMSP - Blois*
Dr Olivia Anselem, *Gynécologue Obstétricienne, Paris*
Dr Marie Arnal, *Psychiatre - Colombes*
Dr Fanny Autret, *Pédiatre - Paris*
Pr Elie Azria, *Gynécologue Obstétricien - Paris*
Dr Tiphaine Barjat, *Gynécologue Obstétricienne - Saint-Étienne*
Dr Romain Basmaci, *Pédiatre - Paris*
Mme Marie-Carole Baude, *Sage-Femme Cadre Coordonnatrice DSRP - Centre-Val de Loire*
Dr Léa Bédouet, *Gynécologue Obstétricienne, Coordinatrice Réseau Périnat Centre Val de Loire - Blois*
Dr Joëlle Belaisch-Allart, *Gynécologue Obstétricienne - Saint-Cloud*
Pr Paul Berveiller, *Gynécologue Obstétricien - Poissy*
Pr Julie Blanc, *Gynécologue Obstétricienne - Marseille*
Mme Pauline Blanc-Petitjean, *Sage-Femme - Rennes*
Dr Pascal Boileau, *Pédiatre - Poissy*
Dr Laure Boissel, *Pédopsychiatre - Amiens*
Dr Laura Boivin, *Gynécologue Obstétricienne - Tours*
Pr Marie-Pierre Bonnet, *Anesthésiste Réanimateur - Paris*
Mme Cécile Boulaire, *Chercheuse en Littérature - Tours*
Dr Camille Bréhin, *Pédiatre - Toulouse*
Dr Caroline Brisson, *Gynécologue Obstétricienne - Tours*
Dr Henri Bruel, *Pédiatre néonatologue - Le Havre*
Pr Gilles Cambonie, *Pédiatre - Montpellier*
Mme Corinne Chanal, *Sage-Femme, CHU Montpellier et Réseau Périnatalité Occitanie, présidente du GEGA*
Pr Marie Chevallier, *Pédiatre - Grenoble*
Dr Julien Cirier, *Gynécologue Obstétricien - Bourges*
Mme Rozenn Collin, *Sage-Femme - Nantes*
Dr Clémence Couturier, *Psychiatre - Tours*
Mme Carine Da Silva, *Cadre Sage-Femme - Tours,*
Mme Emmanuelle Dalaudier, *Sage-Femme, Coordinatrice Réseau Périnat Centre Val de Loire - Tours*
Dr Anne Debost, *Médecin Santé Publique - Clermont-Ferrand*
Dr Clotilde des Robert, *Pédiatre Maternité et Néonatalogie, Hôpital de la Conception, AP-HM*

INTERVENANTS

Dr Romain Dugravier, *Pédopsychiatre - Paris*
Mme Anne Égo, *Médecin de Santé Publique - Grenoble*
Mme Anne Évrard, *Représentante CIANE - Lyon*
Dr Elise Fidry, *Docteure en Psychologie - Tours*
Pr Cyril Flamant, *Pédiatre, Néonatologue - Nantes*
Dr Claire Fleurier Jeannot, *Gynécologue Obstétricienne, Coordinatrice Réseau Périnat Centre Val de Loire - Blois*
Dr Denis Gallot, *Gynécologue Obstétricien - Clermont-Ferrand*
Dr Charles Garabedian, *Gynécologue Obstétricien - Lille*
Pr Géraldine Gascoin, *Pédiatre - Toulouse*
Mme Caroline Gaudier, *Sage-Femme - Tours*
Dr Adrien Gaudineau, *Gynécologue Obstétricien - Monaco*
Mme Marie Girault, *Infirmière Réseau suivi des enfants vulnérables - Région Centre Val de Loire*
Mme Martine Girard, *Psychomotricienne - Unité de néonatologie - Tours*
Mme Nathalie Gomez, *Association Grossesse Santé contre la pré-éclampsie*
Dr Bruno Grandbastien, *Médecin - Lausanne, Suisse*
Dr Paul Guerby, *Gynécologue Obstétricien - Toulouse*
Dr Georges Haddad, *Échographiste, Généticien - Blois, Tours*
Dr Sandra Hervé, *Médecin addictologue PH responsable d'unité au CSAPA 37*
Dr Silvia Iacobelli, *Pédiatre - La Réunion*
Mme Ariimihi Jamet, *Sage-Femme - Polynésie française*
Dr Isabelle Jordan, *Pédiatre - Lyon*
Dr Kristen Joseph-Delaffon, *Néonatologue - Tours*
Pr Gilles Kayem, *Gynécologue Obstétricien - Paris*
Pr Elsa Kermorvant, *Pédiatre - Paris*
Dr Lara Kerbellec, *Généticienne - Blois, Tours*
Dr Grégory Lailler, *Epidémiologiste, Saint-Maurice*
Mme Pascale Langy, *Sage-Femme Coordinatrice - Polynésie française*
Dr Agnès Le Gouez, *Anesthésiste Réanimateur - Paris*
Pr Camille Le Ray, *Gynécologue Obstétricienne - Paris*
Dr Edouard Lecarpentier, *Gynécologue Obstétricien - Paris*
Dr Margot Lestienne, *Pharmacienne assistante spécialiste, Centre d'Addictovigilance, service de pharmacologie médicale et toxicologie - Montpellier*
Dr Lola Loussert, *Gynécologue Obstétricienne - Toulouse*

INTERVENANTS

Dr Hugo Madar, *Gynécologue Obstétricien - Bordeaux*
Mme Lisa Manceau, *Interne - Lyon*
Dr Sandrine Marioli, *Pédiatre - Nice*
Dr Mario Merialdi, *Gynécologue Obstétricien - Suisse*
Pr Delphine Mitanchez, *Néonatologue - Tours*
Dr Ayoub Mitha, *Pédiatre - Tours*
Dr Nathalie Montjaux, *Néonatologue - Toulouse*
Dr Olivier Morel, *Gynécologue Obstétricien - Nancy*
Dr Emmanuelle Motte-Signoret, *Néonatologiste - Poissy*
Mme Maea Penilla Y Perella, *Sage-Femme - Polynésie française*
Dr Thierry Perez, *Pédiatre, Coordonnateur Réseau Périnat Centre Val de Loire - Chinon*
Pr Franck Perrotin, *Gynécologue Obstétricien - Tours*
Dr Jérôme Potin, *Gynécologue - Obstétricien Tours*
Mme Virginie Rio, *Co-fondatrice de l'association Collectif BAMP*
Dr Mathias Rossignol, *Anesthésiste Réanimateur - Paris*
Mme Lisa Rouet, *Psychologue, Coordinatrice Réseau Périnat Centre Val de Loire en charge de la commission médico psycho sociale - Tours*
Mme Anne Rousseau, *Sage-Femme - Paris*
Pr Jean-Christophe Rozé, *Pédiatre - Nantes*
Mme Cindy Saulnier, *Sage-Femme enseignante - Tours*
Dr Jeanne Sibiude, *Gynécologue Obstétricienne - Paris*
Dr Antoun Souhaid, *Gynécologue Obstétricien, Président du Réseau Périnat Centre Val de Loire - Chartres*
M. Frédéric Spinhirny, *Directeur des affaires médicales & Philosophe - Tours*
Dr Sophie Thionois, *Pédiatre - Tours*
Dr Rose-Marie Toubin, *Pédopsychiatre - Montpellier*
Pr Alain Treisser, *Gynécologue Obstétricien - Monaco*
Dr Vassilis Tsatsaris, *Gynécologue Obstétricien - Paris*
Mme Ieva Vaitkeviciute, *Doctorante en littérature - Tours*
Pr Sylvie Viaux Savelon, *Pédopsychiatre - Lyon*
Dr Sandrine Wavrant, *Gynécologue Obstétricienne - Montréal, Canada*

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Julie BLANC,
Gynécologue Obstétricienne - Marseille
Présidente du Comité Scientifique

Elie AZRIA
Gynécologue Obstétricien - Paris

Charles GARABEDIAN
Gynécologue Obstétricien, Lille

Paul BERVEILLER
Gynécologue Obstétricien - Poissy

Géraldine GASCOIN
Pédiatre - Toulouse

Pauline BLANC-PETITJEAN
Sage-Femme - Rennes

Silvia IACOBELLI
Pédiatre - La Réunion

Marie-Pierre BONNET
Anesthésiste Réanimateur - Paris

Camille LE RAY
Gynécologue Obstétricienne - Paris

Rozenn COLLIN
Sage-Femme - Nantes

Emmanuelle MOTTE-SIGNORET
Néonatologiste - Poissy

Romain DUGRAVIER
Pédopsychiatre - Paris

Mathias ROSSIGNOL
Anesthésiste Réanimateur - Paris

Anne ÉGO
Médecin de Santé Publique - Grenoble

Anne ROUSSEAU
Sage-Femme - Paris

BUREAU DE LA SFMP

PRÉSIDENTE
Delphine MITANCHEZ
Néonatologue
Tours

VICE-PRÉSIDENT
Damien SUBTIL
Gynécologue Obstétricien
Lille

SECRÉTAIRE GÉNÉRALE
Anne ÉGO
Médecin de Santé Publique
Grenoble

TRÉSORIÈRE
Geneviève CREUTZMEYER
Sage-Femme
Colmar

TRÉSORIER ADJOINT
Denis GALLOT
Gynécologue Obstétricien
Clermont-Ferrand

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE
Julie BLANC
Gynécologue Obstétricienne
Marseille

PAST PRÉSIDENT
Michel DREYFUS
Gynécologue Obstétricien
Caen

NOS PARTENAIRES

PARTENAIRE INSTITUTIONNEL

ars Agence Régionale de Santé Centre-Val de Loire

PARTENAIRES INDUSTRIELS

Pfizer
sanofi
mnhi. maternal newborn health innovations
DANONE ONE PLANET. ONE HEALTH
EUROCARE
GE HealthCare
H·A·C·Pharma
may.
Medicalem Parce que la Vie est précieuse
médipréma
neoventa A better start in life
Nestlé
ORGANON
VEA Visible, Efficace, Actif.

ASSOCIATIONS PARTENAIRES

FIMATHO Filière des maladies rares abdomino-thoraciques
Grossesse Santé contre la pré-éclampsie
ASSOCIATION spama

SOIRÉE DE GALA

Jeudi 15 Octobre • À partir de 20h00
Hôtel de Ville • Salle des Mariages

1-3 Rue des Minimes,
37000 Tours

sfmp
Société Française
de Médecine Périnatale

DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE PÉRINATALE