

L'intérêt de la formation après le diplôme

PAR **LÆTITIA BERTOLUCCI**, SAGE-FEMME ¹

« Quand on désire savoir, on interroge. Quand on veut être capable, on étudie. Revoyez sans arrêt ce que vous savez déjà. Étudiez sans cesse du nouveau. Alors vous deviendrez un Maître. »

Confucius

Cette citation résume à elle seule l'intérêt de se former mais l'article serait trop court. La formation est un élément indispensable pour une bonne pratique. Les études de sage-femme permettent de survoler la pratique de la rééducation périnéale, cependant les quelques heures consacrées ne permettent pas la maîtrise totale de cette discipline.

La formation post-diplôme est indispensable. Elle se nomme Développement Professionnel Continu (DPC). Nous devons le bon soin au bon patient, au bon moment en accord avec les dernières données de la science.

UNE OBLIGATION ?

L'obligation juridique est inscrite dans l'article L.4021-1 du code de la santé publique. Vous devez pouvoir justifier auprès des instances ordinales d'une action de formation au moins tous les trois ans (obligation triennale).

COMMENT CHOISIR ?

Avant de vous inscrire dans un programme de formation, vous devez vous poser plusieurs questions :

- Sur quel sujet doit porter cette formation ? (*La rééducation en général ou une méthode en particulier*).
- Combien de temps puis-je consacrer à mon projet ? (*Quelques jours en une fois, quelques jours par mois sur une année*)
- Quel niveau de diplôme je veux obtenir ? (*Un diplôme reconnu par l'État et écrit au Répertoire national des certifications professionnelles ou une formation pratique qui permet une mise en application immédiate*).
- Quel budget suis-je prêt à investir ?

Quand vous aurez répondu à toutes ces questions, la recherche de la formation vous paraîtra beaucoup plus simple.

L'obligation juridique est inscrite dans l'article L.4021-1 du code de la santé publique. Vous devez pouvoir justifier auprès des instances ordinales d'une action de formation au moins tous les trois ans.

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Parfois le coût de la formation peut être un frein. Des dispositifs existent et leur utilisation varie selon votre statut salarial et le type de formation envisagé. En fonction du type de formation, vous pouvez prétendre à un financement partiel ou total de la formation.

Les plus connus sont le DPC et le FIF-PL. Les formations éligibles sont inscrites sur leur site internet. En général, c'est l'organisme formateur qui vous inscrit. L'avantage de ces deux financeurs, pour les professionnels libéraux, vous avez une indemnisation de perte de ressources.

Le petit nouveau pour les professionnels de santé libéraux (1^{er} janvier 2018) et qui existe depuis quelques années pour les salariés : le CPF (Compte Personnel de Formation).

Après avoir ouvert un compte sur moncompteactivite.gouv.fr, il sera alimenté chaque fin d'année par une somme de 500 euros. Cette somme est utilisable pour financer un diplôme inscrit au RNCP.

LES OFFRES DE FORMATION

Elles sont multiples et dépendent de vos objectifs :

- Celles des Facultés qui dispensent des diplômes universitaires ou interuniversitaires qui se déroulent normalement sur une année universitaire.
- Celles des organismes de formation (ils sont nombreux) qui se déroulent sur quelques jours.
- Les MOOC (Massive Open Online Course), formation gratuite si vous voulez juste une attestation ou payante (moins de 100 euros, variable selon l'organisateur) si vous voulez un certificat.
- Les congrès, les URPS (Union régionale des professionnels de santé) pour les professionnels libéraux, les conseils de l'Ordre sont également des sources de formation. Très souvent vous aurez noté sur le programme « Formation DPC »
- Les associations de sages-femmes.

1. D.U. Hygiène hospitalière et écologie microbienne/D.U. Qualité et gestion des risques.

LES AVANTAGES À SE FORMER

Se former permet également :

- D'être plus en confiance dans sa pratique quotidienne ;
- De gagner en efficacité ;
- De s'épanouir professionnellement ;
- De rencontrer d'autres professionnels de santé et pourquoi pas de se créer un réseau ;
- De renforcer la confiance des patients dans vos soins.

Il n'y a que des bénéfices à se former, il faut juste sauter le pas et se poser les bonnes questions. •

RÉFÉRENCES

- <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/continue/>
- <https://www.mondpc.fr/>
- <https://www.fifpl.fr/>
- <https://www.moncompteactivite.gouv.fr/cpa-public/>

« On ne sait rien sans l'avoir appris,
ne rougis pas d'être apprenti avant d'être maître. »

Citation de Henri-Frédéric Amiel ;
Journal intime, le 15 novembre 1848.

6 et 7 Septembre 2019

CITY CENTER VIEUX PORT
World Trade Center, 2 Rue Henri Barbusse
13001 MARSEILLE

9^{es}



RENCONTRES A DEUX MAINS

sous la présidence du
Dr Christine LOUIS-VAHDAT
PARIS

www.lesbaleinesbleues.com

**Plusieurs sessions validantes
dans le cadre des obligations DPC**

INSCRIPTIONS
contact@ra2m.fr



Comité scientifique
Chantal FABRE CLERGUE

SORTIE DE MATERNITÉ

L'importance d'un travail en réseau

PAR SOPHIE DEBANNE, SAGE FEMME LIBÉRALE, NÎMES

Grossesse, accouchement et période post-partum provoquent des bouleversements intenses, affectant le corps féminin sur un plan physiologique, psychique, affectif et sexuel.

Le temps d'hospitalisation étant raccourci à 3 jours, le rôle des sages-femmes trouve là une place primordiale. La prise en charge doit être la plus précoce possible et la mise en place d'un réseau s'adressant spécifiquement au périnée devrait naître.

Très fréquentes, les douleurs pelviennes, quelles que soient leurs origines, peuvent être un réel handicap dans la vie quotidienne. Malheureusement, trop de femmes n'osent pas en parler... ou ne sont pas écoutées : « c'est normal », « il faut attendre », « vous venez d'accoucher » sont de fréquentes réponses apportées.

La zone génitale est la zone qui a le plus de mémoire corporelle ou sensitive, il est donc important d'agir avant que la douleur ne s'imprime et que le problème ne s'aggrave davantage.

UN BREF RAPPEL SUR LA DOULEUR

L'Association Internationale d'Étude de la Douleur (*International Association for the Study of Pain* – IASP) définit la douleur comme « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes ». La douleur est subjective : elle peut être ressentie de façon extrêmement différente selon les individus, mais aussi chez une même personne, selon son environnement. Ces variations s'expliquent par le lien étroit entre la douleur et le contexte psychosocial.

La recherche sur la douleur est très active. En France, le Réseau Inserm de recherches sur la douleur regroupe une trentaine d'équipes autour de thématiques de recherche tant fondamentales que cliniques. L'évaluation et la prise en charge de la douleur constituent un véritable enjeu de santé publique en tant que critère de qualité. La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002 reconnaît le soulagement de la douleur comme un droit fondamental de toute personne. La lutte contre la douleur est également une priorité de santé publique inscrite dans la loi de santé publique de 2004.¹

L'enquête de périnatalité de 2010 incluant 15187 patients montre que les trois quarts des femmes ont accouché sous analgésie, soit péridurale soit rachianesthésie². Mais la prise en charge du syndrome algique périnéal demeure un vrai problème dans les suites de l'accouchement par voie basse.

La douleur périnéale a un impact négatif sur la capacité des mères à allaiter et à répondre aux besoins du nouveau-né. Elle peut avoir une incidence sur la mise en place du lien mère-enfant et sur la santé mentale³. Cette douleur peut conduire à une diminution de la mobilité, à une gêne lors de la miction. Des douleurs lors des relations sexuelles peuvent persister au-delà de 18 mois après l'accouchement.

Pour traiter la douleur périnéale, il existe différents traitements médicamenteux ou non médicamenteux mais à ce jour peu ou pas de protocoles standardisés. Le suivi journalier en maternité dans les services de suites de couches doit permettre de dépister le plus précocement possible l'apparition de douleurs. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, une évaluation de la douleur jour après jour.

Cette douleur peut être en rapport avec une lésion périnéale, visible ou non, un œdème, un hématome, un thrombus génital (hématome puerpéral), une infection locale ou due à une complication de la suture (point trop serré, point transfixiant, désunion)^{4,5}.

L'aide instrumentale peut être également source de douleurs périnéales. De plus, peuvent se surajouter des douleurs nerveuses, ostéoarticulaires et anales⁶. Il est important égale-

La douleur périnéale a un impact négatif sur la capacité des mères à allaiter et à répondre aux besoins du nouveau-né. Elle peut avoir une incidence sur la mise en place du lien mère-enfant et sur la santé mentale.

1. Article L1110-5 du code de la santé publique. Article R6164-3 - alinéa 4 - du code de la santé publique. Article R6144-2 - alinéa 4 - du code de la santé publique. Instruction N°DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011.

2. Enquête nationale périnatale 2010. Disponible sur : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_maternites2010.pdf

3. Rajan L. *The impact of obstetric procedures and analgesia/anaesthesia during labour and delivery on breast feeding*. Midwifery. 1994; 10 (2): 87-103.

4. Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. *Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes*. Elsevier Masson - Tech Chir Gynécologie. avr 2013; 8 (1).

5. Parant O, Reme J, Monrozies X. *Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie*. Dans : *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Elsevier Masson; 1999.

6. Atienza P. *Conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement - mises à jour en gynécologie obstétrique*. Collège National Gynécologues Obstétriciens Fr. 1999; (23): 97-114.

ment de noter parfois une méconnaissance du périnée chez les femmes et une difficulté à exprimer et savoir localiser exactement la douleur.

L'accouchement peut être responsable de douleur invisible, quelques mois voire quelques années après. Les douleurs périnéales sont un motif fréquent de consultation dans les centres antidouleur (4 à 5 % des consultations) après élimination de causes organiques. Parmi ces douleurs, sont de mieux en mieux identifiées les névralgies pudendales, ilio-inguinales, génito-fémorales, les douleurs à composantes ostéoarticulaires, le syndrome myo-faciale, les douleurs d'origine musculaire et veineuse.

PRISE EN CHARGE EN MATERNITÉ

Il apparaît qu'il existe une sous-estimation de la douleur périnéale par les soignants⁷. Alors que la prise en charge de la douleur du post-partum doit être une priorité, il apparaît qu'à l'heure actuelle elle est encore banalisée. La sage-femme reste la personne privilégiée pour prévenir, dépister et traiter ces douleurs. Le post-partum est une période particulière d'un point de vue psycho-émotionnel. La mère est fragile et une douleur qui perdure peut être à l'origine d'une dépression.

Beaucoup de maternités possèdent des protocoles concernant la prise en charge douloureuse des périnées complets/compliqués mais les choses sont différentes pour l'épisiotomie ou la déchirure périnéale simple. Ainsi, au sein des structures n'ayant pas de protocole, il existe une hétérogénéité de pratiques. Ces différences sont variables d'une sage-femme à l'autre (expérience, lieux de travail) et d'un établissement de soins à l'autre. Dans les lieux où il existe un protocole écrit, celui-ci est très fréquemment non suivi et le choix de la thérapeutique dépendra du soignant prenant en charge la patiente. La prise en charge de la douleur périnéale en suites de couches devrait faire l'objet de protocoles particuliers ainsi qu'un suivi particulier dès la sortie de la maternité.

PRISE EN CHARGE À LA SORTIE DE MATERNITÉ

À l'heure où les sorties précoces sont en expérimentation, il est important de souligner l'importance d'un suivi rapide et régulier dès le retour à la maison. La place de la sage-femme dans ces premiers jours est prépondérante.

Actuellement, le service PRADO n'est pas généralisé à toutes les femmes ce qui suppose que certaines jeunes mamans sortent des maternités sans accompagnement. Peut-être serait-il, là aussi, nécessaire d'instaurer un suivi quasi généralisé...

Une meilleure compréhension des phénomènes douloureux du post-partum et l'apparition de nouvelles thérapeutiques ne peuvent qu'améliorer cette prise en charge. Les douleurs et lésions pelvi-périnéales sont susceptibles d'avoir un impact sur la vie future des patientes. L'évolution vers une douleur chronique, les troubles trophiques, l'apparition d'une béance vaginale, une cicatrisation de « mauvaise

qualité »... constituent un ensemble d'éléments pouvant conduire à une modification de perception corporelle et à des troubles sexologiques.

Lors du retour à domicile, il nous arrive de faire face à plusieurs tableaux de prise en charge du périnée. Dans la majorité des cas, aucune ou peu de plaintes de la part des patientes. Mais dans d'autres cas, nous devons faire face à des plaintes importantes même sur des périnées paraissant « intacts » ou « bien cicatrisé ».....

ET SI UN RÉSEAU DE PRISE EN CHARGE ÉTAIT CRÉÉ...

Il apparaît nécessaire et important de continuer une formation adéquate lors des études maïeutiques mais peut-être serait-il nécessaire d'aller plus loin dans cette formation et de s'orienter vers des diplômes universitaires plus spécifiques ou des formations continues spécialisées.

C'est en répertoriant ces formations qu'il serait possible d'élaborer un annuaire spécifique pour la prise en charge du périnée dès la sortie de la maternité comme il existe des répertoires sur les différentes préparations à la naissance, sur les formations acupuncture...

Afin qu'un tel réseau soit reconnu par les hautes instances ordinales, dans un premier temps nous pourrions nous appuyer sur des associations déjà existantes comme P.E.R.Y.O. N.I.S (Périnée, Education, Rééducation, Yoni, Obstétrique, Naissance, Incontinences, Sexualité) qui regroupe plusieurs professionnels.

Par l'intermédiaire de cette association, un annuaire — régulièrement mis à jour — des thérapeutes spécialisés est élaboré afin de permettre une orientation ciblée des patientes dès la sortie de la maternité ou plus tard. Parmi ces thérapeutes, on peut retrouver des sages-femmes, des gynécologues-obstétriciens, des kinésithérapeutes, des ostéopathes, des médecins dermatologues et des médecins à orientation esthétique.

Il est également précisé les équipements médicaux spécifiques comme les appareils à radiofréquence, les champs électromagnétiques...

La prise en charge en postnatal est spécifique et se doit d'être des plus attentives. Non seulement parce que ce moment du post-partum est délicat pour chaque accouchée mais aussi parce que la douleur exprimée est bien réelle et ne doit pas être classée dans la catégorie « *c'est normal, Madame* » ou encore « *cela va passer* ». Chaque intervenant autour de cette période doit être formé afin de prendre en considération les dires de ces femmes. Plus vite la plainte est considérée comme réelle, plus rapidement des solutions vont émerger afin d'éviter l'installation du cycle de la douleur pouvant entraîner, à long terme, des difficultés à la reprise d'une sexualité harmonieuse.

L'écoute, l'intérêt porté à ces femmes constituent pour elles une reconnaissance, une prise de considération pouvant avoir un effet positif sur le ressenti de la douleur.

La mise en place d'un réseau multidisciplinaire trouve là tout son intérêt afin que chaque acteur puisse intervenir précocement auprès de ces femmes. •

7. Morin C, Leymarie M. La douleur périnéale en post-partum : revue de la littérature. Rev Sage-Femme. déc 2013; 12 (6): 263-8.

Les soins en PRADO

PAR **CHANTAL FABRE-CLERGUE**, SAGE FEMME SEXOLOGUE

Lors de la première visite à domicile, la sage-femme se sent bien souvent démunie pour la prise en charge de la douleur et de la cicatrisation. Quant à la jeune accouchée, durant le séjour à la maternité elle a bien souvent trouvé peu de solutions à ses plaintes qui sont le plus souvent minimisées. Elle s'entend dire que la douleur est normale et que celle-ci va passer avec le temps, le paracétamol est peu efficace et les AINS ne peuvent être utilisés de façon prolongée surtout lorsque la femme allaite.

Or, la douleur et les conséquences d'une mauvaise cicatrisation peuvent entraîner des troubles importants sur le psychisme de la femme et impacter le bon déroulement de l'allaitement, la relation qui naît avec ce bébé et bien évidemment la reprise de la sexualité et la réappropriation de sa féminité.

La douleur et les conséquences d'une mauvaise cicatrisation peuvent entraîner des troubles importants sur le psychisme de la femme et impacter le bon déroulement de l'allaitement, la relation qui naît avec ce bébé et bien évidemment la reprise de la sexualité et la réappropriation de sa féminité.

LA DOULEUR N'EST PAS UNE FATALITÉ !

Tel est le slogan du *SOS Périnée* créé par Chantal Fabre-Clergue et porté par l'association Péryonis qui favorise le travail en réseau et l'entraide entre professionnels de tous horizons.

MAIS COMMENT FAIRE ?

Voici quelques pistes qui sont la résultante de formations, de congrès et qui ont enrichi ma pratique au quotidien.

Il est important d'écouter, rassurer et encourager nos patientes.

1 L'INTERROGATOIRE EST PRIMORDIAL

Il permet de faire raconter l'accouchement et la façon dont il a été vécu. On pourra mesurer l'état de stress, faire une évaluation de la douleur (EVA ou St-Antoine), s'enquérir de la reprise du transit et l'aider le cas échéant, ou au contraire repérer les éventuelles IA, faire le point sur les habitudes de vie (alimentation, tabac etc.).

2 FAIRE UN EXAMEN méticuleux et doux du périnée sans oublier l'anus (hémorroïdes, fissures).

3 FAIRE VOIR ET TOUCHER SON PÉRINÉE À LA PATIENTE et lui expliquer ce qu'elle voit et sent. On pourra lui proposer

très tôt de mobiliser, par des contractions douces du périnée et de l'anus, alternativement, cette zone afin d'améliorer la vascularisation locale et, de ce fait, favoriser le processus de cicatrisation, la préparer à pratiquer un travail tissulaire dans un second temps.

On pourra également travailler avec le souffle en ayant pris soin de débloquer le diaphragme au préalable ou utiliser la cohérence cardiaque.

4 NUTRITHÉRAPIE. La cicatrisation est un processus complexe mettant en action de nombreux facteurs biochimiques. Oligoéléments, vitamines B6, B9, B12, E et Mg participent à ces processus. Le zinc, le sélénium, le cuivre (à ne pas associer per os au fer), le silicium stimuleront la prolifération cellulaire et ont une action sur le tissu conjonctif.

D'où la nécessité de s'informer et se former afin de bien les utiliser.

L'alimentation et l'hydratation joueront un rôle important de ce fait également.

5 L'HOMÉOPATHIE: *arnica, apis*.

4 SOINS LOCAUX

- **Lavage.** Attention aux savons industriels trop décapants qui détruisent le film lipidique de la peau et modifient le PH.

- **L'eau de Quinton**, en application locale, est très reminéralisante.

- **L'argile verte en cataplasme.** Elle est, entre autres, antiseptique, cicatrisante, reminéralisante, absorbante et est un bon antalgique.

Quelques précautions pour son utilisation sont nécessaires : ne jamais utiliser d'objet en fer pour la préparation, préférer la porcelaine, le verre. On utilisera 1 dose d'argile pour 3 doses d'eau de source de préférence. Amalgamer avec une cuillère en bois et appliquer la pâte ainsi formée sur une serviette périodique, recouvrir avec une compresse.

Il est impératif de retirer le cataplasme avant séchage de la préparation. On le jettera et l'opération peut être renouvelée autant que nécessaire.

Nul besoin de rincer, en revanche on pourra appliquer une huile végétale hydratante comme l'onagre, l'hamamélis.

Attention cependant ! L'argile verte peut accélérer le délitement des sutures.

- **L'argent colloïdal.** Il entre dans la composition de nombreux pansements, utilisé pour son action anti-infectieuse, anti-inflammatoire, cicatrisante et antalgique.

On peut demander une préparation en officine et l'utiliser en application locale ; son action est rapide.
Il est très efficace également sur les fissures anales.

- **Le miel** a des propriétés antibactériennes, anti-inflammatoires et cicatrisantes.
Le CHU de Limoges l'utilise depuis plus de 25 ans et il est désormais disponible stérile, conditionné afin de répondre aux exigences de la législation sur les dispositifs médicaux et peut être associé dans la préparation à de l'acide hyaluronique.
L'utilisation se fera avec un pansement occlusif 2 fois par jour.
Une étude du CHU montre une cicatrisation satisfaisante dans 98 % des cas.
- **Les topiques à base de vitamine E et de zinc** seront également intéressants autant sur les cicatrices d'épisiotomie que sur les éraillures ainsi que sur les fissures anales.
On n'hésitera pas à demander conseil auprès de son pharmacien, à se former et s'informer.
- **L'huile d'onagre** avec laquelle le périnée aura été préparé apportera beaucoup de confort intime à nos patientes de par son action hydratante et pourra être utilisée dans un second temps pour le travail tissulaire.
- **Les nouvelles technologies au service des femmes** : la radiofréquence, les CEMP, la miltathérapie permettent d'aider beaucoup de femmes et mettent en jeu le travail en réseau.
- **Et que dire de la relation microbiote et cicatrisation ?**

Les pistes sont nombreuses et la liste non exhaustive. À nous, sages-femmes, qui sommes en première ligne auprès des jeunes mères, de nous emparer des possibilités de formations, du travail en réseau et des échanges qu'il permet afin que : « *la douleur ne soit plus une fatalité* ». SOS Périnée ! •

Constipation et LOSA

PAR MAUD MEUNIER, SAGE-FEMME ¹

INTRODUCTION

Jour après jour, la femme ressent les fluctuations hormonales de son cycle de vie. En effet, de la naissance à la mort, les étapes sont nombreuses, ayant toutes des répercussions physiopathologiques plus ou moins intenses sur la gent féminine.

Une étape particulièrement remarquable est celle de la gestation qui se poursuit, après le cataclysme émotionnel et physique du don de la vie, par la période du post-partum.

Nous allons nous intéresser tout d'abord aux Lésions Obstétricales des Sphincters de l'Anus (LOSA), puis à la constipation du post-partum, pour ensuite voir combien l'association des deux peut être délétère, et enfin comment la prévenir.

LES LÉSIONS OBSTÉTRICALES DU SPHINCTER ANAL (LOSA)

Les LOSA concernent les déchirures du 3^e et 4^e degrés selon la classification anglo-saxonne, ou les périnées complets non compliqués et compliqués selon la classification française (*figures 1 et 2, page suivante*).

La prévalence des LOSA se situe, selon les études, entre 0,25 et 6 % ^(1,2,3). Mais ces chiffres sont à discuter. En effet, une étude irlandaise de 1998 a montré que la recherche systématique par échographie anale des LOSA révélait une déchirure occulte du sphincter anal chez 35 % des primipares ⁽⁴⁾.

Le CNGOF, en 1999, indique 35 % de lésions du sphincter anal chez la primipare, et 40 % chez la multipare ⁽⁵⁾.

De plus, l'identification de LOSA est examinateur dépendant. Il a été révélé par une étude londonienne en 2009 que 41 % des internes et 16 % des sages-femmes décrivent un périnée simple alors qu'il existe une atteinte sphinctérienne ⁽⁶⁾. De la même façon, une étude londonienne de 2002 a montré que l'examen par un opérateur expérimenté augmentait de 15 % la mise en évidence du taux de déchirures graves ⁽⁷⁾. Ceci explique sûrement que le CNGOF recommande, en cas de doute sur le diagnostic d'une LOSA, de demander un second avis (grade C) ⁽⁸⁾.

Enfin, le côté asymptomatique des lésions des sphincters de l'anus dans les trois-quarts des cas n'est pas négligeable ⁽⁹⁾, car l'absence de plainte entraîne l'absence d'exploration et donc l'absence de diagnostic.

1. DESU Suivi gynécologique de prévention et consultation de contraception.
DESU Prise en charge des pathologies pelvi-périnéales de la femme.
Maison de Santé, Place des vents provençaux, 13 140 MIRAMAS

Au vu de ces éléments, il semble évident que la prévalence des LOSA est bien supérieure à celle initialement citée.

Nous retiendrons les facteurs de risques principaux des LOSA suivants : une courte distance ano-vulvaire, une phase d'expulsion prolongée, une macrosomie fœtale > 4 kg, une présentation occipito-postérieure, de la face ou du siège, un accouchement très rapide « en boulet de canon », ou encore une extraction instrumentale ^(1, 3, 4, 10).

À noter la morbidité importante liée aux LOSA, celles-ci engendrant un panel de conséquences non négligeables : douleurs périnéales, dyspareunie, incontinence anale, fistules recto ou ano-vaginales, sans oublier les non moindres troubles psychologiques inhérents à la honte sociale de ces symptômes ⁽¹⁾.

Car, malgré toutes les libertés, les ouvertures et les tolérances que notre société tente d'acquérir, les troubles de la sphère périnéale et qui plus est de la sphère anale font partie de ces sujets pour lesquels le tabou reste de mise, en dehors de certains cabinets médicaux.

LA CONSTIPATION DANS LE POST-PARTUM

Nous retiendrons comme définition de la constipation, des selles rares (< 3/semaine) associées à une dyschésie avec nécessité d'efforts de poussée, et une sensation d'exonération incomplète.

Le statut hormonal de la gestante explique en grande partie l'incidence augmentée de la constipation pendant la grossesse. En effet, la motricité intestinale est diminuée sous l'effet de l'impregnation hormonale œstrogénique, de l'augmentation des taux sériques de relaxine et de la diminution de sécrétion de motiline ⁽¹¹⁾. L'ensemble des phénomènes de cercles vicieux de la constipation expliquent que celle-ci ne régresse pas immédiatement dans le post-partum.

La Cochrane également nous indique que le risque de constipation dans le post-partum est majoré par la présence d'hémorroïdes, la douleur au site d'épisiotomie, les effets hormonaux de la grossesse et la supplémentation en fer ⁽¹²⁾.

De plus, anatomiquement, après un accouchement par voie basse, la paroi vaginale postérieure (Ap et Bp en classi-

Nous retiendrons les facteurs de risques principaux des LOSA suivants : une courte distance ano-vulvaire, une phase d'expulsion prolongée, une macrosomie fœtale > 4 kg, une présentation occipito-postérieure, de la face ou du siège, un accouchement très rapide « en boulet de canon », ou encore une extraction instrumentale.

fication Pop-Q) est affaïssée de 0,6 cm en post-partum, Les rectocèles également voient leur prévalence multipliée par trois ⁽¹³⁾. Or ces deux éléments sont des facteurs de risque connus de constipation.

Nous voyons donc que constipation et post-partum sont très fréquemment associés.

ASSOCIATION LOSA ET CONSTIPATION

Il a été démontré que, pendant le post-partum, la constipation était le facteur de risque le plus important dans l'apparition des fissures anales (indice de confiance de 95 %) ⁽¹⁴⁾.

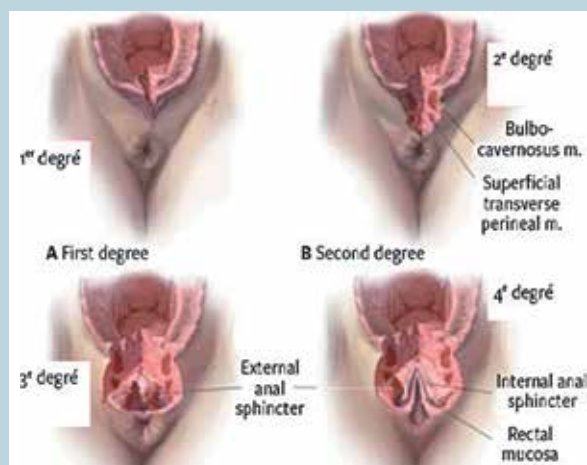
Par ailleurs, au cours des différentes phases de cicatrisation, on notera que la phase de bourgeonnement qui a lieu du 4^e jour à la 3^e semaine permet l'obtention d'un tissu qui ne possède que 20 % de sa résistance ultérieure (sachant qu'à terme le tissu cicatriciel aura une résistance de 70 % par rapport au tissu originel) ⁽¹⁵⁾.

Nous pouvons ainsi aisément imaginer combien la constipation peut mettre en péril l'intégrité d'une suture dans les premiers jours qui suivent sa réalisation.

À noter par ailleurs que cette réflexion peut tout à fait s'étendre à l'ensemble des sutures périnéales du post-partum. En effet, l'IRM dynamique a mis en évidence la descente de toutes les structures périnéales lors des efforts de poussée en post-partum ⁽¹³⁾. Cet étirement tissulaire à l'exonération, qui sera majoré par des selles dures et des

FIGURES 1 ET 2 > CLASSIFICATION DES DÉCHIRURES PÉRINÉALES À L'ACCOUCHEMENT

Classification		
Classification française	Classification anglo-saxonne	Atteinte
Périnée simple	Premier degré	Peau et muqueuse vaginale
	Deuxième degré	Peau, muqueuse vaginale et muscles périnéaux
Périnée complet non compliqué	Troisième degré	Peau, muqueuse vaginale, muscles périnéaux et sphincter de l'anus
Périnée complet compliqué	Quatrième degré	Peau, muqueuse vaginale, muscles périnéaux, sphincter de l'anus et muqueuse rectale



efforts de poussée importants, peut tout à fait engendrer la désunion d'une suture périnéale, quel que soit le degré de la déchirure puerpérale initiale.

Il semble donc indispensable, afin d'éviter la désunion des cicatrices obstétricales, de tout mettre en œuvre pour éviter une constipation dans le post-partum immédiat.

PRÉVENIR LA CONSTIPATION DU POST-PARTUM

À ce titre, la SNF de Colo-proctologie a émis en 2016 des RPC dont nous retiendrons les éléments suivants ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

- **Concernant les règles hygiéno-diététiques :** arrêter les traitements médicamenteux pouvant occasionner une constipation secondaire (tels les suppléments martiaux), améliorer la position défécatoire, augmenter l'apport quotidien en fibres, consommer des eaux riches en magnésium.
- **Concernant l'utilisation des laxatifs :** les laxatifs osmotiques sont en première ligne (lactulose, sorbitol et galactose), en combinaison avec les suppositoires d'Eductyl®. Une association par laxatif de lest (Spagulax®, ispaghul) est également possible.

À noter l'absence de passage systémique de ces traitements, et donc leur innocuité chez la femme allaitante, comme le confirme le CRAT ⁽¹⁸⁾.

À préciser également qu'il est préférable d'éviter l'utilisation de laxatifs lubrifiants comme l'huile de paraffine, ce traitement pouvant occasionner une diminution de l'absorption des vitamines liposolubles (A, D, E, K). Quant aux laxatifs stimulants, leur utilisation au long cours est fortement déconseillée.

En pratique, sachant la prévalence non négligeable à la fois des LOSA et de la constipation dans le post-partum, ainsi que le risque potentiel lorsque ces deux derniers éléments sont associés à une désunion de la ou des sutures périnéales obstétricales, sachant également l'innocuité du traitement par certains laxatifs, pourquoi ne pas prévenir la constipation de manière systématique en post-partum ?

De ce point de vue, alors que la HAS dans ses recommandations de bonne pratique de mars 2014 recommande d'interroger les femmes sur la reprise du transit dans les trois jours suivant la naissance et de n'instaurer un traitement médicamenteux qu'en cas d'échec des mesures hygiéno-diététiques ⁽¹⁹⁾. Nous pourrions proposer un traitement préventif systématique de la constipation en post-partum par un laxatif osmotique associé aux suppositoires d'Eductyl® et/ou au laxatif de lest, en complément bien sûr des mesures hygiéno-diététiques idoines. Ce traitement serait allégé voire stoppé en fonction de la reprise réelle d'un transit physiologique.

CONCLUSION

La période du post-partum est une période de clivage psychologique pour la femme : elle devient à la fois une mère, une femme et une compagne, le tout au sein d'un couple parental. Cette période de déséquilibre demande de l'énergie pour préserver une harmonie personnelle et familiale. Dans cette période de troubles, essayons de garantir

Il a été démontré que, pendant le post-partum, la constipation était le facteur de risque le plus important dans l'apparition des fissures anales.

l'unicité de la femme dans son corps et dans son périnée, en évitant une désunion de cicatrice causée par la constipation et les importants efforts d'exonération qui y sont rattachés.

Ainsi, et pour la santé globale des femmes et de leur périnée, un traitement systématique de la constipation, qu'il soit curatif ou préventif semble être une nécessité pour toutes les femmes en maternité ayant eu un accouchement par voie basse. •

RÉFÉRENCES

1. Courjon M. et al, 2012, *Prise en charge des déchirures périnéales obstétricales sévères*, CHU de Besançon, consulté sur : <https://www.chu-besancon.fr/smf/pdf201206/12-06-07.pdf>
2. <https://www.chu-besancon.fr/smf/pdf201206/12-06-07.pdf>
3. Poncioni Julie, 2017, *Les déchirures complètes et/ou compliquées*, Mémoire de Sage-femme, consulté sur http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2017_PONCIONI_JULIE.pdf
4. Thubert T., 2018, *Definition, epidemiology and risk factors of obstetric anal sphincter injuries : CNGOF Perineal Prevention and Protection in Obstetrics Guideline*, CNGOF.
5. Donnelly V, 1998, *Obstetrics events leading to anal sphincter damage*, consulté sur PubMed.
6. P. Atienza et al., 1999, *Conséquences sphinctériennes anales de l'accouchement*, CNGOF.
7. Sultan AH, 1995, *Obstetric perineal trauma : an audit of training*, Journal of Obstetrics and Gynecology, vol 15, num 1.
8. Ruwan J Fernando, 2002, *Management of obstetric anal sphincter injury : a systematic review & national practice survey*, BMC Health Services Research.
9. G Ducarme et al., 2018, *Prévention et protection périnéale en obstétrique. Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF*.
10. Godeberge P., 2013, *Périnée et grossesse*, Hépatogastro et Oncologie digestive, vol. 20 n° 8.
11. Université Médicale Virtuelle Francophone, 2014, *Complications traumatiques de l'accouchement*, consulté sur http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/complications_traumatiques/site/html/cours.pdf
12. FMC en HGE, 2011, *Proctologie de la femme enceinte (post-partum exclu)*, consulté sur <https://www.fmcgastro.org/postu-main/archives/postu-2011-paris/textes-postu-2011-paris/proctologie-de-la-femme-enceinte-post-partum-exclu/>
13. Turawa EB et al., 2014. *Interventions pour le traitement de la constipation post-partum*, Cochrane.
14. Marès P., 2012, *Périnée - Obstétrique - Sexualité, une liaison dangereuse*, Power point, Marseille.
15. Abramowitz L et al, 2003, *Epidemiology of anal lesions (fissure and thrombosed external hemorrhoid) during pregnancy and post-partum*, Gynécologie, Obstétrique & Fertilité
16. Verola O., 2006, *Aspect anatomo-pathologique de la cicatrisation*, consulté sur <http://www.cicatrisation.info/notions-de-base/histologie-de-la-cicatrisation.html>
17. Pr Vitton et al., 2016, *RCP Prise en charge de la constipation*, SNF de colo-proctologie.
18. Actualités pharmaceutiques, 2009, *La constipation au cours de la grossesse*, n° 486.
19. *Laxatifs, grossesse et allaitement*, 2018, consulté sur www.lecrat.org
20. HAS, 2014, *Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. Recommandations de bonne pratique*.

Utilisation de la Miltathérapie dans la prise en charge des douleurs du post-partum

PAR **GRAZIA SABATINO**, SAGE-FEMME

Les professionnels de la naissance (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens...) sont confrontés quotidiennement à la douleur des femmes. Une douleur non traitée est source de complications physiques et psychologiques qui ne sont pas négligeables ⁽¹⁾. Celle-ci peut impacter la relation mère-enfant, la mère pouvant, par exemple, avoir des difficultés à allaiter son bébé du fait d'une déchirure ou cicatrice de césarienne douloureuse.

A l'heure d'aujourd'hui, nous disposons d'un panel d'outils thérapeutiques médicamenteux ou non pour permettre sa bonne prise en charge.

En 2018, le Conseil National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a rédigé des recommandations pour la pratique clinique dans le post-partum immédiat ⁽²⁾.

« En cas de douleurs périnéales, les AINS par voie orale doivent être proposés en première intention (accord professionnel). Il est possible de les administrer à la femme allaitante sur une courte durée (grade C). Et l'application de sacs de glace ou de coussinets froids peut constituer une alternative ou un complément aux traitements antalgiques médicamenteux (grade C) ⁽²⁾. »

À côté de ces mesures, d'autres moyens non médicamenteux sont retrouvés et utilisés dans les services de maternité ou dans les cabinets libéraux comme l'application d'argile verte ⁽³⁾ ou le recours à des nouvelles technologies dont la MILTA-thérapie, développée par la société française Physioquanta.

LA MILTA-THÉRAPIE REPOSE SUR LA PHOTOBIMODULATION

Celle-ci correspond à l'ensemble des effets biologiques non thermiques et non cytotoxiques provoqués par l'exposition des tissus à des sources de lumière dont les longueurs d'onde se situent dans le champ du visible et du proche infrarouge ⁽⁴⁾.

Une fois absorbée par les chromophores endogènes, la lumière déclenche des réactions biochimiques à l'origine de modifications physiologiques. À court terme (de quelques minutes à quelques heures), il est observé une augmentation du flux sanguin à l'origine d'une meilleure oxygénation tissulaire et d'un effet analgésique. Et à long terme (de quelques

La photobiomodulation correspond à l'ensemble des effets biologiques non thermiques et non cytotoxiques provoqués par l'exposition des tissus à des sources de lumière dont les longueurs d'onde se situent dans le champ du visible et du proche infrarouge.

jours à quelques semaines), l'application de la lumière stimule la réparation tissulaire et la diminution de l'inflammation ⁽⁴⁾.

En 2006, le Professeur Bjordal publie une revue de la littérature reconnaissant l'efficacité de la photobiomodulation dans la prise en charge de la douleur aiguë et dans la lutte contre l'inflammation. Son efficacité serait équivalente aux AINS en matière d'inflammation ⁽⁵⁾.

Les conséquences de la stimulation par photobiomodulation sur la peau et les muqueuses sont nombreuses :

- Une action anti-inflammatoire liée, entre autres, à la diminution de la production de cytokines pro-inflammatoires ;
- Une action cicatrisante par augmentation de la production de collagène, de la microcirculation et de la trophicité tissulaire ;
- Une action antalgique grâce à la diminution de production de facteurs allogènes et une augmentation de TRPV1 ;
- Et la possibilité de l'utiliser en complément pour l'optimisation des résultats des traitements par lasers thermiques, técarthérapie et injection d'acide hyaluronique ou PRP ⁽⁴⁾.

En 2003, Kimplova et son équipe confirment l'efficacité de la photobiomodulation dans la cicatrisation d'épisiotomies avec une accélération de la régénération tissulaire et une diminution des désunions dans le groupe de patientes traitées ⁽⁶⁾.

La MILTA-thérapie repose sur l'utilisation d'un générateur MILTA et de ses accessoires dont un Miltapod et un panneau articulé. Cet appareil est le MILTALED (norme CE).

Il est équipé de la dernière génération de lasers froids nano-pulsés, de diodes trichromiques et infrarouges et d'un

aimant permanent. Ces technologies permettent d'avoir une action stimulante rapide, efficace et non thermique sur les tissus. L'émetteur Miltapod pourra être mis au contact de la peau, recouvert au préalable d'un protège-sonde adapté. Quel que soit le soin proposé à la patiente, il est primordial que la plaie soit propre. L'hygiène reste un critère indispensable pour la bonne cicatrisation.

L'opérateur sélectionne le programme préétabli (anti-inflammatoire, antalgique, cicatrisant...). Les programmes sont les mêmes sur le Miltapod et sur le panneau, seuls la surface traitée et le temps de traitement différent (en moyenne 5 minutes pour le Miltapod et 10 minutes pour le panneau). En fonction du programme choisi, la couleur et la fréquence de pulsation de la lumière seront différentes. Par exemple, pour une action anti-inflammatoire, on aura du rouge et de l'infrarouge clignotant en simultané (pulsations rapides, non perceptibles à l'œil nu) ⁽⁴⁾.

Le nombre de séances proposé est variable en fonction de la réponse clinique de la patiente et de la pathologie à traiter.

CONCLUSION

Pour conclure, la prise en charge d'une douleur est primordiale. Les professionnels ne sont pas forcément équipés mais ils peuvent adhérer à une association comme Péryonis pour se constituer un réseau ⁽⁷⁾. Créée en 2013 par des sages-femmes, elle réunit des thérapeutes d'horizons divers soucieux d'offrir aux femmes les meilleurs soins possibles. Ainsi, sur son site internet, est accessible gratuitement un annuaire national de professionnels avec leurs spécialités et les équipements dont ils disposent.

La douleur n'est pas une fatalité et une solution existe même des années plus tard. •

RÉFÉRENCES

1. SABATINO G. *Les dyspareunies post-césariennes* [mémoire]. Nîmes : Faculté de Médecine Montpellier ; 2018.
2. CNGOF. *Post-partum : recommandations CNGOF pour la pratique clinique*. 1^{re} éd. Issy-les-Moulineaux : Éditions Elsevier Masson ; 2018.
3. FABRE-CLERGUE C. *Prendre en charge la douleur et la cicatrisation*. Paroles de sages-femmes 2018 ; 24 : 31-30.
4. BEN ABBES TAARJI H. *Miltathérapie en gynécologie* [mémoire]. Nîmes : Faculté de Médecine Montpellier ; 2018.
5. BJORDAL JM, JOHNSON MI, IVERSEN V, AIMBIRE F, LOPES-MARTINS R. *Low-Level Laser Therapy in Acute Pain : A Systematic Review of Possible Mechanisms of Action and Clinical Effects in Randomized Placebo-Controlled Trials*. Photomedicine and Laser Surgery, (24), 2, 2006, p. 158 - 168.
6. KYMPLOVÁ J, NAVRÁTIL, KNÍZEK J. *Contribution of phototherapy to the treatment of episiotomies*. J Clin Laser Med Surg. 2003 Feb ; 21 (1): 35-9.
7. DEBANNE NAVAS S, GENGEMBRE V. *Projet de mise en place d'un réseau de prise en charge du périnée* [mémoire]. Nîmes : Faculté de Médecine Montpellier ; 2017.

« CHÉRI, JE T'AIME MAIS JE NE PEUX PAS »

Quand faire l'amour est devenu impossible

PAR VICKY GENGEMBRE, SAGE-FEMME LIBÉRALE, UZÈS

La période du post-partum est une période très délicate aussi bien pour la femme que pour le couple. C'est une période de chamboulement corporel, hormonal, social et psychologique. Il n'est pas toujours facile de la traverser. Toutes les histoires ne sont pas les mêmes que celles de l'héroïne du merveilleux livre d'Eliette Abécassis, « Un heureux événement », qui crie et pointe du doigt tout ce que les magazines gravitant autour de la maternité tentent d'édulcorer.

Le couple amoureux devient un couple parental qui doit trouver ses marques aussi bien avec ce nouveau petit être qu'avec la nouvelle personne féminine ou masculine qui est en face d'eux à présent. Comment rester amants lorsqu'on devient parents ? Il est vrai que dans un premier temps le désir sexuel n'est pas la priorité de la mère. Mais une fois qu'elle aura pris ses repères, ce désir sexuel envers son partenaire ou tout simplement le désir de faire plaisir à l'autre, qui est aussi une preuve d'amour, va se manifester. Quand ? Comment ? Seule l'histoire du couple en a la clé.

L'insensibilité de la zone est un problème que l'on peut rencontrer en post-partum. Il est toutefois difficile d'évaluer sa proportion car bien souvent les femmes n'ont pas conscience, avant un accouchement, de leur périnée, ou n'ont pas essayé de le ressentir. Ce phénomène est transitoire, lié parfois à une sidération des nerfs. Il y a parfois une diminution des sensations, due au relâchement périnéal, qui est rarement ou clairement identifié par une plainte « *je ne sens rien* » ou « *mon conjoint ne sent rien* ». Mais dans ces deux cas, la rééducation périnéale va permettre aux patientes de vite retrouver leur ressenti.

Or, lorsque ce désir est présent mais que la première fois revêt un caractère douloureux, que faire ? Réessayer sans en parler en se disant que cela va passer ? Taire la douleur et la subir ? Ou crier haut et fort que c'est impossible ? Chaque couple va avoir sa réponse car chaque couple a construit des bases différentes.

Il est vrai que la règle des 3 CS serait l'idéale : Communication, Confiance, Complicité et Sexualité. Lorsque les 3 C sont réunis, il est plus facile de parler du S.

Il est vrai que la règle des 3CS serait l'idéale : **Communication, Confiance, Complicité et Sexualité.** Lorsque les 3 C sont réunis, il est plus facile de parler du S.

La plupart du temps les conjoints sont compréhensifs mais combien de temps ? Combien de temps vont-ils accepter des rapports sans pénétration car c'est souvent là, au départ que la douleur va s'installer. Et vers qui va se tourner la femme ? À qui va-t-elle, à nouveau exhiber sa vulve ? Cette vulve qui durant des siècles a été un objet de refoulement dans la société occidentale. Cette vulve qui est meurtrie, douloureuse, qui n'est plus celle que son partenaire a connue, qui est sèche, béante, rouge, insensible et parfois même au simple regard, est la même que celle d'avant mais impénétrable. Cette vulve qui durant les quatre jours en maternité a été douloureuse mais dont la douleur n'a pas été reconnue ou minimisée car « il est normal d'avoir mal ». Cette phrase qui résonne encore et qui la fait culpabiliser auprès de son partenaire car elle « n'est pas capable » de supporter la douleur d'une simple pénétration, acte d'amour dans un couple.

Les formes sous lesquelles vont apparaître les douleurs de la zone du plaisir, la zone intime, sont diverses et variées. Elles peuvent revêtir différents aspects que seule la femme est capable de décrire. Le symptôme est au centre de la première consultation. La douleur occupe toute la scène. L'utilisation des échelles de douleur nous permet à nous, praticiens, d'évaluer cette douleur. Mais trop souvent, elle ressort comme étant une douleur normale, minimisée. Il faut alors insister pour dire que non, la douleur, lors d'un rapport sexuel consenti avec un être désiré, n'est pas normale.

Ce n'est pas dans l'imaginaire. La douleur est bien présente car les cicatrices restantes sont, soit psychiques, soit somatiques, soit une sécheresse vaginale qui est tout à fait physiologique en post-partum immédiat, soit sous forme de petites taches rouges telle une groseille à l'entrée de leur vulve, soit une petite bride invisible à l'œil ou au toucher si on ne la cherche pas et que tout frottement est insupportable, encore plus avec un préservatif qui multiplie par trois ces frottements alors que la peau du pénis, elle, coulisse doucement.

Toutes ces douleurs sont vite rattachées à la cicatrice, que ce soit une épisiotomie ou une déchirure. On entend souvent la femme nous dire « c'est à cause... ». Mais pas toujours, car quand la douleur est plus profonde, elles ne comprennent pas. Elles ont vite oublié que l'ensemble de leur périnée a été distendu. Ce diaphragme pelvien étendu de part et d'autre du bassin osseux a subi pendant l'accouchement une ampliation importante mais il n'a pas été épargné non plus pendant la grossesse avec une prise de poids, des décharges hormonales, une posture inadaptée. Il est donc essentiel que ce diaphragme soit rééquilibré en rendant de la mobilité au bassin osseux. Car la moindre

tension, la moindre asymétrie aura une répercussion, d'une part sur la qualité de la rééducation périnéale, mais aussi lors des rapports amoureux qui seront douloureux lors des va-et-vient, lorsque le pénis viendra buter contre une toile de tente très tendue alors que d'habitude il est accueilli par un coussin moelleux.

D'autres douleurs peuvent apparaître au niveau du clitoris, au moment de la jouissance, une décharge douloureuse vient lui retirer ce droit au plaisir.

Il existe des professionnels de santé qui se sont spécialisés dans l'approche de cette douleur intime. La sage-femme, au cœur de l'intimité des femmes et des couples, a donc sa place dans cette prise en charge. Un annuaire de spécialistes a été créé via l'association Peryonis qui regroupe des personnes compétentes dans ce domaine et qui pourront répondre au plus proche des demandes aussi bien des femmes que des autres professionnels de santé.

De nouvelles technologies sont apparues, donnant des résultats prometteurs pour la prise en charge des douleurs. Des séances de 30 minutes qui, dès la première consultation, permettent aux femmes de repartir avec une EVA (échelle analogique reproductive) diminuée, qui peuvent s'asseoir, qui ressentent un bien-être et qui entrevoient une lumière au bout du tunnel dans lequel elles sont depuis quelques mois, voire quelques années malheureusement pour certaines.

Les femmes « exhibent » une vulve douloureuse, blessée, repoussante, méconnue, qu'elles n'aiment plus et nous, nous devons les aider à les regarder différemment, les accepter avec ce nouveau visage, voir aussi, accepter les nouvelles sensations qui ne sont pas forcément moindres mais inhabituelles, qu'elles doivent apprivoiser.

Alors il est vrai que plusieurs de ces douleurs sont invisibles si on ne les cherche pas. Mais ce n'est pas pour autant qu'il faut dire qu'elles n'existent pas. Il y a une rupture entre les patientes et leur vulve qui devient une vulve maudite. Celle qui empêche le plaisir bien que le désir soit présent. Nous voulons que nos patientes retrouvent la joie de vivre une sexualité épanouie, la joie d'être des femmes. Les femmes « exhibent » une vulve douloureuse, blessée, repoussante, méconnue, qu'elles n'aiment plus et nous, nous devons les aider à les regarder différemment, les accepter avec ce nouveau visage, voir aussi, accepter les nouvelles sensations qui ne sont pas forcément moindres mais inhabituelles, qu'elles doivent apprivoiser. •

14
novembre

LES DIALOGUES DE L'OBSTÉTRIQUE

ANCIENNEMENT "JE SUIS LA SAGE FEMME"

2019

Une réunion des Comités et Responsables de rubriques des Dossiers de l'Obstétrique

Jeudi 14 novembre 2019

UIC-P, 16 rue Jean Rey, 75015 Paris

SESSION I : PRESCRIPTIONS ET DIRECTIVES QUALITÉ

- Traitement des données médicales et les obligations juridiques RGPD (en établissement de santé et en cabinet libéral)
- La mise au point du calendrier vaccinal
- L'« hésitation vaccinale » : freins et acceptations des patients
- L'« hésitation vaccinale » : freins et acceptations des professionnels
- L'extension des compétences en matière de vaccination (Une confrontation Orateur Pour Discutant Contre)
- Le point sur l'extension du droit de prescription pour les SF : état des avancées
- Débat autour des médecines alternatives avec le mouvement « FakeMed »
- Perturbateurs endocriniens : incidences sur la femme, l'homme, le fœtus/nouveau-né
- Lecture du rythme cardiaque fœtal par une approche de la physiologie fœtale

SESSION II : PERTINENCE DES SOINS / BIEN-TRAITANCE

- Violences faites aux femmes, violences obstétricales : définitions, champ d'application
- Faisabilité de « la peau à peau » en cours de césarienne
- Soins de développement néonataux : ce qui se fait en néonatalogie/réanimation est-il transposable en maternité
- Allaitement maternel : une approche anthropologique et sociologique (influence des cultures, freins, allaiter en public, lactation induite dans les couples homosexuels)
- Accompagnement des parents dans le cadre du deuil périnatal

ATELIERS

Atelier 1 : Pose de DIU

Atelier 2 : Pose d'un implant de contraception

Atelier 3 : Manœuvres obstétricales : simulation avec un mannequin

Atelier 4 : Mise en pratique de la lecture du RCF avec approche physiologique

Atelier 5 : La mise en place d'un Dossier Médical Partagé - un exemple en pratique

Atelier 6 : L'installation en pratique libérale

Atelier 7 : La gestion Comptable et administrative du Cabinet Libéral

Atelier 8 : La responsabilité juridique de la Sage-femme

Atelier 9 : La santé des soignants

Atelier 10 : L'allaitement

Atelier 11 : Les prescriptions difficiles pour la SF

14
novembre

INFECTIOLOGIE
ET HYGIÈNE
MÈRE-ENFANT

2019

15 - 16
novembre

47^{ES} JOURNÉES
JEAN COHEN
Gynécologie Obstétrique et Reproduction

2019

L'INSCRIPTION AU CONGRÈS DONNE ACCÈS AUX
47^{ES} JOURNÉES JEAN COHEN
QUI SE DÉROULERONT AU MÊME ENDROIT LES 15 ET 16 NOVEMBRE

Des journées du centre de Formation des Editions ESKA de la revue DO.
Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRÈS
Contacts : Serge KEBASTCHIEFF, Alicia GORILLIOT, 12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél. : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35 - E-mail : congres@eska.fr - Site : www.eska.fr

