

## DE LA GLOBALITÉ DE LA NAISSANCE

# Stress et Grossesse: risques, prévention et prise en charge, en Préparation Globale à la Naissance® MÉTHODE DE VALORS

PAR AURORE DRUGMANNE, SAGE-FEMME, SOPHROLOGUE\*

*« Si petit qu'il soit, un enfant, à qui sa mère et/ou son père parle (nt) des raisons qu'ils connaissent ou qu'ils supposent de sa souffrance, est capable d'en surmonter l'épreuve en gardant confiance en lui et en ses parents. »*

FRANÇOISE DOLTO

## INTRODUCTION

**L**ors de mon travail quotidien auprès des femmes enceintes (sage-femme libérale et hospitalière), j'ai pu constater que le stress est pour beaucoup d'entre elles, omniprésent pendant la grossesse... C'est plus particulièrement lors de l'entretien prénatal précoce du 4<sup>e</sup> mois, que celui-ci est mis à jour, lorsqu'un temps est donné aux futures mères et/ou parents, pour livrer leur ressenti et leur vécu de la grossesse.

Cependant, nous pouvons constater, lors des consultations prénatales, que les maux de la grossesse peuvent être majorés chez les patientes anxieuses ou stressées.

Les multipares ne sont guère épargnées puisqu'elles sont également sujettes à l'anxiété prénatale, même si les modalités d'apparition pendant la grossesse diffèrent selon qu'il s'agisse d'un premier, d'un deuxième bébé ou plus.

Bon nombre de patientes hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré, se plaignent également d'anxiété prénatale, et puisque l'on connaît le lien entre celle-ci et les contractions précoces, il paraît déterminant de se préoccuper du bien-être émotionnel des futures mères, autant que de l'aspect médical de la grossesse<sup>(32)</sup>.

En tant que sage-femme, j'ai toujours été convaincue de l'importance de l'accompagnement des mères quant aux émotions difficiles et aux peurs qui les traversaient.

Je reprenais des études de psychologie et de gestion du stress, à la recherche d'outils permettant d'accompagner et d'aider les futures mères, quand j'ai rencontré Marie-Hélène De Valors, créatrice de la méthode « Préparation Globale à la Naissance®, Méthode De Valors® » (ci-après PG). Grâce à elle, je dispose désormais des « clefs » afin de pouvoir leur apporter une aide circonstanciée.

\* Aurore Drugmanne, Sage-femme, Sophrologue, DU Médecine préventive en santé des femmes, DU Gestion du Stress et de l'Anxiété, Formatrice en Préparation globale à la Naissance®, Méthode De Valors®. Site : nposagesfemmes.org

Cette méthode de préparation à la naissance et à la parentalité associe les différentes techniques nécessaires à la transformation et à la libération des peurs provenant de l'enfance, qui sont réactivées durant la période de vulnérabilité psychique que représentent la grossesse et le post-partum.

En effet, la principale découverte de cette grande accoucheuse est que pendant la grossesse, la patiente passe en « transparence psychique » (le seuil de censure séparant le conscient et l'inconscient devient alors perméable).

Ce mécanisme permet au contenu inconscient (patterns ou « modèles éducationnels ») d'émerger dans le conscient, créant une déstabilisation du « moi », voire un morcellement de celui-ci.

Grâce à la PG, M<sup>me</sup> De Valors a préparé avec succès plus de 6 300 femmes à la naissance et à la parentalité. Elle a consacré sa carrière à la recherche et à l'enseignement de cette méthode et formé plus de 800 sages-femmes, ainsi que des psychologues et des médecins spécialisés en pédiatrie, et en gynécologie-obstétrique.

Ayant moi-même pu objectiver les bénéfices de la PG pour les futures mères, et après plusieurs années de formation et de supervision auprès d'elle, je succède à M<sup>me</sup> De Valors et j'enseigne la formation dans les grandes villes françaises.

La patiente préparée à l'accouchement en PG appartient à toutes les couches sociales. Elle est considérée comme « normale ». Elle n'est pas en situation de précarité et ne présente pas de trouble psychique chronique. Sa demande est simple : bien accoucher et/ou bien faire pour son enfant. Elle est volontaire pour un travail de prise de conscience pendant sa grossesse, avec les techniques sophroniques, comme outil majeur.

Les effets délétères du stress sont aujourd'hui bien connus. Or, le fait de délivrer cette information aux mères peut être source de culpabilité, et accroître ainsi leur anxiété.

En prévention, il convient donc de leur proposer des solutions leur permettant de diminuer, voire de dépasser ce stress. C'est la raison pour laquelle, la sage-femme soucieuse d'aider les patientes à vivre une grossesse sereine devrait se former aux outils permettant de diminuer le stress et l'anxiété prénataux.

La PG et ses pratiques de sophro-pédagogie médicale nous permettent de former les futures mères afin qu'elles soient autonomes, actives et responsables (au sens positif du terme) de leur grossesse.

Nous reviendrons en fin d'article sur une étude démontrant l'efficacité de la PG, concernant le vécu positif des patientes quant à leur grossesse et leur accouchement, le calme des bébés issus des grossesses préparées avec la méthode et la sérénité des jeunes mères durant la période postnatale.

## ÉTAT DES LIEUX DU STRESS ET DE L'ANXIÉTÉ PRÉNATAUX

La grossesse et la naissance sont considérées pour la plupart des gens comme un heureux événement de la vie. Cependant, elles font également partie des événements les plus stressants dans la vie d'une femme<sup>(16, 22)</sup>, surtout lorsqu'il s'agit d'une première grossesse<sup>(19)</sup>.

Selon Daniel Stern, pédopsychiatre, la grossesse est « un stress en soi », car elle correspond à une crise maturative<sup>(33)</sup>. En effet, cette période est le siège de changements rapides et significatifs et nécessite pour la future mère des réactions d'adaptation afin de maintenir son bien-être émotionnel<sup>(3, 23)</sup>.

Les changements sont d'ordre biologiques<sup>(3, 16, 23)</sup>, physiques<sup>(7, 19)</sup>, hormonaux<sup>(7)</sup>, sociaux<sup>(3, 13, 16, 19, 23)</sup> et psychologiques<sup>(3, 13, 16, 23)</sup>. Ceci pour toutes les raisons qui ont été évoquées : changements de rôles<sup>(19)</sup> (de fille de ses parents, à mère de son enfant), augmentation du stress, incertitudes et peurs rencontrées par la gestante<sup>(7)</sup>.

Chaque femme peut donc réagir différemment selon sa personnalité, son histoire, ses patterns ou modèles éducationnels vécus dans l'enfance, son expérience personnelle et le nombre de grossesses antérieures.

Le niveau de stress associé à cet événement peut donc différer d'une femme à l'autre<sup>(21)</sup>.

Lorsque les défis de la transition vers la parentalité sont considérés comme stressants et ne sont pas relevés par une adaptation de la part des futures mères, il est possible que celles-ci vivent une détresse posant un risque pour leur propre santé et leur bien-être, ainsi que pour celui de l'enfant en développement<sup>(3)</sup>.

En effet, le développement de la santé mentale et physique de l'enfant à naître débute in utero, et le fait d'être exposé à la détresse psychologique maternelle représente un risque réel pour le foetus<sup>(18)</sup> (cf. point 3.2). Le fait de réduire la détresse périnatale est donc un objectif vital de santé publique<sup>(20)</sup>.

Selon certaines études, le pourcentage de femmes enceintes souffrant d'anxiété prénatale, varierait selon l'âge gestationnel :

- **Au cours du deuxième trimestre**, elle concerne jusqu'à 12 à 15 % des gestantes ;
- **Au cours du troisième trimestre**, elle concerne jusqu'à 14 % des gestantes, mais une étude a recensé jusqu'à 50 % des femmes enceintes à ce stade de la grossesse<sup>(16)</sup>.

Plusieurs études indiquent que les symptômes d'anxiété peuvent être plus élevés pendant la grossesse que pendant la période postnatale.

Enfin, 25 % des gestantes présenteraient un niveau élevé de peur de l'accouchement (FOC\*) évalué par le questionnaire *Wijma Delivery Expectancy*.

Or, ces peurs de l'accouchement affectent négativement la santé mentale des femmes, ainsi que leur adaptation à la période néonatale<sup>(2)</sup>.

Les préoccupations maternelles concerneraient : leur propre santé, celle de leur bébé, le déroulement du travail et de l'accouchement, les soins à dispenser à leur nouveau-né durant la période postnatale<sup>(7, 18)</sup>, les changements significatifs induits par la naissance dans leur vie<sup>(7)</sup>, la peur de la douleur, celle de l'épissiotomie, ou encore la peur inconsciente de la mort en couches, tant pour elles-mêmes<sup>(2, 34)</sup> que pour l'enfant<sup>(2)</sup>.

Si les futures mères ont peur de perdre leur foetus/bébé, c'est souvent une expression de leur angoisse ; soit il s'agit de la peur de devenir mère (car elles ne se pensent pas à la hauteur), soit il y a eu un antécédent personnel ou dans l'entourage proche de décès néonatal.

Les peurs prénatales, enseignées en niveau 1 de la PG, peuvent être différenciées en trois catégories et concernent principalement : les peurs personnelles, traditionnelles ou archaïques et les peurs actuelles.

## LES CONSÉQUENCES DU STRESS ET DE L'ANXIÉTÉ PRÉNATAUX

### POUR LA MÈRE

#### ■ Pendant la grossesse

D'après les résultats des études sur le sujet, une femme enceinte sujette au stress et à l'anxiété en période prénatale, peut présenter les troubles physiologiques et les symptômes suivants :

- troubles du sommeil<sup>(2)</sup>
- fatigue<sup>(12)</sup>
- perte de poids<sup>(16)</sup>
- hypertension artérielle<sup>(19, 12)</sup>
- majoration des petits maux de la grossesse (nausées, vomissements, etc.)<sup>(12, 16)</sup>

En outre, la grossesse sera plus à risque de complications obstétricales<sup>(7)</sup>, telles que fausse couche<sup>(16)</sup> ou prééclampsie<sup>(12, 13, 16, 19)</sup>.

Les patientes soumises au stress et à l'anxiété en prénatal présentent également un risque accru de consommation d'alcool et de tabac<sup>(7, 10)</sup>.

Elles encourrent également un risque accru de développer des symptômes dépressifs au cours de la grossesse<sup>(2, 15, 13, 22, 23)</sup>. En effet, 1 femme enceinte sur 3 présenterait des symptômes comorbides de dépression et d'anxiété<sup>(22)</sup>.

#### ■ À l'accouchement

Les risques pour les futures mères concernées sont : la demande accrue de soins de santé pendant la période périnatale<sup>(2, 7)</sup> : analgésiques pendant le travail<sup>(1)</sup>, césarienne ou demande préalable de l'anesthésie péridurale alors que la douleur est peu ressentie<sup>(1, 2)</sup>, voire majoration des demandes d'épissiotomie<sup>(16)</sup>, due à la peur de la déchirure périnéale.

Les études ont révélé également une augmentation accrue de la perception de la douleur<sup>(21)</sup>, ainsi que des accouchements plus difficiles pour les patientes concernées<sup>(1)</sup>.

Ces dernières présentent également un risque accru d'accouchement prémature<sup>(2, 3, 7, 8, 10, 13, 14, 16, 23)</sup> ou inversement, d'accouchement à terme dépassé<sup>(19)</sup>.

Comme nous l'avions exposé dans l'article « *Le versant psychique de l'accouchement* »<sup>(38)</sup>, la peur de l'accouchement peut retarder la sécrétion des hormones par le cerveau

inconscient (hypophyse-hypothalamus), à l'origine de la mise en route du travail physiologique.

### ■ En post-partum

Durant la période postnatale, les patientes concernées pourraient présenter une vulnérabilité accrue aux troubles de l'humeur<sup>(19)</sup>, aux troubles psychologiques<sup>(16)</sup>, aux troubles de stress post-traumatiques<sup>(2)</sup>, ainsi qu'aux troubles dépressifs<sup>(1, 3, 14, 18, 19, 22)</sup>. La dépression postnatale concerneait entre 12 et 16 % des femmes ayant été soumises au stress en anténatal<sup>(18, 23)</sup>.

Il est à noter, qu'en cas de dépression postnatale, les femmes deviennent deux fois plus susceptibles de connaître de nouveaux épisodes dépressifs au cours des cinq prochaines années (Cooper, 1995)<sup>(10)</sup>. Les résultats révèlent également que les patientes concernées relataient un vécu négatif de l'accouchement<sup>(2, 21)</sup>, ou de la période postnatale<sup>(2)</sup>. Elles sont également plus à risque de développer des phénomènes auto-immuns en post-partum<sup>(19)</sup>, ainsi que des difficultés d'allaitement<sup>(19, 21)</sup>.

Enfin, concernant la vie de famille, les études révèlent une augmentation de la fréquence des conflits de couple en post-partum<sup>(3, 10)</sup>, d'actes de négligence et/ou de violence parentale<sup>(3)</sup>, une altération des relations familiales et du lien à l'enfant<sup>(22)</sup>, un sentiment de moins grande responsabilité envers le nourrisson<sup>(22)</sup>, ainsi qu'une réduction du soutien social<sup>(10)</sup>.

### POUR L'ENFANT

#### ■ Pendant la grossesse

Les fœtus de patientes sujettes au stress et à l'anxiété, présenteraient plus de risques de retard de croissance intra-utérin<sup>(22)</sup> avec, dans certains cas, des anomalies du développement cérébral, voire des dommages neurologiques<sup>(19)</sup>.

Ils seraient également plus exposés au risque de fausse couche<sup>(23)</sup>, voire de mortinatalité<sup>(3, 23)</sup>.

#### ■ À la naissance

Les nouveau-nés des patientes concernées, présenteraient un risque accru de morbidité et/ou de mortalité à la naissance<sup>(3, 19)</sup>, de naissance par césarienne en urgence<sup>(18)</sup>, de naissance prématurée<sup>(14, 18, 22)</sup>, d'admission aux soins intensifs néonataux<sup>(19)</sup>, d'infection néonatale<sup>(16)</sup>, d'insuffisance pondérale à la naissance<sup>(8, 10, 12, 13, 14, 18, 22, 23)</sup>, de microcéphalie<sup>(23)</sup>, de faibles scores d'Apgar<sup>(23)</sup>.

En outre, ces nouveau-nés auront plus de risque de présenter un comportement dépressif<sup>(22)</sup>, une mauvaise qualité de sommeil<sup>(18, 19)</sup>, une réactivité plus élevée de l'axe hypothalamohypophysaire, en réponse au stress<sup>(18)</sup>: la cortisolémie s'en trouve augmentée.

Le lien entre la mère et son enfant pourra également s'en trouver perturbé<sup>(3, 13, 15, 19, 20)</sup> avec, dans certains cas, une relation mère-enfant dysfonctionnelle<sup>(22)</sup>.

#### ■ Durant l'enfance et chez l'adulte en devenir

D'après les études sur le sujet, les nourrissons, enfants et adolescents de patientes sujettes au stress et à l'anxiété pendant leur grossesse, présenteraient une probabilité plus élevée de développer:

- **Au niveau physique:** une diminution de l'immunité adaptative<sup>(5, 14)</sup>, voire des troubles inflammatoires – comme l'asthme ou l'allergie<sup>(14, 18)</sup>;

- **Au niveau cognitif:** des troubles de déficit d'attention/hyperactivité<sup>(5, 18)</sup>, des déficits cognitifs<sup>(7, 14, 18, 20, 22, 23)</sup>, des troubles du comportement<sup>(8, 10, 14, 18, 22)</sup>, des troubles du développement neurologique et un risque de handicap<sup>(14, 23)</sup>;
- **Au niveau psychologique:** une réactivité accrue au stress<sup>(18)</sup>, des troubles anxieux<sup>(14, 18)</sup>, des troubles émotionnels<sup>(5, 22)</sup>, des symptômes dépressifs<sup>(14, 19, 22)</sup>, un tempérament difficile<sup>(5)</sup>, voire à l'adolescence et plus tard dans la vie: autisme, schizophrénie et des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité<sup>(5, 14, 19)</sup>.

En outre, ils auront plus de risque de souffrir d'une relation mère-enfant perturbée tout au long de leur enfance<sup>(3, 13, 15, 19, 20)</sup>, avec les conséquences que l'on connaît sur la construction de l'identité propre d'un individu.

De nombreuses études ont d'ailleurs révélé un risque accru de criminalité chez l'enfant devenu adulte lorsqu'il y a eu complication obstétricale à la naissance, associée à un rejet maternel<sup>(35)</sup>.

### LES MESURES DE PRÉVENTION DU STRESS ET DE L'ANXIÉTÉ EN PRÉNATAL

La PG est un outil particulièrement adapté à l'état de stress actuel des femmes enceintes, car elle permet à la mère d'être active dans son évolution, jusqu'à l'accession à la fonction maternelle.

Ce qui permet de dépasser l'anxiété maternelle, c'est le fait que la future mère puisse mettre en place sa fonction maternelle grâce à l'attachement au bébé et ceci, avant l'accouchement physique. C'est ce qui lui permet de dépasser ses peurs et cela constitue l'intentionnalité de la PG.

En effet, par ses trois piliers que sont la psycho-généalogie, le toucher affectif et la sophro-pédagogie médicale, la PG permet aux futures mères, de mettre en place leur « devenir mère », et donc de résoudre leur maternalité (construction psychique de la future mère).

Selon Catherine Bergeret-Amselek, psychanalyste, « *l'accouchement contient en condensé, pourrait-on dire, toute la maternalité qui se met en acte, qui se dramatise à travers le corps* »<sup>(36)</sup>.

Pour rappel, l'auteur a emprunté au psychiatre-psychanalyste Racamier, le terme de « maternalité »: condensation de « Maternel », « Maternité » et « Natalité ».

Par la psycho-généalogie (exploration du passé) la PG permet aux futures mères d'identifier les facteurs de stress et les peurs qui se présentent à elles, dans cette période de transparence psychique (cf. *Le versant psychique de l'accouchement*)<sup>(38)</sup>.

Une fois celles-ci identifiées, la future mère pourra comprendre l'origine de ses peurs et les explorer, dans le but de déconstruire les peurs irrationnelles, avec l'aide de la sage-femme spécialisée en PG.

Par le toucher affectif (attachement au bébé dans le présent) la future mère intègre dans son propre schéma, le schéma corporel de l'enfant et s'attache ainsi à lui.

La future mère peut développer et renforcer jour après jour un lien d'attachement fort avec son bébé. Une véritable communication tactile et émotionnelle va s'établir entre les deux êtres.

Le fœtus réagissant aux stimulations de ses parents alimentera ce sentiment de compétence maternelle et participera ainsi au renforcement du lien d'attachement mère-enfant, tout au long de la grossesse. La réponse du bébé, si minime soit-elle, rassurera la future mère et permettra de diminuer l'anxiété maternelle (une à deux stimulations journalières sont recommandées).

Rappelons que le toucher permet la sécrétion endogène d'ocytocine, bénéfique tant pour la mère que pour son fœtus puisque l'ocytocine a des propriétés relaxantes et euphorisantes<sup>(37)</sup>.

La sage-femme formée en PG pourra d'ailleurs expliquer aux futurs parents la sensorialité foetale.

La sophro-pédagogie médicale (exploration du futur) permet à la mère de construire sa fonction maternelle dans un futur positif possible et ce, grâce aux visualisations positives qui exploreront les différentes étapes de la grossesse, du travail, de l'accouchement, de la période postnatale et jusqu'à ce que l'enfant soit devenu grand.

La préparation personnelle de la future mère au vécu des contractions du travail consistera en un entraînement enregistré par la sage-femme que la future mère utilisera selon un rythme préétabli jusqu'à l'accouchement.

Cet entraînement personnel et actif de la future mère au travail de l'accouchement lui permettra la gestion autonome de ses contractions, une accélération de la dilatation et une réelle indolorisation grâce aux visualisations sophroniques, et, d'une manière générale, un accouchement facile (cf. étude exposée en fin d'article quant aux résultats de la PG).

Enfin, par des cours théoriques (relatifs à la grossesse, à l'accouchement, aux suites de couches, à l'allaitement, à la puériculture et à l'adaptation néonatale de l'enfant...), la future mère pourra se rassurer en apprenant les différentes étapes du développement du fœtus, de sa mise au monde, et de l'adaptation de celui-ci à la période néonatale.

Lors du premier entretien en PG, il est primordial d'instaurer une relation de confiance, d'alliance avec la future mère et ce, afin de pouvoir réaliser l'anamnèse la plus complète possible.

En tant que sages-femmes formées en PG, une fois que nous avons pu dresser un tableau exhaustif centré sur la future mère, il faut rechercher toutes les causes possibles du stress et de l'anxiété de celle-ci. Notre rôle est ensuite d'identifier ses peurs, la première cause de l'anxiété prénatale. Le fait d'éclairer la patiente sur celles-ci, et de trouver leur origine permet de diminuer leur impact sur son état émotionnel.

Ensuite, nous pouvons proposer à la patiente de garder à l'esprit l'origine de ses peurs, que l'entretien a permis de mettre en lumière, afin qu'elle puisse y travailler au fur et à mesure des séances de préparation à la naissance en PG.

Dans tous les cas, la prévention doit être ciblée sur les compétences maternelles. Cela passe par une personnalisation de la prise en charge du stress pour chaque gestante, d'où l'intérêt de l'entretien prénatal précoce, tel que décrit dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Selon Jean-Pierre Visier, pédopsychiatre, « *en présence de manifestations de stress, [...] l'accueil des processus émotionnels par des figures attentives est à la base de la construction du sentiment de sécurité* » et « *la protection des émotions négatives*

*par une figure humaine attentive [...] permet de moduler les réactions de stress et d'en lisser les réactions biologiques* »<sup>(25)</sup>.

Toutes les méthodes centrées sur la mère et/ou sur la relation mère-enfant se sont révélées efficaces afin de diminuer l'anxiété maternelle :

- Les techniques de relaxation et de gestion du stress<sup>(24)</sup> telles que la sophrologie obstétricale ;
- Les techniques de médiation corporelle telles que la respiration, le fait de revenir à « ici et maintenant »<sup>(24)</sup>, le yoga prénatal, tels qu'enseignés en niveau II de la PG ;
- La préparation à la naissance en règle générale, et les méthodes favorisant la création d'un lien fort avec l'enfant à naître et ce, bien avant l'accouchement, ainsi que le renforcement des connaissances de la future mère concernant la grossesse, l'accouchement, le post-partum, la vie et les rythmes du bébé<sup>(24)</sup>, correspondant à la formation des sages-femmes se spécialisant en PG.

Les autres ressources pour prévenir ou prendre en charge le stress et l'anxiété maternels :

- Le fait d'anticiper la naissance et de se préparer aux changements, afin de pouvoir improviser en post-partum ce qui ne pouvait pas être anticipé en prénatal<sup>(24)</sup>.

Pour rappel, la philosophie de la PG repose sur le fait de préparer la mère à toute éventualité, en lui donnant l'accès à ses propres ressources, de manière à ce qu'elle sache que si tout ne se passe pas comme prévu, elle a été préparée de la meilleure manière possible à l'improvisation.

Nous pouvons lui dire : « *Vous venez de vivre en visualisation, et avec émotion, la naissance de votre bébé. Ce vécu va s'engrammer dans votre mémoire cellulaire, celle du cerveau profond, ce qui vous aidera considérablement lorsque vous vivrez la naissance de votre enfant, dans la réalité* ». En s'exprimant ainsi, on active toutes les forces positives de la future mère et on évite qu'elle soit déstabilisée par un événement imprévu. Nous ajouterons : « *Cependant, si tout ne se passe pas exactement comme nous l'avions prévu, vous pourrez utiliser toutes vos compétences, quelles que soient les circonstances de la naissance* ». Lorsque l'accouchement est effectué par un obstétricien, il peut facilement avoir recours à des gestes techniques, qui n'étaient pas absolument nécessaires, mais qui sont consécutifs à son intentionnalité (rapport au monde) à la naissance. C'est ce qui peut déstabiliser les mères, dans le vécu actuel des accouchements.

C'est alors que nous pouvons prendre conscience de l'importance de la question : « *Quels sont vos points faibles* ? » lors de l'anamnèse en PG.

Il s'agit en fait des traumas possibles résultant des patterns ou modèles éducationnels (comportement de la mère ou du père, lorsque la patiente était enfant). Les plus courants sont l'abandon psychique et l'excès d'autorité.

Une prise de conscience de ses points faibles lui permettra de rester reliée à son bébé intérieurement, si pour quelque raison que ce soit une complication obstétricale venait à survenir le jour de l'accouchement.

- L'entretien prénatal précoce par les sages-femmes aussi appelé l'entretien du 4<sup>e</sup> mois de grossesse<sup>(25)</sup>
- Le fait que la sage-femme fasse une anamnèse la plus complète possible<sup>(25)</sup> reprenant tant les aspects physiques

que psychologiques, telle que celle enseignée en PG. Notons que la sage-femme devrait tenir compte des facteurs psychosociaux, en tant que facteurs de risques médicaux<sup>(25)</sup>.

- Le travail en réseau pluridisciplinaire intra/extrahospitalier, qui participe au sentiment de sécurité de la patiente<sup>(25)</sup>.
- Le fait de lutter contre l'automédication de l'angoisse, qui peut entraîner un sentiment de culpabilité.
- Le langage positif de la part du personnel soignant : il serait plus adéquat de dire « *vous avez besoin de...* », plutôt que « *n'ayez pas peur...* ».

En PG, nous insistons sur l'importance du choix des mots. En effet, l'attitude et les mots employés par le corps médical peuvent avoir un impact positif ou négatif sur le vécu et le ressenti des futures mères. Par les mots, nous pouvons entraîner un retour en arrière chez la parturiente, en lui rappelant une attitude parentale toxique subie dans l'enfance, dont les plus fréquentes sont l'excès d'autoritarisme ou l'abandon psychique (cf. article relatif aux troubles psychiques du post-partum sur nposagesfemmes.org)

- Une disponibilité accrue en prénatal : en effet la durée de disponibilité anténatale des soignants économise toujours le processus postnatal. Idéalement, les futures mères devraient être accompagnées durant la préparation à la naissance par la même sage-femme formée en PG, de manière à ce que les remontées de l'inconscient dans le conscient ou « *flashes* » puissent être accueillis et contenus par la sage-femme au fur et à mesure des prises de conscience. Il est important que la sage-femme puisse les noter sur la feuille d'anamnèse, de manière à suivre l'évolution de la mise en place du devenir-mère.

Les séances de préparation à la naissance font partie des principaux moyens par lesquels les gestantes peuvent apprendre des stratégies efficaces pour faire face aux peurs et aux douleurs du travail et de l'accouchement<sup>(1)</sup>.

Il a également été prouvé que le fait de suivre pendant la grossesse une approche intégrative de réduction du stress utilisant des pratiques reliant le corps à l'esprit peut aider à promouvoir une grossesse et une naissance eutociques.

Cette approche encourage également des comportements parentaux bénéfiques pour l'enfant, un bon développement socio-émotionnel et une bonne santé physique de l'enfant à naître<sup>(3)</sup>.

La préparation en PG, permet une :

- prise de conscience du nouveau schéma corporel de la femme,
- gestion du stress et travail sur les peurs,
- valorisation de la confiance en soi,
- attitude positive face à l'accouchement,
- gestion de la douleur : réelle indolorisation durant le travail
- mise en place du devenir-mère de cet enfant-là (accouchement psychique) avant l'accouchement physique.

La PG s'appuyant sur des techniques sophro-pédagogiques issues de la sophrologie médicale, permet d'abaisser le niveau de stress et de diminuer la durée du travail.

En outre, l'intensité algique est faible à moyenne selon les dires des patientes préparées avec la méthode et ayant donné naissance à leur enfant.

## ■ Hypothèse en PG

La courte durée de dilatation pourrait être expliquée, entre autres, par la diminution du stress et de l'anxiété maternels que les patientes préparées en PG traduisent, en fin de grossesse, par un sentiment de confiance en elle et de sérénité.

Certaines peuvent le formuler de la sorte : « *On dirait que j'ai déjà accouché* », signe que le passage somato-psychique a bien été accompli.

En effet, le stress lié à l'accouchement peut allonger la durée du travail puisqu'il engendre à la fois contraction du col utérin et inhibition des contractions utérines.

Une étude publiée dans le *Journal d'Obstétrique et de Gynécologie* en 2012 a évalué l'impact de la sophrologie sur le stress des mères dans la période périnatale, particulièrement pendant le travail et l'accouchement. Ce stress était évalué par le dosage de la biopyrine, un métabolite dont la valeur augmente face à une situation de tension. Son taux urinaire a donc été mesuré pendant et après l'accouchement chez les patientes réparties en trois groupes : les femmes pratiquant la sophrologie, les femmes ayant recours à une anesthésie et les femmes du groupe contrôle qui n'utilisaient ni l'un ni l'autre. Les résultats ont montré une baisse du taux de biopyrine chez les femmes pratiquant la sophrologie par rapport aux femmes du groupe contrôle. La diminution du stress psychologique de ces patientes était plus importante que dans le groupe des femmes employant une anesthésie. Enfin, pour 96,82 % des femmes appartenant au groupe de sophrologie, l'issue de la grossesse est un accouchement par voie basse eutocique<sup>(6)</sup>.

Comme nous l'avons détaillé ci-dessus, la PG s'appuie sur des techniques sophroniques puissantes permettant une auto-adaptation et une auto-gestion optimales du stress anténatal.

## LES EFFETS POSITIFS DE LA GESTION DU STRESS PENDANT LA GROSSESSE

### POUR LA MÈRE

#### ■ Pendant la grossesse

D'après les études sur le sujet, les techniques de gestion du stress permettent la réduction de tous les risques liés au stress anténatal, tels que les risques d'accouchement prématûre ou à terme dépassé<sup>(19)</sup>, ou encore la consommation de substances nocives<sup>(3)</sup>, etc.

La santé physique maternelle est nettement améliorée<sup>(5, 8, 16, 23)</sup>, le système immunitaire également<sup>(3)</sup>.

En outre, les femmes enceintes concernées présentent une diminution du métabolisme, de la consommation d'oxygène, de la fréquence respiratoire<sup>(19)</sup>, des paramètres pulmonaires<sup>(16)</sup>, de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle<sup>(16, 19)</sup>, ainsi que de l'activité cérébrale<sup>(19)</sup>.

À cela s'ajoute une diminution de la sensation de fatigue, par l'amélioration du sommeil<sup>(19)</sup> et une diminution des petits maux et de la sensation d'inconfort de la grossesse<sup>(16)</sup>.

Les gestantes diabétiques de type II présentent également une réduction de l'hyperglycémie<sup>(22)</sup>.

La pratique de la gestion du stress présente aussi de nombreux avantages pour la santé mentale maternelle<sup>(8, 16)</sup>. En effet, les gestantes déclarent une nette réduction des troubles de l'humeur<sup>(22, 23)</sup>, des sentiments de répression

et de colère<sup>(16, 19)</sup>, de leur niveau de stress<sup>(3, 8, 16, 19, 23)</sup> et de celui de l'anxiété<sup>(3, 8, 16, 23)</sup>.

En revanche, elles perçoivent une augmentation significative du sentiment de bien-être<sup>(3, 5, 8, 19)</sup>, de contrôle<sup>(19)</sup> et de leur qualité de vie<sup>(16)</sup>. Ces effets bénéfiques perdurent un mois suite à la mise en œuvre de la gestion du stress<sup>(22)</sup>, et disparaissent après 3 mois d'arrêt de la pratique<sup>(8)</sup>.

### ■ À l'accouchement

D'après les résultats des études, les patientes ayant bénéficié de techniques de gestion du stress et de l'anxiété en prénatal, connaîtront une meilleure issue du travail et de la naissance<sup>(5, 8, 16, 23)</sup>, avec une diminution de la durée de l'accouchement<sup>(16)</sup>, une réduction de la douleur<sup>(8, 16)</sup> et un risque nettement diminué de naissance par césarienne<sup>(19)</sup> ou d'instrumentation<sup>(16)</sup>.

### POUR L'ENFANT

Les bébés de ces patientes auront un poids plus élevé à la naissance<sup>(16, 19)</sup> et seront généralement plus calmes dans les premiers mois de vie<sup>(5)</sup> (cf. l'étude exposée en fin d'article, sur les statistiques de la PG).

### CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS

En tant que sages-femmes, notre rôle est d'informer les patientes sur les effets délétères du stress et de l'anxiété prénatals, mais également de leur faire bénéficier de techniques dont l'efficacité est prouvée, telles que la PG, afin de les aider à préserver/restaurer leur bien-être émotionnel, bénéfique pour la dyade mère-enfant.

Les informations dispensées par les sages-femmes à leurs patientes ne peuvent être exhaustives et doivent être per-

sonnalisées et adaptées aux situations vécues et au contexte psycho-médicosocial rencontré.

En sophrologie, il est question d'**alliance**, le sophrologue explique au patient la technique sophronique et lui demande s'il donne son accord.

De même, en PG, la sage-femme doit expliquer très précisément la méthode lors du premier entretien, afin que la patiente lui donne son accord. Elle valide ainsi son adhésion active à la préparation, ce qui est fondamental.

**Le premier niveau** de la PG, aborde la préparation à la naissance et à la parentalité de toutes les femmes enceintes.

**Le second niveau** abordera quant à lui la gestion de la pathologie pouvant être rencontrée par la sage-femme chez les patientes non préparées en PG (retard de croissance intra-utérin, menace d'accouchement prématuré, névroses et troubles du stress post-traumatiques du post-partum, etc.)\*

Pour résumer, la sage-femme formée en PG pourra accompagner les femmes présentant un état dépressif lié à la grossesse.

Cependant, les dépressions de type chronique ou les troubles psychiatriques constituent des contre-indications à l'usage de la PG\*\*. •

\* N.B: ne pas proposer la PG aux femmes souffrant de dépressions chroniques sans avis médical, car les patientes concernées pourraient décompenser de façon psychotique.

\*\* Pour plus d'informations, veuillez consulter notre site : nposages-femmes.org, ou nous contacter à l'adresse suivante : nposagesfemmes@gmail.com

## ÉTUDE RÉALISÉE AU SEIN DE DEUX MATERNITÉS

### CONTEXTE DE L'ÉTUDE

- **Maternité A secteur privé**: très peu interventionniste (< 500 accouchements).
- **Maternité B secteur public**: accouchements facilement dirigés (700 accouchements).

### LES AXES DE RECHERCHES SÉLECTIONNÉS

- Le vécu positif des patientes quant à leur grossesse et leur accouchement;
- Le calme des bébés « préparés » avec la méthode;
- La sérénité des jeunes mères durant la période postnatale.

### LES RÉSULTATS

#### • Le vécu positif des patientes quant à leur grossesse (CB)

- ➔ **1<sup>er</sup> interrogatoire (sur 200 patientes interrogées)**
  - À la question: « *La préparation vous a-t-elle aidée ?* » 100 % des patientes répondaient « *Oui* ».

- ➔ **2<sup>e</sup> interrogatoire (sur 40 patientes interrogées)**
  - À la question: « *La préparation vous a-t-elle aidée à gérer le stress pendant la grossesse ?* » 100 % des patientes répondaient « *Oui* ».

#### • Le vécu positif des patientes quant à leur accouchement (200 patientes)

➔ **Maternité A:** 41 primipares - 3 h 19  
59 multipares - 2 h 01

➔ **Maternité B:** 53 primipares - 3 h 22  
47 multipares - 2 h 05

Conclusion: il n'y a pas de différence significative.

On peut constater un temps de travail rapide et noter la singularité de cette « *Préparation Globale à la Naissance*® »: la répartition égale de la durée de parturition, entre les primipares et les multipares.

#### ➔ Interrogatoire proposé à 40 patientes, dont:

- 35 ayant accouché par voie basse sans périnurale,
- 2 ayant accouché par voie basse avec périnurale,
- 3 ayant donné naissance par césarienne (2 pour sièges, 1 pour échec du déclenchement)
- À la question: « *La Préparation Globale à la Naissance, Méthode De Valors*® vous a-t-elle aidée ? »:
  - «... à accélérer la dilatation ? » 85 % patientes répondaient: « *Oui* ».
  - «... à contrôler la douleur ? » 82.5 % patientes répondaient: « *Oui* ».
  - «... à gérer le stress pendant le travail et l'accouchement ? » 100 % des patientes répondaient: « *Oui* ».

► **Le calme des bébés « préparés » avec la méthode**

- **1<sup>er</sup> interrogatoire : (200 patientes interrogées)**
  - À la question: « *Le bébé est-il calme ?* »
  - 100 % des patientes répondaient: « *Oui* ».
- **2<sup>e</sup> interrogatoire : (40 patientes interrogées)**
  - À la question: « *Le bébé est-il calme ?* »
  - 100 % des patientes répondaient: « *Oui* » dont 42.5 % précisaien « *particulièrement calme* ».

► **La sérénité des jeunes mères durant la période postnatale**

- À la question: « *La Préparation Globale à la Naissance, Méthode De Valors*®, vous a-t-elle aidée à être plus sereine en tant que jeune maman et à être plus confiante en l'avenir? Confiante en l'avenir et plus sereine quant à la vie avec votre bébé? »
- 100 % des patientes répondaient: « *Oui* ».

## BIBLIOGRAPHIE

1. BARDACKE N. et al. *Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training : a randomized controlled trial with active comparison*, 2017. In : BMC Pregnancy Childbirth [En ligne], 2017. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5427564/> (Consulté le 03/03/2018).
2. BARDACKE N. et al. *"I've changed my mind", Mindfulness-based childbirth and parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners : study protocol of the quasi-experimental controlled trial*, 2016. In : BMC Psychiatry 16 : 377.
3. BARDACKE N. et al. *Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education : Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period*, Avril 2010. In : Journal of Child and Family Studies, [En ligne], 2010. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20339571> (Consulté le 17/11/2017).
4. BARDACKE N. *Se préparer à la naissance en pleine conscience*, Le courrier du livre, septembre 2016. 374 pages.
5. CHAN K.P. *Prenatal meditation influences infant behaviors*, juillet 2014. In : Infant behavior and development, n° 37, page 556-561. [En ligne], 2014. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25063985> (Consulté le 21/12/2017).
6. DEVEER C. *Préparation à la Naissance et à la parentalité : Impact de la sophrologie sur le déroulement de l'accouchement*. Travail réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Lyon : université Claude Bernard, année 2015. 61 pages. [En ligne]. Disponible sur : [http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/179c788d-b3e6-4703-8c54-6ed3be1cf330/blobholder:0/Msfb\\_2015\\_DEVEER\\_Camille.pdf](http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/179c788d-b3e6-4703-8c54-6ed3be1cf330/blobholder:0/Msfb_2015_DEVEER_Camille.pdf) (Consulté le 08/01/2018)
7. GOODMAN J. et al. *CALM Pregnancy : Results of a Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Perinatal Anxiety*, oct. 2014. In : Arch Womens Ment Health [En ligne], 2014. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4107206/> (Consulté le 03/03/2018)
8. GUARDINO C. et al. *Randomized Controlled Pilot Trial of Mindfulness Training for Stress Reduction during Pregnancy*, 2014. In : Psychol Health, [En ligne], 2014. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4160533/> (Consulté le 03/02/2018)
9. HUET M. et al. *Stress et grossesse : Impacts et interventions*. Travail réalisé en vue de l'obtention du Bachelor of Science Sage-femme. Lausanne : Haute école de santé Vaud, Haute école spécialisée de Suisse occidentale, année 2015. 84 pages. [En ligne]. Disponible sur : [http://doc.rero.ch/record/259091/files/HESAV\\_TB\\_Huet\\_2015.pdf](http://doc.rero.ch/record/259091/files/HESAV_TB_Huet_2015.pdf) (Consulté le 18/03/2018)
10. HUGHESA. et al. *Mindfulness approaches to childbirth and parenting*, Oct.2009. In : British journal of midwifery [En ligne], 2009. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3846392/> (Consulté le 27/11/2017)
11. KHIANMAN B. et al. *Relaxation therapy for preventing and treating preterm labour*, juin 2011. In : Cochrane Database Systematic Review. [En ligne], 2012. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22895959> (Consulté le 02/02/2018).
12. MUTHUKRISHNAN S. et al. *Effect of Mindfulness Meditation on Perceived Stress Scores and Autonomic Function Tests of Pregnant Indian Women*, avril 2016. In : Journal of Clinical and Diagnostic Research [En ligne], 2016. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4107206/> (Consulté le 07/02/2018).
13. MUZIK M. et al. *Mindfulness Yoga during Pregnancy for Psychiatrically At-Risk Women : Preliminary Results from a Pilot Feasibility Study*, Nov. 2012. In : Complementary Therapies in Clinical Practice, [En ligne], 2012. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23059438/> (Consulté le 23/11/2017).
14. NWEBUBE C. et al. *Prenatal listening to songs composed for pregnancy and symptoms of anxiety and depression : a pilot study*. Mai 2017. In : BMC Complementary and Alternative Medicine [En ligne], 2017. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28482901/> (Consulté le 26/11/2017).
15. ROY-MALIS F. et al. *Effects of an antenatal mindfulness-based childbirth and parenting programme on the post-partum experiences of mothers : a qualitative interview study*, février 2017. In : BMC Pregnancy Childbirth [En ligne], 2017. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28173769> (Consulté le 08/01/2018).
16. SADEGHI A. et al. *The effect of progressive muscle relaxation on pregnant women's general health*, Dec.2015. In : Iranian journal of nursing and midwifery research [En ligne], 2015. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4700682/> (Consulté le 07/12/2018),
17. TAYLOR B.L. et al. *The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in the Perinatal Period : A Systematic Review and Meta-Analysis*, 2016. In : Plos one, [En ligne], 2016. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4868288/> (Consulté le 22/12/2018).
18. TOMFOHR-MADSEN L. et al. *Mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress in pregnancy : study protocol for a randomized controlled trial*, Oct.2016. In : Trialsjournal, [En ligne], 2016. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5064936/> (Consulté le 19/11/2017).
19. TRAGEA C. et al. *A randomized controlled trial of the effects of a stress management programme during pregnancy*, 2014. In : Complementary therapies in medicine [En ligne], n° 22, 30 janvier 2014, p. 203-211. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com> (Consulté le 12/11/2017).
20. WOOLHOUSE H. et al. *Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress : a pilot randomised controlled trial of the MindBabyBodyprogram in an Australian tertiary maternity hospital*, 2014. In : BMC Pregnancy Childbirth [En ligne], 2014.14 : 369. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4215015/> (Consulté le 11/02/2018).
21. WULFFV. et al. *Music in obstetrics : An intervention option to reduce tension, pain and stress*. Sep.2017. In : Geburtshilfe Frauenheilkd. [En ligne], 2017. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5612774/> (Consulté le 23/11/2017).
22. YAZDANIMEHRR. et al. *The Effect of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy on Depression and Anxiety among Pregnant Women : a Randomized Clinical Trial*, Sep.2016. In : Journal of caring sciences [En ligne], 2012. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5045953/> (Consulté le 19/02/2018).
23. ZHENRONG C. et al. *The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Maternal Perinatal Mental Health Outcomes : a Systematic Review*, Janvier 2017. In : Mindfullness, [En ligne], 2017. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5506176/> (Consulté le 07/01/2018).
24. MARON Michel. *Stress et Anxiété en période périnatale*, CHRU Lille, 2015. (Conférence).
25. ROEGLIERS Luc. *Stress et Grossesse : Quelle prévention pour quels risques ?* Société Francophone de Psychologie Périnatale, 2010. (Conférence).
26. BARDACKE Nancy. *Se préparer à la naissance en pleine conscience*, Le courrier du livre, septembre 2016. 374 pages.
27. BELAND M. et al. *French adaptation and validation of a scale measuring the fear of childbirth*, 2012. In : L'encéphale, [En ligne], 2012. Disponible sur : <https://www.emconsulte.com/produit/ENCEP> (Consulté le 07/02/2018).
28. BOURDET Delphine. *Une grossesse zen avec la sophrologie*, Le courrier du livre, 2014. 173 pages.
29. DRUGMANNE Aurore. *Séance journalière de yoga prénatal*, 2018.
30. HAS. *Préparation à la naissance et à la parentalité, Recommandations professionnelles* [Internet], 2005. Disponible sur : [http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)
31. LANCELOT ALAIN, *Les 50 règles d'or de la sophrologie pour une pratique quotidienne*. Décembre 2017, Larousse pratique, 93 pages.
32. VENDITELLI F. et al. *Menace d'accouchement prématué, stress, soutien psychosocial et psychothérapie : revue de la littérature*, juin 2002. In : Gynécologie Obstétrique & , Volume 30, n° 6, pages 503-513.
33. STERN Daniel. *La constellation maternelle*, Calmann-Lévy, juillet 1998, 296 pages.
34. FORT Josette. *Naissance et fantasme de mort*, L'harmattan, mars 2005, 256 pages.
35. RAINA A. et al. *Birth Complications Combined with Early Maternal Rejection at Age 1 Year Predispose to Violent Crime at Age 18 Years*, janvier 1994. In : Archives of General Psychiatry Volume : Volume 51, Number 12, pages 984-988.
36. BERGERET-AMSELEK Catherine. *Le mystère des mères*, édition Desclée de Brouwer, Octobre 2005, 183 pages.
37. MONTAGU A et al. *La peau et le toucher*, édition Seuil, Octobre 1979, 220 pages.
38. DRUGMANNE A. *Le versant psychique de l'accouchement*. In : Les Dossiers de l'Obstétrique, numéro 481. Juin 2018.

# Oedien®

DIÉNOGEST/ÉTHINYLESTRADIOL 2 MG/0,03 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ

œstrogène + dienogest



DOUBLE  
INDICATION<sup>(1)</sup>



**LABORATOIRES BAILLEUL :**  
PLUS DE 25 ANNÉES D'EXPERTISE  
DANS LE TRAITEMENT DE L'ACNÉ\*

- Contraception orale.
- Traitement de l'acné modérée après échec de traitements topiques ou d'un traitement antibiotique oral adaptés chez les femmes optant pour un contraceptif oral.

La décision de prescrire Oedien® 2 mg/0,03 mg, comprimé pelliculé doit être prise en tenant compte des facteurs de risque de la patiente, notamment ses facteurs de risque thromboembolique veineux (TEV), ainsi que du risque TEV associé à Oedien® 2 mg/0,03 mg, comprimé pelliculé en comparaison aux autres contraceptifs hormonaux combinés (CHC) (voir rubriques « Contre-indications » et « Mises en garde spéciales et précautions d'emploi »).<sup>(1)</sup>

L'utilisation de tout contraceptif hormonal combiné (CHC) augmente le risque thromboembolique veineux par rapport à une non-utilisation (cf. 4.1, 4.3 et 4.4 du RCP). Pour les CHC contenant du diénogest comme dans Oedien® 2 mg/0,03 mg, comprimé pelliculé, ce sur risque nécessite d'être confirmé par des études supplémentaires, par rapport à ceux de 2<sup>e</sup> génération contenant du lévonorgestrel. Un document d'aide à la prescription a été élaboré pour vous accompagner lors de vos consultations relatives aux CHC, disponible sur demande auprès du laboratoire via votre attaché à la promotion du médicament ou sur le site [www.ansm.sante.fr](http://www.ansm.sante.fr).

Pour une information complète, consultez le RCP d'Oedien® 2 mg/0,03 mg, comprimé pelliculé disponible sur la base de données publique des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>).

Avant de prescrire, consultez la place dans la stratégie thérapeutique sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

(1) Résumé des Caractéristiques du Produit Oedien® 2 mg/0,03 mg, comprimé pelliculé.

\*Commercialisation de l'Erythromycine Bailleul en 1991.