



RESUMES INTERVENTIONS

Matinée plurithématique

9h45 Indicateurs de santé périnatale Champagne-Ardenne et Grand-Est

Mme Béatrice CHRETIEN Coordinatrice RPCA

Les indicateurs de santé périnatale servent à évaluer les pratiques professionnelles, suivre l'activité d'un établissement, connaître les flux de patients, appréhender l'offre de soin dans sa globalité. Ils servent aussi à étudier certaines pathologies. La région Grand-Est nous ouvre des perspectives de comparaison sur un territoire certes disparate mais pour autant assez cohérent et pour le moins légitime.

Un Quiz permettra aux participants d'évaluer leur connaissance sur quelques indicateurs consolidés au niveau Champagne-Ardenne et Grand-Est.

10h10 L'IVG médicamenteuse en ville, complications, qu'en est-il ?

Dr Emilie Thery-Merland Médecin généraliste TAISSY

L'IVG médicamenteuse en ville en région GRAND-EST est peu développée comparativement aux autres régions. La principale crainte des libéraux est la peur de la gestion des complications. Via une étude réalisée en 2016, nous avons montré que moins de 4% des IVG médicamenteuses faites en ville nécessitaient une ré-intervention. Cette information est à diffuser pour lutter contre les craintes des professionnels au sujet de l'IVG en ville.

10h55 Pistes concrètes sur la prise en charge des femmes victimes de violences et leurs enfants

Mme Claire Wolker-Jarfaut Sage-femme coordinatrice, référente violences pôle femmes mère enfant CH de Troyes

- Présentation de la MIPROF
- Chiffres 2015 / Violences faites aux femmes en France
- Les formes de violences au sein du couple
- Les périodes à risques
- La stratégie de l'agresseur
- Conséquences neurobiologiques des violences
- Conséquences psycho-somatiques
- Conséquences gynéco-obstétricales
- Conséquences sur le fœtus
- Impact sur les enfants
- Repérage = questionnement systématique des patientes = Acte thérapeutique en soi
- Lutter contre les obstacles
- Quelques points de législation
- Orienter
- Numéro National : 39 19 + campagne d'affichages
- Sites internet
- Conclusion / Possibilité de formations à venir organisées par le réseau

11h30 Mieux prendre soin de soi pour mieux prendre soin des enfants en fin de vie : de la bientraitance de soi-même à la bientraitance des patients et des familles

Mme Muriel Derome psychologue clinicienne, psychothérapeute, Réanimation pédiatrique, SRPR et neuropédiatrie Hôpital R. Poincaré GARCHES

Nous rappellerons les risques que nous encourons tant sur le plan aussi bien personnel que professionnel **si nous ne prenons pas soin de nous**. Puis suggèrerons différentes **pistes de réflexion pour s'investir dans notre travail sans risquer de dépasser nos limites**. => Apprendre à se connaître et à respecter ses besoins, ses rythmes, son fonctionnement ...

=> Réfléchir sur notre lien à la mort à travers notre métier : est-ce que je cherche à contrôler ou lutter contre la souffrance et la mort ? Est que je cherche à réparer quelque chose en prenant soin des autres? M'a-t-on attribuer le rôle de « celui qui prend soin des autres » depuis tout petit ?...

=> Enfin, chacun sera invité à réfléchir à certains deuils auxquels il a fait face, dans sa vie professionnelle ou privée afin de repérer **ce qui dans chaque situation lui a manqué et ce qui l'a aidé, soutenu**.

Nous partagerons ensuite avec vous une vidéo sur la façon dont les soignants peuvent **se soutenir les uns les autres en osant partager la complexité des émotions rencontrées lors de telle ou telle prise en charge**.

Nous terminons notre intervention en proposant aux participants **quelques expériences de ressourcement par la pleine conscience**.

12h15 RPC du CNSF – administration de l'oxytocine lors du travail spontané

M. Laurent Gaucher Sage-femme clinicien et chercheur Hospices civils de Lyon

Depuis le milieu des années 1950, les définitions du travail normal établies par E. Friedman ont servi de référence pour guider la pratique obstétricale dans les maternités à travers le monde. Mais des travaux récents remettent en question ces définitions, considérées comme trop restrictives et induisant un interventionnisme excessif de la part des soignants. Nous allons donc revenir sur les nouvelles définitions des subdivisions des 2 premiers stades du travail, sur les nouvelles définitions de la dystocie dynamique et sur les indications de la prescription d'oxytocine dans le cadre du travail spontané.

Le 1er stade du travail correspond à la période de dilatation jusqu'à 10 cm de dilatation cervicale (dilatation complète). Le 2e stade du travail s'étend de la dilatation cervicale complète jusqu'à la naissance du fœtus (accord professionnel).

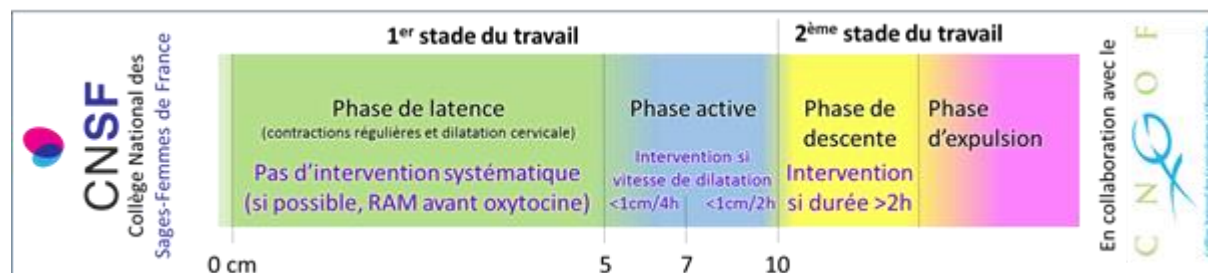
Le 1er stade débute par une phase de latence, défini par la présence de contractions utérines régulières, associées à des modifications cervicales (accord professionnel). Cette phase de latence est suivie d'une phase active qui débute entre 5 et 6 cm de dilatation cervicale et se termine à dilatation complète. Il est recommandé de ne pas poser de diagnostic de dystocie dynamique avant 5–6 cm de dilatation cervicale, correspondant à la fin de la phase de latence du 1er stade du travail (accord professionnel). En conséquence, le terme de « dystocie de démarrage » n'est plus à utiliser (accord professionnel). Il est recommandé de considérer qu'une vitesse de dilatation est anormale si elle est inférieure à 1 cm/4 h en début de phase active du 1er stade, et inférieure à 1 cm/2 h au-delà de 7 cm de dilatation (Grade B).

Au cours du 2e stade du travail, il est recommandé de distinguer la phase de descente de la phase d'expulsion (accord professionnel). La phase de descente correspond à la descente du mobile fœtal dans la filière pelvienne sous l'influence des contractions utérines et la phase d'expulsion aux efforts expulsifs maternels (accord professionnel).

Durant la phase de latence du 1er stade, c'est-à-dire avant 5 cm de dilatation, il est recommandé de ne pas utiliser l'oxytocine de façon systématique, quelle que soit la vitesse de la dilatation (Grade B).

En cas de dystocie dynamique durant la phase active du 1er stade du travail, l'oxytocine peut être utilisée pour augmenter l'activité utérine (Grade C) bien que son effet sur le mode d'accouchement ne soit pas démontré (NP3). En cas de dystocie dynamique à membranes rompues, il est recommandé d'administrer l'oxytocine dès le diagnostic de dystocie dynamique pour améliorer la dynamique utérine sous couvert d'une surveillance maternelle et fœtale adaptée (Grade B).

Durant le 2e stade du travail l'administration systématique d'oxytocine n'est pas recommandée compte tenu de ses effets secondaires (Grade B). Les données de la littérature ne permettent pas de déterminer précisément une durée normale de chacune des phases du 2e stade du travail. Dans le contexte français, la durée de la phase de descente est inférieure à 2 h et la durée de la phase d'expulsion est inférieure à 40 min dans plus de 90 % des cas (NP3). En cas de prolongation du 2e stade au-delà de 2 heures, il est recommandé d'administrer de l'oxytocine pour corriger une absence de progression de la présentation (Accord professionnel).



Référence :

C. Dupont, M. Carayol, C. Le Ray, C. Barasinski, R. Beranger, A. Burguet, A. Chantry, C. Chiesa, B. Coulm, A. Evrard, C. Fischer, L. Gaucher, C. Guillou, F. Leroy, E. Phan, A. Rousseau, V. Tessier, F. Vendittelli, C. Deneux-Tharoux, D. Riethmuller

Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané.

La revue Sage-Femme ; vol 16-n1 ; févr.-17.