



HAL
open science

Évaluation des taux sanguins en vitamine D chez des femmes présentant un diabète gestationnel, en regard des recommandations françaises actuelles de supplémentation, et conséquences de ce statut vitaminique sur l'équilibre glycémique des patientes et les complications fœto-maternelles

Pauline Beynier

► **To cite this version:**

Pauline Beynier. Évaluation des taux sanguins en vitamine D chez des femmes présentant un diabète gestationnel, en regard des recommandations françaises actuelles de supplémentation, et conséquences de ce statut vitaminique sur l'équilibre glycémique des patientes et les complications fœto-maternelles. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01938351

HAL Id: dumas-01938351

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01938351>

Submitted on 28 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Evaluation des taux sanguins en vitamine D chez des femmes présentant un diabète gestationnel, en regard des recommandations françaises actuelles de supplémentation, et conséquences de ce statut vitaminique sur l'équilibre glycémique des patientes et les complications fœto-maternelles.

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 13 Avril 2018

Par Madame Pauline BEYNIER

Née le 2 mars 1989 à Troyes (10)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. d' ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE, MALADIES MÉTABOLIQUES

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur RACCAH Denis	Président
Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic	Assesseur
Monsieur le Professeur D'ERCOLE Claude	Assesseur
Madame le Docteur JANNOT-LAMOTTE Marie-Françoise	Directeur
Madame le Docteur SARDE Elisa	Assesseur

Evaluation des taux sanguins en vitamine D chez des femmes présentant un diabète gestationnel, en regard des recommandations françaises actuelles de supplémentation, et conséquences de ce statut vitaminique sur l'équilibre glycémique des patientes et les complications fœto-maternelles.

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 13 Avril 2018

Par Madame Pauline BEYNIER

Née le 2 mars 1989 à Troyes (10)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. d' ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE, MALADIES MÉTABOLIQUES

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur RACCAH Denis	Président
Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic	Assesseur
Monsieur le Professeur D'ERCOLE Claude	Assesseur
Madame le Docteur JANNOT-LAMOTTE Marie-Françoise	Directeur
Madame le Docteur SARDE Elisa	Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUVE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU-PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements :

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Denis Raccah, président du jury

Je vous remercie à nouveau de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. C'est avec beaucoup de plaisir que j'ai pu apprendre et travailler au sein de votre équipe. J'admire votre humanité et votre empathie. Je suis heureuse de poursuivre ma formation à vos côtés et je vous remercie de la confiance que vous m'accordez en me laissant faire partie de votre équipe. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Messieurs les Professeurs Ludovic Cravello et Claude D'Ercole

Je suis honorée de votre présence et de l'intérêt que vous portez à ce sujet. Une nouvelle fois je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse et de votre disponibilité.

A Madame le Docteur Marie-Françoise Jannot Lamotte

Un grand merci pour tout ce que tu as fait pour moi. Cette thèse nous en aura fait voir de toutes les couleurs ! Merci infiniment pour ta disponibilité, ta réactivité, tes conseils et surtout pour tous tes encouragements et ton optimisme à tout épreuve quand le mien commençait à fléchir. Je suis très heureuse de pouvoir continuer à travailler à tes côtés et poursuivre ensemble les projets entrepris.

A Madame le Docteur Elisa Sarde,

Encore merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, ta présence me touche énormément. Travailler avec Viviane et toi m'a permis de découvrir une spécialité merveilleuse et m'a confortée sur la voie que je voulais prendre. Brillante dans ton travail tout en ayant réussi dans ta vie personnelle, tu as été et tu restes pour moi un modèle et j'espère pouvoir suivre le même chemin que toi. J'espère que nos chemins se recroiseront dans l'avenir.

A ma famille :

A mes parents,

Merci pour toutes ces années de dévouements et de sacrifices. Merci pour votre soutien de chaque instant et votre amour inconditionnel. C'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui et je ne l'oublierai jamais. Je vous aime très fort et j'espère vous rendre fiers.

A Julien,

Mon amour, merci d'avoir supporté mes sautes d'humeur ces dernières semaines, merci pour tout l'amour que tu me portes et du soutien si précieux que tu m'as apporté. Tu es la plus belle chose qui me soit arrivée et tu m'as fait le plus beau cadeau du monde en me donnant notre loulou. Je t'aime.

A Louis,

Mon petit amour, tu es ce que j'ai de plus précieux au monde. Faire cette thèse alors que tu n'étais encore qu'un tout petit bébé n'a pas été chose facile, mais pour rien au monde je ne changerai quelque chose. Ta joie de vivre et tes sourires tous les jours quand je te retrouvais après le travail me permettaient de tenir le coup. Tu es un petit garçon merveilleux et je suis si fière de toi ! Je t'aime plus que tout au monde.

A Victor,

Je suis fière du chemin que tu as parcouru et de l'homme que tu es devenu. Ne doute jamais de toi et de tes capacités. J'espère qu'on aura un peu plus de temps désormais pour se voir et que tu puisses profiter de ton neveu.

A mes grands-parents,

Cette année a été très riche en émotions, j'espère que vous êtes fiers de votre petite-fille. Je vous aime.

A ma famille,

Merci à tous d'avoir fait le déplacement pour être présents en ce jour important pour moi, cela me touche énormément car malgré la distance vous êtes toujours là pour moi.

A Marion,

Je ne pouvais espérer mieux que toi comme belle-sœur. Ne change pas tu es une personne formidable.

A ma belle-famille,

Merci pour votre gentillesse et l'accueil que vous m'avez réservé dans votre famille.

A tous mes co-internes :

A Anastasia, qui aurait-cru il y a 10 ans que nous en serions là aujourd'hui ? Que de chemin accompli : à Marseille, dans la même spécialité, futures assistantes dans le même hôpital et avec nos petits bouts de chou ☺ Merci d'avoir lancé le mouvement « promo bébé ». Je garde au fond de moi l'espoir que vous restiez dans la région afin de continuer à se faire des sorties familles tous les 6.

A Philippine, ma belle, je t'adore et je serai toujours là pour toi. Tu es ma petite sœur de l'endocrino ;) . Tu es une fille géniale et j'espère qu'on va vite pouvoir recommencer nos soirées et petits brunchs du dimanche !

A Charlène, tu as été une co-interne puis une assistante géniale. J'espère être à ta hauteur pour la suite !

A tous mes co-internes d'endocrino : Vincent T., Marie, Juliette, Flavia, Clara, Martin, Vincent A., Yanis, Manon, Léa, Flo, ne changez rien vous êtes super !

A Zoé, Morgane, Marine J. et Clémentine, merci pour votre soutien durant ce semestre !

A Delphine et Fatima, même si le temps et la distance nous séparent, je garderai toujours en tête ce merveilleux trio ne que formions à tel point que l'on nous surnommait les trois drôles de dames. Merci pour tous les fous rires que nous avons partagés.

A toutes les équipes médicales et paramédicales :

A Clémence et Sébastien, merci pour tout ce que vous m'avez apporté, je suis très heureuse de vous avoir comme futurs collègues.

A toute l'équipe paramédicale du 4^{ème} Est et du 5^{ème} Ouest : infirmières, aides-soignantes, Muriel et Hélène, vous m'avez vu grandir et évoluer durant 4 semestres passés avec vous. C'est avec un grand plaisir que j'ai travaillé et appris à vos côtés et je suis ravie de poursuivre mon chemin à vos côtés pour encore 2 ans.

Aux infirmières de l'ETIC, Germaine, Isa et Cécile, merci à vous pour ces 3 mois passés ensemble à l'ETIC à regarder les photos quotidiennes de mon bébé et à me rassurer sur ma thèse. Je vous adore.

A l'équipe de cardiologie de Martigues,

Je n'oublierai jamais mon premier semestre d'interne où j'ai débarqué seule dans une nouvelle région, une nouvelle vie et dans une spécialité qui n'était pas la mienne. Vous avez su m'accueillir chaleureusement et joué le rôle d'une seconde famille pour moi. Je ne vous oublierai pas.

TABLE DES MATIERES

Introduction	2
Matériel et Méthode	4
Résultats	7
1) Caractéristiques de la population	7
2) Statut maternel en vitamine D à 1 mois	9
3) Corrélation ente le taux de vitamine D et les différents variables.....	10
4) Corrélation entre le statut vitaminique et l'équilibre glycémique.....	12
5) Corrélation entre le statut vitaminique et le risque de complications fœto- maternelles	13
Discussion	15
Conclusion	20
Références bibliographiques	22
Annexe	26
Résumé	

INTRODUCTION :

La vitamine D est une vitamine liposoluble essentielle au corps humain et a comme rôle principal la régulation de l'absorption du calcium et du métabolisme osseux. Seul un tiers des besoins en vitamine D sont couverts par l'alimentation, les deux tiers restants étant principalement obtenus par photosynthèse cutanée sous l'action des rayons ultraviolets B. Les récepteurs à la vitamine D sont présents dans différents tissus du corps humain et de récentes études rapportent les effets pléiotropes de la vitamine D avec un rôle inverse dans la prolifération et la différenciation cellulaire, la pathogénèse du cancer, les pathologies cardiovasculaires, les maladies auto-immunes et notamment le diabète de type 1 avec la présence de récepteurs à la vitamine D dans les cellules bêta (1). Sa carence a également un rôle dans le développement de l'intolérance au glucose et de nombreuses études réalisées dans le diabète de type 2 ont retrouvé un bénéfice à l'optimisation du statut en vitamine D par stimulation de l'insulinosécrétion par la 1,25(OH)D (2,3) et amélioration de l'insulinosensibilité (4).

La Société Française d'Endocrinologie définit une carence en vitamine D pour une concentration inférieure à 25 nmol/L et une insuffisance entre 25 et 75 nmol/L.

Les données actuelles de la littérature montrent une forte prévalence de l'insuffisance en vitamine D en France (5) et dans le monde (6).

Plus spécifiquement durant la grossesse, un apport optimal en vitamine D est primordial pour assurer l'homéostasie calcique fœtale et néonatale, les apports du fœtus étant entièrement dépendants de la mère via un passage transplacentaire de la 25-hydroxyvitamine D (25(OH)D). Des études randomisées contrôlées contre placebo ont en effet montré que la supplémentation en vitamine D pendant la grossesse augmente les concentrations de 25(OH)D plasmatiques néonatales et au sang du cordon (7–9). Une hypovitaminose D maternelle, soit un taux de vitamine D inférieur à 75 nmol/L, est associée à un trouble de la croissance fœtale avec un petit poids de naissance, à un trouble de la minéralisation osseuse ainsi qu'à un risque d'hypocalcémie néonatale lorsque la carence est profonde (inférieure à 25 nmol/L). A l'heure actuelle, le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recommande une supplémentation par une ampoule de 100 000 UI de

vitamine D au début du 7^{ème} mois de grossesse pour toutes les femmes enceintes (10). Néanmoins, de nombreuses études ont montré que l'insuffisance en vitamine D durant la grossesse est très fréquente (11).

Une relation inverse a été décrite dans plusieurs études entre le taux de vitamine D et le risque d'avoir un diabète gestationnel (DG) (9,12–15). Le diabète gestationnel est un vrai problème de santé publique en France avec une prévalence de 8% sur le dernier rapport de l'Institut de Veille Sanitaire en 2012. Il est associé chez la mère à un risque accru d'HTA, de prééclampsie et de césarienne. Les risques pour le nouveau-né sont principalement la macrosomie, ainsi qu'un risque accru de prématurité, de détresse respiratoire, d'hypoglycémie néonatale et une augmentation du risque d'obésité et diabète de type 2 à plus long terme. Plusieurs études réalisées chez la femme enceinte ont montré que la vitamine D joue un rôle important dans l'homéostasie du glucose et dans l'insulinorésistance. (16–18) et trois méta-analyses récentes ont montré que le déficit en vitamine D est associé à un risque majoré de diabète gestationnel (19–22). Il a également été montré une diminution des complications obstétricales des patientes avec diabète gestationnel après supplémentation en vitamine D par amélioration de leur profil métabolique (23) et notamment de leur insulinorésistance (24,25)

Notre population de la maternité de la Conception est fortement à risque de carence, avec une forte prévalence de femmes voilées et de patientes d'origine étrangère à peau foncée, deux facteurs de risque clairement admis. De plus, un cas récent de fracture humérale a été constaté à la maternité de la Conception lors d'accouchement par voie basse chez un nouveau-né dont la mère avait un taux de vitamine D non dosable. Ainsi les données récentes de la littérature, la notion de risque dans notre population et les conséquences cliniques potentielles avaient justifié de modifier notre pratique de prise en charge. Pour les patientes vues en consultation de diabétologie pour DG et à risque de carence en vitamine D, nous avons d'une part vérifié à l'interrogatoire la prise de l'ampoule de vitamine D tel que recommandé et prescrit un dosage de vitamine D à réaliser un mois après ingestion de la supplémentation. L'objectif principal de notre étude était d'évaluer dans notre population à risque si les recommandations actuelles de supplémentation en

vitamine D des femmes enceintes sont suffisantes ou non pour atteindre un taux normal de vitamine D.

L'objectif secondaire de notre étude était d'évaluer si le statut en vitamine D des patientes avec un diabète gestationnel était associé à la qualité de l'équilibre glycémique et pour les patientes sous insuline si leurs besoins étaient comparables ou non. Nous nous sommes également intéressés aux conséquences sur le plan des complications fœto-maternelles.

MATERIEL ET METHODES :

Cette étude est une étude rétrospective monocentrique conduite dans la maternité de niveau 3 du CHU de la Conception à Marseille, France.

Du 1^{er} Juin 2017 au 31 Décembre 2017 les femmes enceintes, suivies au sein d'un programme d'éducation thérapeutique pour DG et présentant au moins un facteur de risque de carence en vitamine D, ont bénéficié du dosage de vitamine D sérique, un mois après avoir reçu une ampoule d'UVEDOSE 100 000UI. Les facteurs de risque pris en compte sont classiquement admis, à savoir un 3^{ème} trimestre de grossesse durant l'automne-hiver, un phototype foncé ou le port de vêtements couvrant. Les patientes étaient à un terme entre 28 et 34 semaines d'aménorrhée et avaient un diagnostic de diabète gestationnel basé sur les critères définis par les recommandations de la Société Française du Diabète et du CNGOF soit une glycémie à jeun au premier trimestre supérieure ou égale à 0.92 g/L ou un test d'hyperglycémie provoquée orale (HGPO) 75g entre la 24^e et la 28^e SA avec une valeur de glycémie au-delà des seuils définis (0,92g/L à jeun ou 1,80g/L 1h après la charge orale en glucose ou 1,53g/L 2h après), ou bien un diabète de type 2 méconnu avant la grossesse ($HbA1c \geq 6.5\%$ et/ou $GAJ \geq 1.26$ g/l). Elles étaient traitées soit par « régime seul », soit par régime associé à une insulinothérapie. Toutes avaient bénéficié d'une consultation avec la diététicienne du service ou une diététicienne du réseau à domicile Marseille Diabète-Santé Croisée, dans le cadre du programme d'éducation thérapeutique autorisé par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Ont été exclues de notre étude les patientes avec des pathologies rénales, calciques, thyroïdiennes ou parathyroïdiennes, une maladie granulomateuse et un syndrome de malabsorption ou un antécédent de chirurgie bariatrique.

Les données recueillies à partir des dossiers source étaient l'ensemble des caractéristiques médicales et sociales de la patiente (âge, présence d'une précarité définie sur le type de couverture sociale : Couverture Médicale Universelle ou Aide Médicale d'Etat, Indice de Masse Corporelle (IMC) en kg/m², antécédents familiaux de diabète, antécédents personnels médicaux et obstétricaux, consommation alcool-tabagique), ainsi que la prise ou non de compléments vitaminiques autres que l'ampoule de vitamine D, le phototype cutané (classé de 1 à 6 tel qu'il est décrit dans la classification de Fitzpatrick, Annexe 1), la durée journalière d'exposition solaire (inférieure à 30 minutes par jour, entre 30 et 60 minutes par jour ou supérieure à 60 minutes par jour) et le type de vêtements portés.

Les apports calciques journaliers étaient évalués par les diététiciennes qui conseillaient également les patientes pour tendre vers un apport optimal dans la mesure du possible. Les données en rapport avec l'équilibre glycémique avaient été consignées dans le dossier d'éducation thérapeutique concernant le suivi du diabète gestationnel. Etaient recueillies les moyennes des glycémies à jeun et à 2h postprandiales des patientes calculées manuellement à partir d'une copie du carnet glycémique, les moyennes glycémiques sur le lecteur de glycémie sur les 7 derniers jours (4 contrôles quotidiens si « régime seul » et 6 contrôles quotidiens si insulinothérapie), ainsi que les doses d'insulines lente et rapide pour les patientes qui étaient sous insulinothérapie. Etaient également colligées les biométries fœtales mesurées sur l'échographie fœtale du 3^{ème} trimestre. La vérification de la prise systématique de l'ampoule de vitamine D au 7^{ème} mois était déclarative.

Un bilan sanguin était réalisé en ville 4 semaines après la prise de l'ampoule de vitamine D, soit entre 32 et 38 SA selon la date de prise de l'ampoule de vitamine D, avec un dosage de la 25(OH)D.

Si une « carence sévère » en vitamine D était avérée, soit un taux strictement inférieur à 25 nmol/L, pour des raisons éthiques, il leur était prescrit une deuxième ampoule de vitamine D afin de pallier cette carence et éviter ainsi le risque d'ostéomalacie et de

rachitisme. Si une « insuffisance » en vitamine D était retrouvée, (entre 25 et 75 nmol/L), aucune intervention n'était réalisée étant donné l'absence de recommandations justifiant de prescrire une supplémentation pour ces taux-là.

Après l'accouchement, un dosage de la calcémie était réalisé par les pédiatres à J3 chez le nouveau-né sur le test de Guthrie selon leurs pratiques habituelles.

En post-partum l'ensemble des données néonatales était recueilli dans les dossiers d'accouchement : terme et modalités d'accouchement, poids et sexe du nouveau-né, score d'Apgar, pH au cordon, type de complications néonatales et doses finales d'insuline pour les patientes sous insulinothérapie.

Le critère de jugement principal de notre étude était d'évaluer dans notre population à risque si les recommandations actuelles de supplémentation en vitamine D des femmes enceintes sont suffisantes ou non. Pour cela, le dosage du taux de vitamine D un mois après la supplémentation était recueilli de façon rétrospective et les patientes étaient classées dans 4 groupes différents : groupe 1 « taux normal de vitamine D » (> 75 nmol/l ou 30 ng/ml), groupe 2 « insuffisance en vitamine D » (50-75 nmol/l ou 21-29 ng/ml), groupe 3 « carence modérée en vitamine D » (25-49 nmol/l ou 10-20 ng/ml), groupe 4 « carence sévère en vitamine D » (< 25 nmol/l ou < 10 ng/ml).

Les analyses statistiques des données recueillies ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS v20. Les variables quantitatives ont été décrites via les moyennes \pm écart type et/ou médiane [1er quartile ; 3è quartile] selon la normalité des distributions. Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide des effectifs et pourcentages des sujets pour chacune des modalités.

Pour étudier le lien entre le taux de vitamine D (variable quantitative) et les différents facteurs (explicatifs, équilibre glycémique, complications fœto-maternelles), nous avons réalisé une estimation du coefficient de corrélation non paramétrique de Spearman quand le facteur à l'étude était quantitatif (et test d'égalité de ce coefficient à 0), ainsi qu'une différence des distributions (médiane) et tests de cette différence non paramétriques de Mann Whitney/ Kruskal Wallis quand le facteur étudié était qualitatif. La significativité des tests a été fixée au seuil $\alpha=5\%$.

RESULTATS :

Ont été incluses dans notre étude 59 patientes, avec au moins 1 facteur de risque d'avoir une carence en vitamine D, du 1^{er} Juin 2017 au 31 Décembre 2017. Parmi elles, 3 patientes ont été perdues de vue et l'analyse des données a été réalisée en per-protocole.

1) Caractéristiques de la population :

55 de nos patientes présentaient un diabète gestationnel et 4 un diabète de type 2 méconnu. 47% des patientes ont été incluses durant l'été et 53% durant la période à risque automne-hiver. 46 patientes (78%) avaient une exposition journalière inférieure à 30 minutes. 23 ne portaient pas de vêtements couvrant (39%), 32 en portaient (61%). Concernant le phototype, 23 étaient de type 1-2 (39%), 24 de type 3-4 (41%) et 12 de type 5-6 (20%). 25 patientes combinaient deux facteurs de risque de carence en vitamine D (saison automne-hiver associée à un phototype 3 à 6 ou au port de vêtements couvrants, et saison estivale associée à un phototype 3 à 6 et au port de vêtements couvrants), soit 42% de la population. 15 patientes soit 25% de notre effectif cumulaient les 3 facteurs de risque (c'est-à-dire le port de vêtements couvrants avec un phototype 3 à 6 durant la saison automne-hiver).

Les caractéristiques de notre population sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude

Caractéristiques	Population d'étude (n = 59)
Age (années)	33 ± 5,3
IMC avant la grossesse (kg/m²)	28,1 ± 5,2
Type de diabète	
Diabète gestationnel	55 (93%)
Diabète type 2 méconnu	4 (7%)
Parité	
Primipare	22 (37%)
Multipare	37 (63%)
Antécédent de diabète gestationnel	18 (31%)
Antécédent de macrosomie	13 (22%)
Temps d'exposition solaire (minutes/24H)	
< 30	46 (78%)
30– 60	11 (19%)
> 60	2 (3%)
Précarité n (%)	
Absence	18 (30%)
Présence	41 (70%)
Saison d'inclusion	
Printemps-été	28 (47%)
Automne-hiver	31 (53%)
Port vêtements couvrants	
Non	23 (39%)
Oui	36 (61%)
Phototype	
Type 1 et 2	23 (39%)
Type 3 et 4	24 (41%)
Type 5 et 6	12 (20%)
Présence de 2 facteurs de risque	25 (42%)
Présence de 3 facteurs de risque	15 (25%)

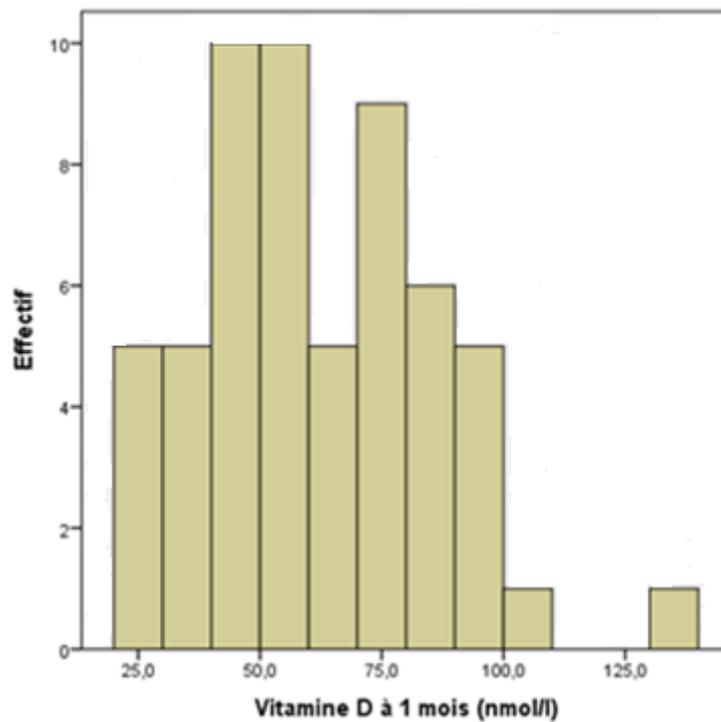
2) Statut maternel en vitamine D à 1 mois :

Concernant le statut vitaminique des patientes, le taux moyen en vitamine D à 1 mois était en moyenne de 61.5 nmol/L (\pm 24.25). Les patientes ont été classées dans 4 groupes différents en fonction de leur degré de carence : 17 patientes (30%) avaient un taux de vitamine D strictement normal (taux entre 75 et 250 nmol/L), 20 patientes (35%) présentaient une insuffisance (taux entre 50 et 75 nmol/L), 20 (35%) une carence modérée (taux entre 25 et 49 nmol/l), et aucune ne présentait de carence sévère (taux < 25 nmol/L). (Tableau 2 et Figure 1).

Tableau 2 : statut maternel en vitamine D

Taux de vitamine D	n (%)	Moyenne \pm écart-type (min ; max)
Taux vitamine D maternel à 1 mois (nmol/L)	57 (100%)	61.5 \pm 24.25 25 ; 136
Taux normal (>75 nmol/L)	17 (30%)	-
Insuffisance (50-75 nmol/L)	20 (35%)	-
Carence modérée (25-49 nmol/L)	20 (35%)	-
Carence sévère (< 25 nmol/L)	0 (0%)	-

Figure 1 : Statut maternel en vitamine D à 1 mois



3) Corrélation entre le taux de vitamine D et les différentes variables :

En ce qui concerne l'analyse univariée des différentes variables, nous n'avons pas retrouvé de relation significative entre le taux de vitamine D et l'âge, le niveau de précarité, l'IMC avant la grossesse, la parité, la prise de poids durant la grossesse, la présence d'un antécédent de diabète gestationnel, le temps d'exposition solaire journalier, la saison à l'inclusion et la présence d'une macrosomie à l'échographie au moment de l'inclusion (Tableau 3).

Il existait néanmoins une tendance à la significativité entre le taux de vitamine D maternel et la présence d'un antécédent de macrosomie fœtale ($p=0.08$).

Tableau 3 : Corrélation entre le taux de VD maternel à 1 mois et les différentes variables

Variabes	n	p-value
Age	59	0.777
Précarité		0.313
Aucune	16	
CMU	30	
AME	11	
IMC		0.174
Normal	14	
Surpoids	21	
Obésité de grade 1	15	
Obésité de grade 2	6	
Parité		0.520
Primipare	20	
Multipare	37	
	56	
Prise de poids durant la grossesse		0.461
Antécédent de DG		0.445
Oui	18	
Non	39	
Antécédent de macrosomie		0.08
Oui	13	
Non	44	
Temps journalier d'exposition solaire		0.244
< 30 minutes	45	
30 à 60 minutes	11	
> 60 minutes	1	
Saison d'inclusion		0.581
Eté	27	
Automne-Hiver	30	
Macrosomie à l'inclusion		0.915
Oui	54	
Non	3	

4) Corrélation entre le statut vitaminique et l'équilibre glycémique :

Concernant l'équilibre glycémique, 14 patientes étaient traitées par insulinothérapie lors de l'inclusion contre 21 à la fin de l'étude. Il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre les doses totales d'insuline en début et en fin d'étude et le statut en vitamine D des patientes.

Il avait été réalisé une glycémie à jeun chez 47 des patientes (84%) et une HPO chez 35 patientes (62.5%) mais aucune relation significative n'a été retrouvée entre leurs résultats respectifs et le taux de vitamine D à 1 mois. Nous avons cependant retrouvé une tendance à la significativité entre le taux de vitamine D et la glycémie à 1 heure de l'HGPO ($p=0.064$).

De plus, nous n'avons pas retrouvé de lien significatif entre le taux d'HbA1c et le taux de vitamine D à 1 mois.

En termes de moyenne glycémique chez les patientes sous régime seul ou sous insulinothérapie, nous n'avons pas trouvé de relation significative entre le statut en vitamine D des patientes et les moyennes glycémiques à jeun, les moyennes glycémiques postprandiales à 2 heures et les moyennes glycémiques du lecteur sur les 7 derniers jours.

Les résultats sont résumés dans le tableau 4.

Tableau 4 : corrélation entre le taux de VD et les variables de l'équilibre glycémique

Variables	n	p-value
Traitement à l'inclusion		0.109
Régime seul	43	
Insulinothérapie	14	
Dose totale d'insuline à l'inclusion	14	0.578
Moyenne glycémie à jeun à l'inclusion	56	0.330
Moyenne glycémies postprandiales à l'inclusion	56	0.947
Moyenne glycémique lecteur /7j à l'inclusion	56	0.892
HbA1c 22-28SA	51	0.445
Traitement en fin de grossesse	56	0.576
Régime seul	35	
Insulinothérapie	21	
Glycémie à jeun du 1^{er} trimestre	47	0.507
Hyper glycémie provoquée orale (HPO)	35	
T0		0.606
T60		0.064
T120		0.781
Dose totale d'insuline en fin de grossesse	21	0.263

5) Corrélation entre le statut vitaminique et le risque de complications fœto-maternelles :

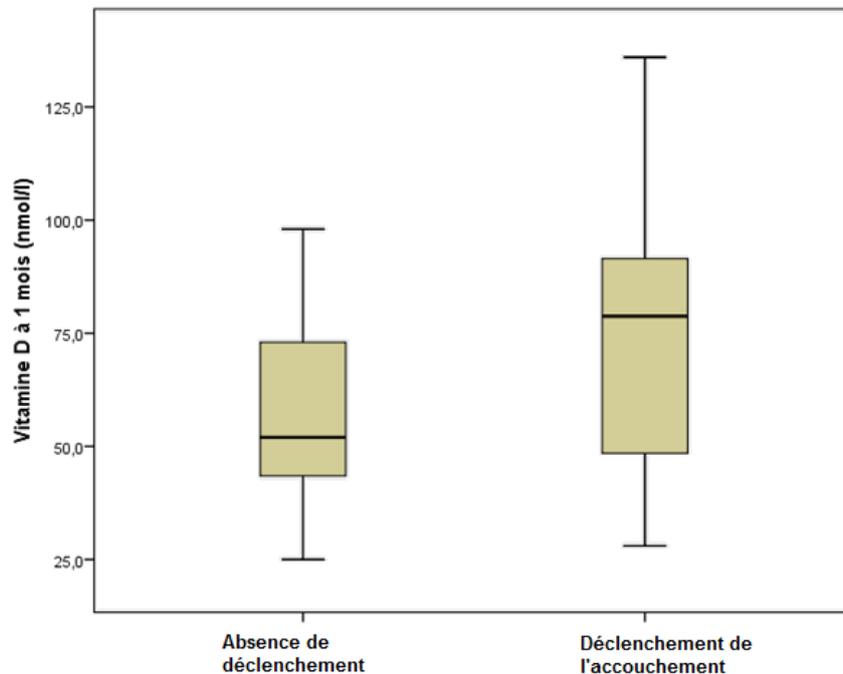
En termes de risque de complications fœto-maternelles, nous n'avons pas retrouvé de relation significative entre le taux de vitamine D maternel à 1 mois et le risque de macrosomie à la naissance, le terme de naissance, les modalités d'accouchement, le poids de l'enfant à la naissance, le pH au cordon et la nécessité de transfert de l'enfant en réanimation (Tableau 5). Il n'a pas non plus été mis en évidence de lien significatif entre le taux de vitamine D maternel et la calcémie de l'enfant à J3.

Cependant nous avons retrouvé une relation significative entre la nécessité de déclencher l'accouchement (n=16) et la présence d'un taux plus élevé en vitamine D à 1 mois (p=0.041) par rapport aux patientes non déclenchées (Figure 2).

Tableau 5 : corrélation entre le taux de VD maternel et les complications fœto-maternelles

Variables	n	p-value
Macrosomie à la naissance	4	0.820
Déclenchement accouchement	16	0.041
Terme de naissance	56	0.983
Modalités d'accouchement		0.579
Voie basse	30	
Instrumentale	8	
Césarienne	18	
Poids de l'enfant à la naissance	56	0.893
pH cordon		0.627
Normal	45	
Pathologique	5	
Transfert en réanimation		0.548
Oui	3	
Non	53	
Calcémie du nouveau-né à J3	29	0.339

Figure 2 : taux de vitamine D maternel à 1 mois et nécessité de déclenchement de l'accouchement



DISCUSSION :

Cette étude a été menée à la maternité de la Conception à Marseille dans le but de faire un état des lieux du statut en vitamine D des femmes enceintes à risque de carence et présentant un diabète gestationnel en regard des recommandations françaises actuelles de supplémentation. Considérant le seuil « de normalité » en vitamine D de 75 nmol/L, tel qu'il est décrit par l'HAS (10), certes nous avons observé que seulement 30% de notre population avait un taux suffisant en vitamine D, mais aucune patiente n'avait de carence sévère avec un taux inférieur à 25 nmol/L. Les patientes de notre étude étaient censées avoir bien reçu la supplémentation recommandée au 7^{ème} mois de grossesse. L'absence de carence sévère dans notre population sous-tend que les recommandations françaises actuelles sont suffisantes pour prévenir les carences sévères en vitamine D chez les femmes enceintes, même diabétiques et à risque de carence, et par conséquent le risque d'ostéomalacie et de rachitisme chez l'enfant. Néanmoins, malgré la prise systématique de 100 000 UI de vitamine D au 7^{ème} mois de grossesse, le fait de retrouver 70% de taux insuffisants

(dont la moitié représente une carence modérée) n'est pas satisfaisant et montre donc que la supplémentation recommandée ne prévient pas efficacement l'hypovitaminose D. Nos résultats sont compatibles avec les données de la littérature.

L'insuffisance maternelle en vitamine D (taux entre 25 et 75 nmol/L), outre l'augmentation du risque de prééclampsie (26) et de petit poids de naissance (27) a pour conséquence un ralentissement de la croissance du nouveau-né durant sa première année de vie, un trouble de l'ossification osseuse associé à une diminution de la densité minérale osseuse (28) et une augmentation du risque d'asthme dans l'enfance (12,29). Les conséquences à moyen et long terme, particulièrement en cas d'allaitement maternel restent néanmoins encore peu connues.

Le problème de la supplémentation optimale des femmes enceintes en vitamine D reste sujet à débat et est un vrai problème de santé publique. Globalement, il existe des controverses sur la définition du statut adéquat en vitamine D durant la grossesse, et sur les seuils de concentration suffisante à atteindre. En effet les taux de référence utilisés sont les mêmes que ceux de la population générale et ne sont donc pas spécifiques à la grossesse. En France, la supplémentation recommandée par le CNGOF en 1997 est la prise unique d'une ampoule de 100 000 UI de vitamine D durant le troisième trimestre de la grossesse, ce qui équivaut à une supplémentation journalière de 400 UI. Le rapport de 2011 de l'« Institute of Medicine report » (30) et les recommandations de l'Endocrine Society de 2011 (31) recommandent respectivement un apport journalier de 600 UI et 1500-2000 UI de vitamine D pour des objectifs de seuils de 50 et 75 nmol/L respectivement. Au vu des données de la littérature et de nos résultats, la dose optimale de supplémentation reste inconnue mais semble largement supérieure à 400 UI par jour (32). Les recommandations de l'Endocrine Society semblent donc plus adéquates pour maintenir une concentration de vitamine D supérieure à 75 nmol/L, mais peut-être est-ce encore insuffisant. Une analyse récente combinée de 2 essais cliniques américains de 494 femmes enceintes randomisées avant 16SA a montré que la supplémentation par 4000 UI/j de vitamine D au 1^{er} trimestre de la grossesse était plus efficace que 400 et 2000 UI/j durant le second trimestre de la grossesse pour atteindre des concentrations en vitamine D \geq 80 nmol/L pour toutes les patientes, quelle que soit leur couleur de peau, et suggérait donc que les apports journaliers recommandés par l'IOM ne sont pas optimaux et

devraient atteindre 4000 UI/j pour que toutes les femmes enceintes atteignent un statut vitaminique optimal durant la grossesse (8). Ce statut optimal est basé sur de nombreuses années de recherche portant sur les taux de 25(OH)D pour lesquels l'absorption intestinale de calcium et la densité minérale osseuse étaient optimales sans hyperparathyroïdie associée. En se basant sur ces indicateurs fonctionnels et non plus sur des courbes de répartition Gaussienne de nombreuses études dont celle-ci ont précisément défini le déficit en vitamine D pour un taux inférieur ou égal à 80 nmol/L (33). Si l'on considère ce seuil, non pas 70% mais 77% des patientes de notre étude avaient des taux de vitamine D insuffisants. Seuls 13 patientes avaient un taux supérieur à 80 nmol/L.

Concernant notre population, 61% de femmes enceintes avait un phototype 3 à 6 et était donc particulièrement à risque d'avoir une hypovitaminose D selon les données de la littérature (34,35). Bodnar et al ont comparé 200 femmes à pigmentation claire et 200 femmes à pigmentation foncée et ont montré une prédominance d'hypovitaminose D chez les femmes à peaux foncées. Les patientes à pigmentation cutanée foncée ont en effet une protection naturelle contre les rayons du soleil car la mélanine inhibe les rayons UVB. Elles requièrent donc jusqu'à 5 fois plus de temps d'exposition solaire pour générer un taux de vitamine D similaire à celui des patientes à la peau claire (36). Notre population était d'autant plus à risque que 61% des femmes incluses avaient une tenue vestimentaire très conservatrice couvrant partiellement ou en totalité le corps, ce qui limite l'exposition solaire. Le port de vêtements couvrants empêche le passage des rayons UVB au niveau cutané et diminue par conséquent l'absorption transcutanée de vitamine D (37,38). Nos résultats concordent avec les données de la littérature portant sur les régions du pourtour méditerranéen où, malgré un ensoleillement important, on retrouve une prévalence élevée de l'insuffisance en vitamine D, entre 50 et 65% selon Karras et al (39). Dans notre population 30 patientes (soit 51% de l'effectif) combinaient les deux risques, à savoir le port de vêtements couvrants et la pigmentation cutanée foncée. De plus, 70% de notre population était issu d'un milieu économique précaire, ce qui pouvait laisser penser que cela affecterait l'exposition solaire et les apports alimentaires en vitamine D, et rendrait difficile l'achat de compléments vitaminiques non remboursés par la sécurité sociale. Nous n'avons cependant pas retrouvé de relation significative entre le niveau de précarité des patientes et leur taux de vitamine D. Contrairement aux données de

la littérature, l'IMC avant la grossesse, la parité, la saison d'inclusion et le temps d'exposition solaire journalier n'ont également pas été retenus comme facteurs de risque, probablement du fait du manque de puissance de notre étude. Nos patientes avec un antécédent de macrosomie fœtale avaient tendance à avoir des taux plus bas de vitamine D. Il aurait été intéressant de rechercher si les patientes en question avaient eu des grossesses rapprochées et de connaître leur statut vitaminique pour les grossesses antérieures afin d'expliquer ce lien.

Concernant nos critères de jugement secondaires, nous n'avons pas mis en évidence de corrélation entre le taux de vitamine D et l'équilibre glycémique contrairement aux nombreuses données de la littérature et notamment les travaux d'Asemi et al sur l'effet bénéfique de la supplémentation en vitamine D sur la glycémie et l'insulinorésistance dans le diabète gestationnel (23,40). Notre étude ne retrouvait pas de différence significative concernant les moyennes glycémiques des patientes, l'instauration d'un traitement par insulinothérapie, la dose totale d'insuline pour les patientes traitées par insuline et l'HbA1c à l'inclusion, probablement du fait d'un manque de puissance de l'étude. Concernant les conséquences fœto-maternelles, nous n'avons pas eu d'hypocalcémie néonatale ce qui rejoint notre résultat d'absence de carence sévère en vitamine D dans notre population maternelle. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative avec la présence d'une macrosomie à la naissance, le terme de naissance et les modalités d'accouchement. Cependant nous avons retrouvé une relation entre la nécessité de déclencher l'accouchement et la moyenne significativement plus élevée du taux de vitamine D maternel à 1 mois, sans valeur dépassant la normale supérieure. Sur les 16 patientes déclenchées, 9 l'étaient pour dépassement de terme, 5 pour suspicion de macrosomie et 1 pour grippe compliquée. Sur les 9 patientes avec dépassement de terme, 7 d'entre elles avaient des taux normaux de vitamine D. Il existe une discordance entre les études concernant le lien entre la carence en vitamine D et le risque augmenté de prématurité (27). Notre étude n'a pas montré de lien entre le taux de vitamine D et le terme de naissance mais le manque de puissance de l'étude en est possiblement la cause.

Les résultats de notre étude ne sont que des données préliminaires. Le nombre de patientes incluses du fait de la mise en place récente du dosage de la vitamine D chez les patientes à risque de carence et suivies pour un DG dans notre maternité, limite la puissance de notre étude et il convient de réaliser une étude prospective sur une durée plus longue afin d'inclure plus de sujets. Pour autant notre étude présente l'avantage d'avoir été réalisée sur 2 saisons différentes (été et automne-hiver), avec une répartition globalement égale. Les autres limites de notre étude sont l'hétérogénéité des habitudes alimentaires de notre population avec par conséquent une consommation calcique différente selon les patientes et peu de données chiffrées lors des consultations avec la diététicienne du service car la plupart des patientes avaient été vue à leur domicile par la diététicienne du réseau. Il aurait également été pertinent de réaliser un dosage du taux de vitamine D chez ces patientes au moment de la première consultation de diabétologie afin d'avoir un taux de base initial mais nous avons choisi de réaliser un seul dosage un mois après la prise de l'ampoule de vitamine D au début du troisième trimestre d'une part car la demi-vie de la 25(OH)D est de 2 à 3 semaines, et d'autre part car les études ont montré un déclin du statut en vitamine D au fur et à mesure de la grossesse et avec un taux minimal durant le 3^{ème} trimestre.

Notre travail soulève plusieurs questions pour adapter au mieux notre protocole de prise en charge. D'une part, se pose la question de l'intérêt du dosage biologique de la vitamine D durant la grossesse. Il n'est à l'heure actuelle pas recommandé de doser le taux de vitamine D chez la femme enceinte et il est donc impossible d'évaluer l'efficacité de la supplémentation proposée. Une revue de Mulligan et al parue en 2009 (12) recommandait que les femmes présentant au moins un facteur de risque de carence en vitamine D soient surveillées avec un bilan biologique en début et en milieu de grossesse, chose que notre étude tend à prouver également, afin de corriger une éventuelle carence dès le début de la grossesse. Ainsi un dosage sanguin au premier trimestre pourrait être réalisé initialement avec prescription d'une ampoule de vitamine D en cas de carence, dès le stade de carence modérée, pour tenter d'améliorer les taux obtenus au 7^{ème} mois, stade de supplémentation systématique recommandée. S'ils sont basés sur des dosages biologiques, ce type de supplémentation serait sans risque de surdosage en vitamine D. En effet, l'IOM déclare la dose de 4000 UI/jour

comme limite supérieure tolérable, et les études ne montrent une toxicité qu'à partir de 10 000 UI/jour de vitamine D (41). Se pose également la question de la fréquence de la supplémentation. Plusieurs études ont été réalisées à ce sujet et aucune différence significative n'a été retrouvée entre une supplémentation journalière ou mensuelle (42,43). Ces études concluaient que la forme mensuelle était aussi efficace et préférable en raison de la compliance des patientes. Des essais randomisés contrôlés à plus grande échelle sont nécessaires afin de déterminer la posologie adéquate et le terme de grossesse optimal.

Conclusion :

Nos résultats préliminaires ne retrouvent pas de carence sévère en vitamine D qui exposerait l'enfant à un risque de rachitisme et d'ostéomalacie dans une population de patientes présentant un diabète gestationnel et au moins un facteur de risque de carence en vitamine D, ayant reçu une ampoule de vitamine D 100 000 UI au 7^{ème} mois de grossesse, tel que recommandé par le CNOGF. Nous retrouvons cependant une forte prévalence d'insuffisance en vitamine D, dont les conséquences fœtales à moyen et long termes, hormis les conséquences sur la minéralisation osseuse, sont encore peu connues. Atteindre un taux de vitamine D considéré comme suffisant paraît être nécessaire, mais nos résultats mettent en évidence que la supplémentation vitaminique telle que recommandée durant la grossesse par le CNOGF ne permet pas d'atteindre ces taux chez 70% des patientes de notre population. Ainsi la supplémentation en vitamine D reste un problème de santé publique car les apports recommandés sont inadéquats pour maintenir des taux plasmatiques en vitamine D considérés comme normaux durant la grossesse dans une population à risque de carence. Considérant ces résultats et la survenue du cas de fracture néonatale qui avait justifié la mise en place des dosages, nous suggérons de poursuivre notre modification des pratiques : nous proposons un dosage en routine dès le premier trimestre de la grossesse des femmes enceintes présentant au minimum un facteur de risque de carence et suivies pour DG, une supplémentation en cas de carence sévère, puis un second dosage un mois après la prise de la vitamine D afin de supplémenter au 8^{ème} mois une éventuelle carence sévère. Des essais randomisés et contrôlés sur la supplémentation en vitamine D durant la grossesse sont nécessaires

afin d'identifier les besoins optimaux en vitamine D et de déterminer la posologie adéquate et le terme de grossesse optimal pour son administration pour les femmes enceintes à risque de carence.

Références bibliographiques:

1. Heaney RP. Vitamin D in health and disease. *Clin J Am Soc Nephrol CJASN*. sept 2008;3(5):1535-41.
2. Pittas AG, Lau J, Hu FB, Dawson-Hughes B. The role of vitamin D and calcium in type 2 diabetes. A systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. juin 2007;92(6):2017-29.
3. Talaei A, Mohamadi M, Adgi Z. The effect of vitamin D on insulin resistance in patients with type 2 diabetes. *Diabetol Metab Syndr*. 26 févr 2013;5(1):8.
4. Teegarden D, Donkin SS. Vitamin D: emerging new roles in insulin sensitivity. *Nutr Res Rev*. juin 2009;22(1):82-92.
5. Souberbielle J-C, Massart C, Brailly-Tabard S, Cavalier E, Chanson P. Prevalence and determinants of vitamin D deficiency in healthy French adults: the VARIETE study. *Endocrine*. août 2016;53(2):543-50.
6. Prentice A. Vitamin D deficiency: a global perspective. *Nutr Rev*. oct 2008;66(10 Suppl 2):S153-164.
7. Yu CKH, Sykes L, Sethi M, Teoh TG, Robinson S. Vitamin D deficiency and supplementation during pregnancy. *Clin Endocrinol (Oxf)*. mai 2009;70(5):685-90.
8. Hollis BW, Johnson D, Hulsey TC, Ebeling M, Wagner CL. Vitamin D supplementation during pregnancy: double-blind, randomized clinical trial of safety and effectiveness. *J Bone Miner Res Off J Am Soc Bone Miner Res*. oct 2011;26(10):2341-57.
9. Palacios C, De-Regil LM, Lombardo LK, Peña-Rosas JP. Vitamin D supplementation during pregnancy: Updated meta-analysis on maternal outcomes. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2016;164:148-55.
10. RPC_suppl_97.pdf [Internet]. [cité 9 janv 2018]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_suppl_97.pdf
11. McAree T, Jacobs B, Manickavasagar T, Sivalokanathan S, Brennan L, Bassett P, et al. Vitamin D deficiency in pregnancy - still a public health issue. *Matern Child Nutr*. janv 2013;9(1):23-30.
12. Mulligan ML, Felton SK, Riek AE, Bernal-Mizrachi C. Implications of vitamin D deficiency in pregnancy and lactation. *Am J Obstet Gynecol*. mai 2010;202(5):429.e1-9.
13. Burris HH, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, Litonjua AA, Huh SY, Rich-Edwards JW, et al. Vitamin D deficiency in pregnancy and gestational diabetes mellitus. *Am J Obstet Gynecol*. sept 2012;207(3):182.e1-8.

14. Senti J, Thiele DK, Anderson CM. Maternal vitamin D status as a critical determinant in gestational diabetes. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN*. juin 2012;41(3):328-38.
15. Wang O, Nie M, Hu YY, Zhang K, Li W, Ping F, et al. Association between vitamin D insufficiency and the risk for gestational diabetes mellitus in pregnant Chinese women. *Biomed Environ Sci BES*. août 2012;25(4):399-406.
16. Alzaim M, Wood RJ. Vitamin D and gestational diabetes mellitus. *Nutr Rev*. mars 2013;71(3):158-67.
17. Soheilykhah S, Mojibian M, Rashidi M, Rahimi-Saghand S, Jafari F. Maternal vitamin D status in gestational diabetes mellitus. *Nutr Clin Pract Off Publ Am Soc Parenter Enter Nutr*. oct 2010;25(5):524-7.
18. Clifton-Bligh RJ, McElduff P, McElduff A. Maternal vitamin D deficiency, ethnicity and gestational diabetes. *Diabet Med J Br Diabet Assoc*. juin 2008;25(6):678-84.
19. Aghajafari F, Nagulesapillai T, Ronksley PE, Tough SC, O'Beirne M, Rabi DM. Association between maternal serum 25-hydroxyvitamin D level and pregnancy and neonatal outcomes: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ*. 26 mars 2013;346:f1169.
20. Wei S-Q, Qi H-P, Luo Z-C, Fraser WD. Maternal vitamin D status and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Matern-Fetal Neonatal Med Off J Eur Assoc Perinat Med Fed Asia Ocean Perinat Soc Int Soc Perinat Obstet*. juin 2013;26(9):889-99.
21. Poel YHM, Hummel P, Lips P, Stam F, van der Ploeg T, Simsek S. Vitamin D and gestational diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Intern Med*. juill 2012;23(5):465-9.
22. Zhang C, Qiu C, Hu FB, David RM, van Dam RM, Bralley A, et al. Maternal plasma 25-hydroxyvitamin D concentrations and the risk for gestational diabetes mellitus. *PloS One*. 2008;3(11):e3753.
23. Asemi Z, Hashemi T, Karamali M, Samimi M, Esmailzadeh A. Effects of vitamin D supplementation on glucose metabolism, lipid concentrations, inflammation, and oxidative stress in gestational diabetes: a double-blind randomized controlled clinical trial. *Am J Clin Nutr*. déc 2013;98(6):1425-32.
24. Soheilykhah S, Mojibian M, Moghadam MJ, Shojaoddiny-Ardekani A. The effect of different doses of vitamin D supplementation on insulin resistance during pregnancy. *Gynecol Endocrinol Off J Int Soc Gynecol Endocrinol*. avr 2013;29(4):396-9.

25. Zhang Q, Cheng Y, He M, Li T, Ma Z, Cheng H. Effect of various doses of vitamin D supplementation on pregnant women with gestational diabetes mellitus: A randomized controlled trial. *Exp Ther Med.* sept 2016;12(3):1889-95.
26. Bodnar LM, Catov JM, Simhan HN, Holick MF, Powers RW, Roberts JM. Maternal vitamin D deficiency increases the risk of preeclampsia. *J Clin Endocrinol Metab.* sept 2007;92(9):3517-22.
27. Thorne-Lyman A, Fawzi WW. Vitamin D during pregnancy and maternal, neonatal and infant health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol.* juill 2012;26 Suppl 1:75-90.
28. Javaid MK, Crozier SR, Harvey NC, Gale CR, Dennison EM, Boucher BJ, et al. Maternal vitamin D status during pregnancy and childhood bone mass at age 9 years: a longitudinal study. *Lancet Lond Engl.* 7 janv 2006;367(9504):36-43.
29. Wolsk HM, Chawes BL, Litonjua AA, Hollis BW, Waage J, Stockholm J, et al. Prenatal vitamin D supplementation reduces risk of asthma/recurrent wheeze in early childhood: A combined analysis of two randomized controlled trials. Cameron DW, éditeur. *PLOS ONE.* 27 oct 2017;12(10):e0186657.
30. Ross AC, Manson JE, Abrams SA, Aloia JF, Brannon PM, Clinton SK, et al. The 2011 report on dietary reference intakes for calcium and vitamin D from the Institute of Medicine: what clinicians need to know. *J Clin Endocrinol Metab.* janv 2011;96(1):53-8.
31. Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, Gordon CM, Hanley DA, Heaney RP, et al. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* juill 2011;96(7):1911-30.
32. Hollis BW, Wagner CL. Assessment of dietary vitamin D requirements during pregnancy and lactation. *Am J Clin Nutr.* mai 2004;79(5):717-26.
33. Hollis BW. Circulating 25-hydroxyvitamin D levels indicative of vitamin D sufficiency: implications for establishing a new effective dietary intake recommendation for vitamin D. *J Nutr.* févr 2005;135(2):317-22.
34. Cadario F, Savastio S, Pozzi E, Capelli A, Dondi E, Gatto M, et al. Vitamin D status in cord blood and newborns: ethnic differences. *Ital J Pediatr.* 4 juin 2013;39:35.
35. Bodnar LM, Simhan HN, Powers RW, Frank MP, Cooperstein E, Roberts JM. High prevalence of vitamin D insufficiency in black and white pregnant women residing in the northern United States and their neonates. *J Nutr.* févr 2007;137(2):447-52.

36. Clemens TL, Adams JS, Henderson SL, Holick MF. Increased skin pigment reduces the capacity of skin to synthesise vitamin D3. *Lancet Lond Engl.* 9 janv 1982;1(8263):74-6.
37. Buyukuslu N, Esin K, Hizli H, Sunal N, Yigit P, Garipagaoglu M. Clothing preference affects vitamin D status of young women. *Nutr Res N Y N.* août 2014;34(8):688-93.
38. Belaid S, Martin A, Schott A-M, Laville M, Le Goaziou M-F. [Hypovitaminosis D among 18-to-49-years-old women wearing concealing clothes, an ignored reality in general practice]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. févr 2008;37(2 Pt 1):201-6.
39. Karras SN, Anagnostis P, Annweiler C, Naughton DP, Petroczi A, Bili E, et al. Maternal vitamin D status during pregnancy: the Mediterranean reality. *Eur J Clin Nutr.* août 2014;68(8):864-9.
40. Asemi Z, Karamali M, Esmailzadeh A. Effects of calcium-vitamin D co-supplementation on glycaemic control, inflammation and oxidative stress in gestational diabetes: a randomised placebo-controlled trial. *Diabetologia.* sept 2014;57(9):1798-806.
41. Hathcock JN, Shao A, Vieth R, Heaney R. Risk assessment for vitamin D. *Am J Clin Nutr.* janv 2007;85(1):6-18.
42. Mir SA, Masoodi SR, Shafi S, Hameed I, Dar MA, Bashir MI, et al. Efficacy and safety of Vitamin D supplementation during pregnancy: A randomized trial of two different levels of dosing on maternal and neonatal Vitamin D outcome. *Indian J Endocrinol Metab.* juin 2016;20(3):337-42.
43. Saadi HF, Dawodu A, Afandi BO, Zayed R, Benedict S, Nagelkerke N. Efficacy of daily and monthly high-dose calciferol in vitamin D-deficient nulliparous and lactating women. *Am J Clin Nutr.* juin 2007;85(6):1565-71.

Annexe 1 :

Phototype	Couleur de la peau, des cheveux et des yeux	Réaction au soleil
I	Peau très claire avec taches de rousseur Cheveux blonds ou roux Yeux clairs	Ne bronze pas Coups de soleil systématiques
II	Peau très claire Taches de rousseur au soleil Cheveux châains ou blonds Yeux clairs	Bronze difficilement Coups de soleil fréquents
III	Peau claire Cheveux châains ou blonds	Bronze progressivement Coups de soleil occasionnels
IV	Peau mate Cheveux châains ou bruns Yeux foncés	Bronze bien Coups de soleil peu fréquents
V	Peau foncée Cheveux foncés Yeux foncés	Bronze facilement Coups de soleil rares
VI	Peau noire Cheveux foncés Yeux foncés	Jamais de coups de soleil

Phototypes cutanés

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME :

Introduction : Les recommandations françaises actuelles sur la supplémentation en vitamine D durant la grossesse préconisent la prise d'une ampoule de 100 000UI de vitamine D au début du 7^{ème} mois de grossesse. L'objectif principal de notre étude était de faire l'état des lieux du statut en vitamine D en regard des recommandations actuelles de supplémentation dans notre population à risque.

Population et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique dans la maternité de la Conception, Marseille. Ont été incluses toutes les patientes avec un diabète gestationnel et présentant au moins un facteur de risque d'avoir une hypovitaminose D, de par la saison, le phototype ou l'habitude vestimentaire. Le critère de jugement principal à savoir le statut vitaminique de ces patientes un mois après la prise de l'ampoule de vitamine D au début du 7^{ème} mois de grossesse était par la suite évalué rétrospectivement.

Résultats : 59 patientes ont été incluses dans l'étude sur deux saisons. Le taux moyen de vitamine D à 1 mois était de 61.5 nmol/L (\pm 24.25). Nous n'avons pas retrouvé de carence sévère en vitamine D (taux < 25 nmol/L) mais seulement 17 patientes (30%) avaient un taux suffisant > 75 nmol/L, 35% présentaient un taux insuffisant (50-75 nmol/L) et les 35% restant une carence modérée (25-49 nmol/L). Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative en termes de conséquence sur l'équilibre glycémique des patientes, ni sur les complications materno-fœtales, hormis un nombre d'accouchement déclenchés plus important chez les femmes sans hypovitaminose D.

Conclusion : Notre étude retrouve une forte prévalence d'insuffisances en vitamine D sans carence sévère. Les apports recommandés durant la grossesse sont inadéquats pour maintenir des taux suffisants en vitamine D dans les populations à risque. Nos résultats sont en accord avec les données de la littérature et suggèrent la réalisation d'un dosage en routine des femmes enceintes présentant au minimum un facteur de risque de carence en début et au milieu de la grossesse afin de pouvoir traiter toute éventuelle carence.

Mots-clés : supplémentation, grossesse, vitamine D, diabète gestationnel