

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF

Benoît LE GOEDEC, Sage-femme

SAGE-FEMME

Christine BUZENET, Sage-femme

CONCEPTION GRAPHIQUE

AGPA Éditions

12 rue du Quatre-Septembre

75002 Paris

Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35

agpaedit@wanadoo.fr

MARKETING ET PUBLICITÉ

Olivier PAUL-JOSEPH

elpea@eska.fr - Tél. : 01 42 86 55 79

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Mathieu AZCUÉ, Sage-femme coordonnateur,

Hospices Civils de Lyon

Yannis CONSTANTINIDÈS, Philosophe

Magali NÉRAUDEAU, Sage-femme

Mathieu PIQUET-GAUTHIER, Sage-femme

coordonnateur, Clinique St Vincent de Paul,

Bourgoin-Jallieu, Économiste

Delphine POUMEYROL, Sage-femme

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANÇAISE

Jérôme SISAM, Juriste en droit de la santé,

Formateur en droit de la santé et Enseignant

vacataire à l'université

Marie-Paule STÉPHAN, Conception et Suivi du numéro

FONDATEUR DE LA REVUE

JEAN OSSART

ÉDITION

elpea@eska.fr ; agpaedit@wanadoo.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS

adv@eska.fr

PUBLICITÉ: elpea@eska.fr

Éditions ESKA

12 rue du Quatre-Septembre

75002 Paris

Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35

<http://www.eska.fr>

Périodicité mensuelle 11 numéros par an.

Tous les mois sauf août.

Vente au numéro 8,50 euros

Tous droits réservés. Les articles et tableaux ne peuvent être reproduits qu'avec l'autorisation des auteurs et de la rédaction. Ceci recouvre : copie papier, intranet, internet, etc. L'ensemble des contributions constituant cette publication est la propriété exclusive des Éditions ESKA. Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.

Revue adhérente au S.N.P.M., membre de la F.N.P.S.

Commission paritaire n° 0217 T 81395

Signataire de la Convention U.D.A. S.N.P.M.

Dépôt légal : Juin 2016

ABONNEMENTS

DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

Tél. 01 42 86 55 65 - Fax: 01 42 60 45 35

www.eska.fr - adv@eska.fr

SOMMAIRE

459 - JUIN 2016

03 TRIBUNE

Soutenabilité des politiques "Performance" à l'hôpital public : l'exemple des maternités
MATHIEU AZCUÉ ET
MATTHIEU PIQUET-GAUTHIER

06 REPORTAGE

SOS Allaitement
BENOÎT LE GOEDEC

Réseau de Santé Périnatal Parisien
SOS ALLAITEMENT 75
Pour toute femme ayant accouché dans une maternité parisienne
Numéro Vert : 0 800 400 412
Appel gratuit

- En semaine : 19h - 22h
- Week-end et jours fériés : 10h - 20h




ars

12 PUBLICATIONS

Infections urinaires au cours de la grossesse
RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE
SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANÇAISE

27 FICHE TECHNIQUE

Réfection périnéale 1/2
DELPHINE POUMEYROL

30 MANAGEMENT

Management efficient et prévention des risques psychosociaux, quelles sont les clefs ?
MAGALI NÉRAUDEAU

34 KIOSQUE

35 COMMUNIQUÉS

37 HISTOIRE

Les matières fécales et les liquides biologiques du nouveau-né de l'Antiquité à nos jours
JÉRÔME JANICKI

42 AGENDA



42 FORMATIONS

16 DOSSIER LA DÉONTOLOGIE



17 La déontologie des professions de santé sages-femmes
JÉRÔME SISAM

23 Réflexion éthique à propos de la déontologie des sages-femmes
BENOÎT LE GOEDEC

21 De la nécessité d'avoir des règles
YANNIS CONSTANTINIDÈS

25 L'élaboration d'un code de déontologie QUESTIONS À L'ORDRE NATIONAL DES SAGES-FEMMES

LES ANNONCEURS

C2 DTF Médical
C3 Laboratoire Vygon
C4 Medela
05, 21 Dolphitonic

11 Almafil
15 Matilia
25 Électronique Médicale de France

29 Ysy Médical
31 Grandir Nature

Photo de couverture ©Bananastock

Pour vous abonner, retournez-nous le bulletin en page 48.

VII^{ème} Gynécologie Obstétrique et Reproduction 2016

44^E JOURNÉES JEAN COHEN

Vendredi 25 & Samedi 26 Novembre 2016

Pavillon Royal - Carrefour du bout des lacs - Croisement route de Suresnes et route de la Muette - 75116 Paris

PRÉSIDENTE : FLORENCE TRÉMOLLIÈRES
COORDINATION SCIENTIFIQUE : JOËLLE BELAISCH-ALLART

VENDREDI 25 NOVEMBRE 2016

DPC 1: Dosages hormonaux, contraception et causes d'infertilité

SALON MUETTE

09h00-10h30

INFERTILITÉ

Modérateurs : Héliane MISSEY KOLB et Israël NISAND

Faut-il réserver les techniques d'AMP aux situations médicales ?Israël NISAND
Endométriose et fertilité : quelle place pour la conservation ovocytaire ?Jean-Marie ANTOINE
Infertilité inexpliquée : Insémination intra utérine ou FIV directe?Joëlle BELAISCH-ALLART

Session virtuelle pour le DPC

09h00-10h30

ENDOCRINOLOGIE

Modérateurs : Brigitte LETOMBE et Jean-Marie ANTOINE

AMH et fertilitéPhilippe MERVIEL
TSH en début de grossesse pourquoi si peu de dosages ?Christian JAMIN
Quoi de neuf sur les ovaires polykystiques ?Didier DEWAILLY

14h15-18h30

CONTROVERSES

Modérateurs : Jean-Louis BENIFLA et Patrice LOPES

1 - Pour ou contre le frottis avant 25 ans ?Jean LÉVÈQUE discutant Hélène BORNE
2 - Ostéodensitométrie à la ménopauseFlorence TRÉMOLLIÈRES discutant*
3 - Contraception du post-partumGeoffroy ROBIN discutant Joëlle BELAISCH-ALLART
4 - Fibrome et infertilité Esmya ou chirurgie ?Géraldine GIRAUDET discutant Patrick MADELENAT
5 - Dépistage de la trisomie 21, place du diagnostic non invasifBrigitte SIMON BOUY discutant Martine COHEN-BACRIE

VENDREDI 25 NOVEMBRE 2016 (SUITE)

DPC 2 : Session Colposcopie

SALON LOUIS XV

08h30 - 10h30

COLPOSCOPIE

Modérateurs : Jean-Luc MERGUI et Xavier CARCOPINO

Que faut-il attendre du dépistage organisé du cancer du col ?Muriel FENDER
Qu'est-ce que le double marquage en cytologie ?Christine BERGERON
Que faut-il attendre des auto-tests HPV ?Christopher PAYAN

Session virtuelle pour le DPC

11h00 - 12h30

COLPOSCOPIE

Modérateurs : Jean GONDROY et Hélène BORNE

Faut-il changer la classification française de colposcopie ?Jean-Luc MERGUI
Comment classer les lignes de jonction ?Jean GONDROY
Quand peut-on se passer d'une conisation?Xavier CARCOPINO

14h30 - 16h00

ATELIER PSYCHOSOMATIQUE

Modérateurs : Michèle LACHOWSKY, Diane WINAVER

16h30 - 18h00

ATELIER SAGE-FEMME

Modérateur : Catherine FOULHY

Environnement et grossesse : et si les 9 premiers mois déterminaient le reste de la vie ?Rémi BÉRANGER
Prise de poids excessive au cours de la grossesse : les facteurs de risqueBéatrice MARQUET

SAMEDI 26 NOVEMBRE 2016

DPC 3 : La contraception dans tous ses états

SALON MUETTE

09h00 - 13h00 SESSION PLÉNIÈRE PARRAINÉE PAR LA SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE CONTRACEPTION

Contraception : Questions/Réponses ; Questions sans réponses

Modérateurs : David SERFATY, M'Hamed BOUZEKRINI, Hela CHELLI,

Blandine THIEBA-BONANE

1 - Les sportives de tous niveaux : Quelle contraception ?Carole MAITRE
2 - Une micropilule progestative pure à la drospiréone : Quel est son intérêt ?David SERFATY
3 - Le pharmacien et la contraception d'urgenceJean LEVÈQUE
4 - L'anneau vaginal à la progestérone (Progering®) chez les femmes allaitantes : quel est son intérêt ?RéGINE SITRUK-WARE
5 - Que faire en cas de baisse de la libido chez une femme sous pilule ?Israël NISAND et Brigitte LETOMBE
6 - Les MICI (maladies inflammatoires chroniques de l'intestin) : Quelle contraception ?Florence SCHEFFLER
7 - L'espacement idéal des naissances : rôle de la contraception.....Jean-Jacques AMY

Session virtuelle pour le DPC

SAMEDI 26 NOVEMBRE 2016 (SUITE)

DPC 3 : La contraception dans tous ses états (suite)

SALON MUETTE

8 - Lupus érythémateux disséminé :

Quelle contraception ?Anne GOMPEL

9 - Finalement la pilule altère-t-elle l'acquisition du pic de masse osseuse chez les adolescentes ?Florence TRÉMOLLIÈRES

10 - Le DIU protège-t-il du cancer de l'endomètre et du col utérin ?Marc ESPIÉ

Session virtuelle pour le DPC

SALON LOUIS XV

09h00 - 10h30

ATELIER LE SEIN

Modérateurs : Marc ESPIÉ

Cas cliniques interactifs, imagerie

11h00 - 13h00

ATELIER URO-GYNÉCOLOGIE

Modérateur : Bruno DEVAL



Journées organisées par le Centre de Formation des Editions ESKA - CFE : N° 11753436775

Inscription CFE adressée aux Editions ESKA CONGRÈS - Marine JAMBET-Serge KEBABTCHIEFF

12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris - Tél. : 01 42 86 55 69 / 79 - Fax : 01 42 60 45 35

E-mail : inscriptions et renseignements : congres@eska.fr - Site : www.eska.fr





MATHIEU AZCUÉ, SAGE-FEMME COORDONNATEUR, HOSPICES CIVILS DE LYON,
DOCTORANT EN SOCIOLOGIE, CENTRE MAX WEBER, UNIVERSITÉ LUMIÈRE LYON II,
MATTHIEU PIQUET-GAUTHIER, SAGE-FEMME COORDONNATEUR, CLINIQUE ST VINCENT DE PAUL, BOURGOIN-JALLIEUX, ÉCONOMISTE

TRIBUNE

Soutenabilité des politiques “Performance” à l’hôpital public : l’exemple des maternités¹

La soutenabilité financière de nos organisations de santé est un enjeu crucial pour nos sociétés avancées, tant d’un point de vue de santé publique que d’un point de vue de politique générale. La loi HPST, tout comme la future loi de santé, inscrit la performance au cœur de la gouvernance hospitalière invitant les établissements de santé à repenser leurs organisations. Pour faciliter ces transformations, l’État s’appuie, d’une part sur les Agences Régionales de Santé, mais également sur de nombreuses autres agences (ANAP, HAS, ATIH...). Pour que ces changements s’opèrent, le manager opérationnel doit s’emparer de cette stratégie “performance” afin de l’inscrire dans son schéma d’organisation. Cette tribune a pour ambition de préciser le contour du concept de performance hospitalière, d’en tirer les premières conclusions sur le modèle organisationnel des maternités et d’en analyser non pas tant sa faisabilité que sa soutenabilité.

Nous avons fait le choix de croiser les matériaux empiriques et les données quantitatives recueillies dans le cadre de deux travaux universitaires : l’un portant sur l’efficacité de nos organisations, l’autre sur les politiques Qualité. La première étude est économique. Elle a consisté à analyser l’impact d’une baisse de la durée de séjour (24 heures pour une voie basse simple et 48 heures pour une césarienne sans complication) et d’un taux d’occupation des lits fixés à 85 % par les tutelles sur les organisations des maternités. La seconde étude porte sur une implémentation volontariste de procédures Qualité au niveau opérationnel en vue d’un usage systématique des circuits courts dans le traitement des événements indésirables. Ces deux travaux ont pour ambition de traduire le concept de performance hospitalière au niveau opérationnel et il a paru légitime de présenter nos résultats de manière synergique.

ENQUÊTER SUR LA PERFORMANCE

Le concept de performance hospitalière est un concept récent et la littérature économique sur le sujet se résume à quelques articles. Nous retenons que la performance hospitalière est un concept complexe et multidimensionnel qui recouvre des domaines interconnectés, dynamiques et possédant chacun leur propre logique évaluative. On y retrouve sans exclusive l’efficacité (recherches de gains), la Qualité/Gestion des risques (pertinence des soins) et Gestion des Ressources Humaines (le bon professionnel au bon endroit devant le bon patient). Les indicateurs relatifs à ces trois domaines sont la

durée moyenne de séjour (DMS) et le taux d’occupation des lits pour l’efficacité, IPAQSS et taux d’EILS pour la Qualité, masse salariale et ratio du nombre de professionnels relatif au nombre de patients pour la GRH. Nous ne retenons ici que les principaux indicateurs par domaine.

• Efficacité économique

De manière très générale, l’efficacité économique est le rapport entre les résultats obtenus et les ressources utilisées. En matière de santé, l’efficacité d’un établissement est le rapport entre ses recettes issues principalement de la T2A et les coûts inhérents à son activité. En soi, comment faire mieux avec une enveloppe budgétaire (LFSS) contrainte. À cela s’ajoutent les frais liés aux innovations techniques et pharmaceutiques et la masse salariale qui, dans le contexte de la fonction publique hospitalière, ne cesse de croître. Actuellement l’efficacité se présente souvent comme une rationalisation des ressources au sein d’un même établissement de santé voire de regroupement interhospitalier.

• Qualité/gestion des risques

L’essentiel de cette thématique recouvre la question de la pertinence des soins, soit le meilleur soin au bon patient selon les bonnes recommandations. Une pertinence des soins efficace est de fait efficace. Le système Qualité en santé, particulièrement visible à travers la certification, traverse en réalité toute l’activité hospitalière : traçabilité des soins prodigués, circuit du médicament, indicateurs quantitatifs de déclaration des événements indésirables et traitement qualitatif par les équipes pour exemple. Les dispositifs type RMM doivent désormais s’accompagner de traitements en circuit court, donc de manière opérationnelle. Le travail en équipe et les situations de rattrapage des situations à risque sont désormais des thématiques majeures pour le management.

• GRH

Ce domaine, même s’il a toute son importance, reste le domaine réservé du gestionnaire et le soignant n’y a que peu ou pas sa place.

Pour résumer, nous reprenons la définition de l’AMAP qui met l’accent sur la nécessité pour les établissements de santé de « mettre en adéquation charge de travail, ressources humaines, matérielles et mobilières et de réfléchir sur la relation entre l’organisation générale, les méthodes de travail, la qualité des soins et les dépenses avec pour objectif final une meilleure qualité des soins pour le patient et une meilleure efficacité pour l’hôpital ».

1. Cette tribune s’appuie sur les travaux des auteurs menés dans le cadre du Master 2 Périnatalité Management et Pédagogie de l’Université de Bourgogne.



QUELLES TRANSFORMATIONS POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ ?

L'objectif visé doit être d'augmenter la productivité sans nuire à la qualité des soins. Pour ce faire, il nous faut questionner le mode de financement hospitalier. Il est principalement assuré par la tarification à l'activité. Il s'agit d'un paiement prospectif au séjour. Ce système est fondé sur une classification médico-économique des prises en charge. Son fonctionnement repose sur une uniformisation des tarifs de manière à assurer l'efficacité et l'équité du système. Directement inspiré de la concurrence par comparaison, il consiste à évaluer et à rémunérer la performance d'un établissement en fonction de celle des autres. Afin d'affecter un tarif sur chaque séjour, une grande partie des catégories de coûts sont réparties en fonction d'une clé de répartition, la DMS. Cependant, le glissement opéré dans le processus de construction des tarifs tend à le déporter vers une logique d'allocation budgétaire de moins en moins lisible pour les acteurs. Appliquée à la T2A, la contrainte budgétaire du législateur (ONDAM) débouche sur une régulation prix/volume. Un tel système conduit à baisser les tarifs en cas d'augmentation de l'activité globale plutôt qu'en fonction de l'activité de chaque établissement. De fait, cette logique d'allocation budgétaire combinée à une clé de répartition discutable, la DMS, conduit les établissements à adopter une stratégie prix/volume. Or le législateur souhaite baisser la DMS. L'augmentation du volume au sein d'un établissement dans un contexte de baisse de la DMS aboutit donc à la fermeture de services (l'augmentation de l'activité ne sera jamais compensée par la perte de financement). Mais ce n'est pas tout. Le législateur poursuit une stratégie "Performance", donc globale, et incorpore les données Qualité/Gestion des Risques à l'efficacité.

Car, si la durée de séjour baisse, cela ne peut se faire au détriment de la qualité des soins. L'idée est donc de compenser partiellement cette chute des tarifs par un paiement à la performance via une logique de pertinence des soins. C'est le sens donné aux certifications, IPAQSS, IFAQ et autres indicateurs. Faire mieux avec moins à l'hôpital dans un contexte de baisse de la DMS et de maintien de la qualité des soins impose donc la construction de parcours sur les territoires, faisant ainsi travailler ensemble tous les acteurs de santé. Il s'agit donc de construire un parcours unique pour chaque pathologie dont les portes d'entrée et de sortie sont l'hôpital (gestion et catégorisation médicale du risque), lui-même redistribuant l'activité aux acteurs

de ville. Nous parlons ici de parcours unique et non de trajectoires de soins telles que pratiquées aujourd'hui. De manière globale, chaque type de pathologie est structuré par un parcours.

RÉPERCUSSIONS POUR LES MATERNITÉS

Face à ce constat, rappelons que les maternités représentent une part importante de l'activité hospitalière : 9,2 % des séjours en 2013, 14,7 % si on y ajoute les séjours des nouveau-nés en maternité. Pour le législateur, il est nécessaire de s'intéresser à l'obstétrique. Il s'agit d'une activité concernant des personnes non-malades. En effet, les trois principaux GHM (14C08A, 14Z13A et 14Z14A, soit les césariennes prophylactiques, les voies basses simples chez une primipare ou une multipare) représentaient en 2013 plus de 70 % des séjours. De fait, il s'agit d'une activité où la baisse de la durée de séjour est la plus évidente à mettre en œuvre. Or, le virage de l'ambulatoire ne s'intéresse qu'à la chirurgie. Il est donc important que les acteurs de notre discipline anticipent ce virage ambulatoire.

Si la baisse de la DMS ne pose pas en soi de difficultés d'un point de vue hospitalier, elle en pose en matière de qualité des soins. Le maintien de cette qualité perçue passe obligatoirement par la création d'un parcours unique et hospitalier pour son organisation et par des fusions, regroupements de maternités. Cette organisation nécessite un professionnel capable d'assurer l'ensemble du parcours en ville (suivi ante et postnatal). Il ne peut que s'agir d'une sage-femme libérale ou d'un médecin généraliste.

Enfin, la construction de ce parcours unique est conditionnée par la réorganisation complète des soins hospitaliers (filiales physiologiques, réhospitalisation mère et enfant...) et par la mise en place d'un support technique et technologique permettant le lien entre tous les acteurs. Les dispositifs existants sont aujourd'hui en incapacité d'assurer ce rôle. Le dispositif PRADO, pour exemple, ne construit pas ce lien à ce jour (suivi globalisé) et ne sera pas en mesure d'organiser demain des sorties précoces. On reproche à ce dispositif son manque d'efficacité, de connaissance et d'efficacité.

CONCLUSION

Vers une intégration de la performance hospitalière dans le management opérationnel et stratégique des sages-femmes.

Si le manager doit bâtir une stratégie uniquement sur les tableaux de bord "efficacité", la stratégie sera bancal. Ce sont toutes les dimensions de la performance qu'il faut activer en même temps : Efficacité certes, mais aussi Qualité/Gestion des Risques et Gestion des Ressources Humaines. Il faut donc poser un regard global et en dynamique.

Le manager de demain aura également pour tâche la mise en conformité Qualité de la filière obstétrique : management des événements indésirables, traitement en circuit court, analyses structurées et surtout plan d'action. Seule une politique Qualité-Gestion des Risques ambitieuse nous permettra de répondre aux défis de la construction d'un parcours territorial de santé en obstétrique, efficace et efficace. ■

SEULE UNE POLITIQUE QUALITÉ-GESTION DES RISQUES AMBITIEUSE NOUS PERMETTRA DE RÉPONDRE AUX DÉFIS DE LA CONSTRUCTION D'UN PARCOURS TERRITORIAL DE SANTÉ EN OBSTÉTRIQUE, EFFICACE ET EFFICIENT.

Dolphitonic fête ses 17 ans

Matériel pour Sages-Femmes



Du 25 Mai au 30 juin 2016
sur nos sites

www.dolphitonic.com - www.myperinee.fr

Des remises de - 5, 10, 15, 20, 25, 30 %
Avant bilan jusqu'à épuisement du stock



DOLPHITONIC La Romazière 38, Chemin du Pas 85300 CHALLANS Tél : 02 28 10 82 82 Fax : 02 28 10 83 84 Email : dolphitonic@orange.fr

SOS Allaitement

LE PROJET SOS ALLAITEMENT a été de créer un numéro vert gratuit à partir d'un téléphone mobile ou fixe. Ce numéro, le 0 800 400 412 est accessible 7 jours/7 sur des plages horaires spécifiques. Il permet aux femmes faisant face à des difficultés d'allaitement de joindre un professionnel compétent.

L'appel reçu est transféré sur le téléphone mobile du professionnel d'astreinte le week-end ou sur son fixe la semaine. Le professionnel apporte une réponse spécialisée ou oriente la femme vers une consultation par un professionnel référencé en cas de besoin.

Ce service gratuit permet de cibler toutes les femmes, y compris les femmes en situation de précarité.

Une liste d'astreinte est établie, avec une suppléante en cas d'absence imprévue.

Suivant le premier rapport d'activité, l'accessibilité est excellente. Les 9 % des femmes déclarant le numéro difficile à joindre ont appelé hors des créneaux d'écoute. Pour éviter cela, un répondeur invite les usagers à appeler de nouveau dans les bons horaires. De même, il existe une gestion des doubles appels.

SOS Allaitement permet une prise en charge précoce des difficultés d'allaitement exprimées par la mère, à son sujet ou au sujet du nouveau-né. Cela optimise et favorise l'allaitement et sa prolongation.

Pour que la pratique soit harmonieuse et cohérente, une formation de trois jours minimum est nécessaire au sein du Réseau de Santé Périnatal Parisien.

Chaque écoutante doit signer une charte spécifique et adhérer au réseau. Enfin, elle doit valider une formation à l'écoute pour SOS Allaitement.

Une rémunération est versée aux écoutantes sur le statut du volontariat associatif.

Il existe une réunion de retour sur les pratiques par trimestre. Cela permet d'échanger et de continuer à favoriser le discours commun face aux difficultés que certaines écoutantes ont rencontrées. Les liens interprofessionnels sont aussi renforcés.

Dans les six premiers mois d'ouverture du numéro, 676 appels ont été comptabilisés dont 285 le week-end et 391 en semaine, soit environ trois appels par soirée.

Dans 95 % des cas, les écoutes ont apporté une réponse au problème et il a été conseillé dans 62 % de voir le lendemain un professionnel de santé référencé.

La majorité des appels sont faits par les mères, principalement des primipares, sans donc aucune expérience d'allaitement.

Réseau de Santé Périnatal Parisien

SOS ALLAITEMENT 75
Pour toute femme ayant accouché dans une maternité parisienne

Numéro Vert : 0 800 400 412
Appel gratuit

- En semaine : 19h - 22h
- Week-end et jours fériés : 10h - 20h




ars
Association pour le Renforcement de la Santé

Autocollant créé par le groupe allaitement du Réseau de Santé Périnatal Parisien.

Réseau de Santé Périnatal Parisien
Des professionnels ensemble au service des mères et des enfants




SOS ALLAITEMENT 75

- Vous rencontrez des difficultés avec votre allaitement ?
- Ne restez pas sans réponse
- Des professionnels de santé pour vous conseiller

0 800 400 412 Service & appel gratuits
Gratuit depuis un fixe ou un portable

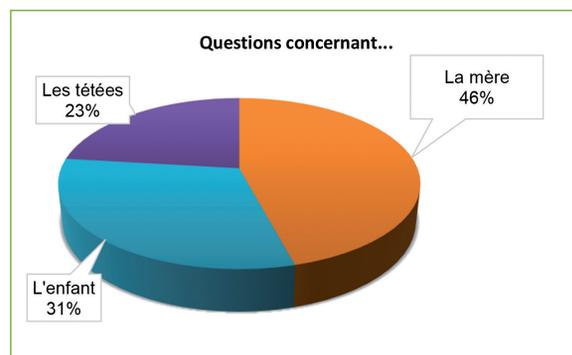
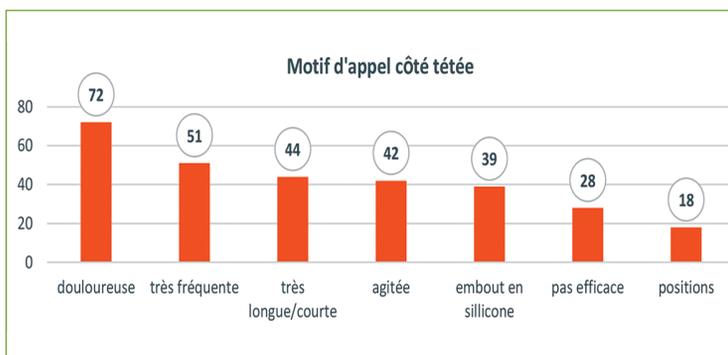
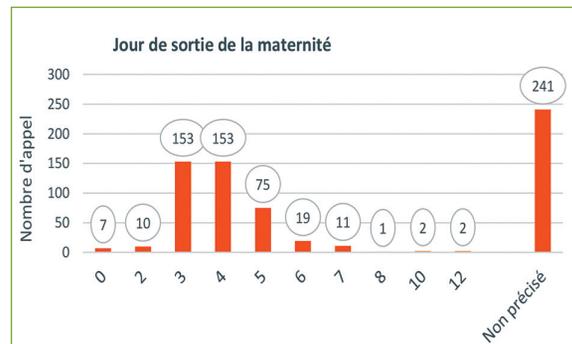
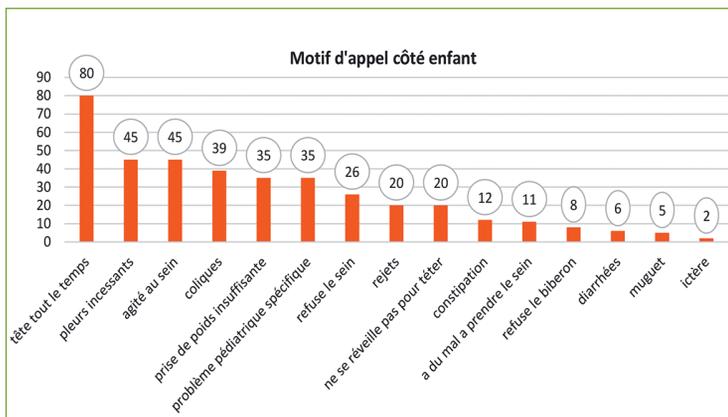
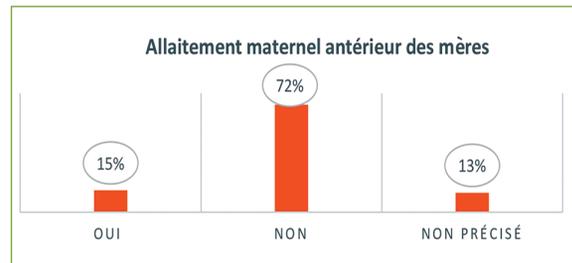
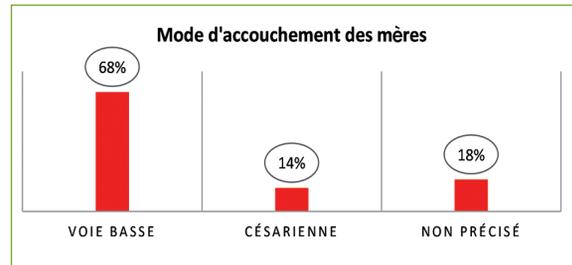
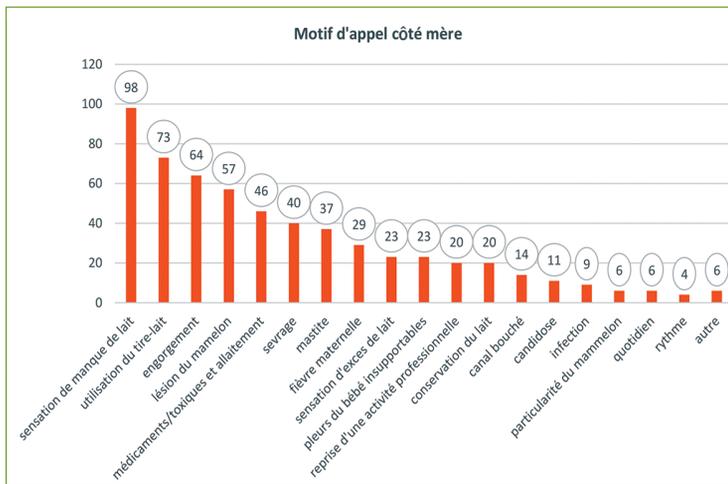
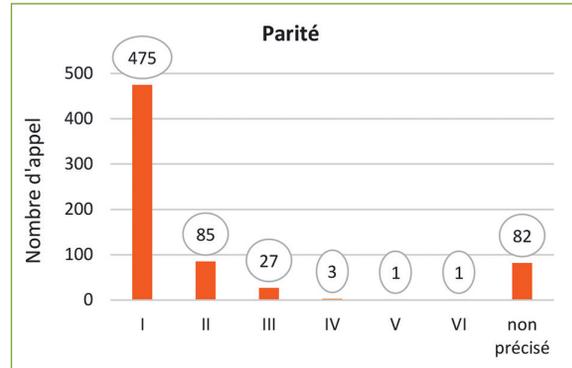
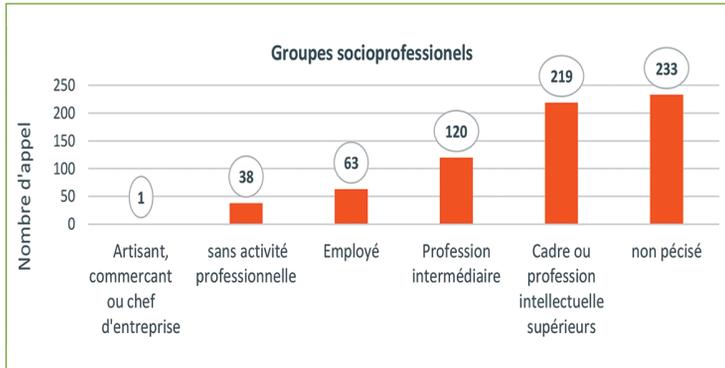
7 jours / 7

- En semaine : 19h à 22h
- Week End et Jours fériés : 10h à 20h



Flyer "SOS allaitement 75" reprenant les informations de l'autocollant.

Voici quelques données extraites du rapport d'activité 2015



**RENCONTRE AVEC SOPHIE LEGOUAIX,
Sage-femme libérale, Conseillère en
lactation et co-fondatrice
de SOS Allaitement**

SOS Allaitement est né lors d'un travail sur l'allaitement au Réseau de Santé Périnatal Parisien. L'idée était qu'en tant que sage-femme libérale consultante en lactation, j'avais des appels le week-end pour des problèmes de lactation. Soit je répondais, soit je ne répondais pas et elles appelaient SOS Médecins qui, peu formés à l'allaitement, les faisaient arrêter pour des mastites, par exemple, en pensant abcès.

Nous nous sommes rendu compte que c'était la problématique de plusieurs d'entre nous. Donc, nous nous sommes dits: «*Et si nous faisons un SOS Allaitement*»? Dans ce groupe, il y a aussi Virginie Rigourd, Pédiatre référent du lactarium, qui a été très impliquée, en mobilisant un médecin de Necker. Ils ont monté un dossier pour obtenir un financement pour ce projet. Cela a été accepté par l'ARS et a pu être mis en place.

SOS Allaitement fonctionne le soir de 19 heures à 22 heures en semaine et de 10 heures à 20 heures en week-end. En semaine l'écoute est faite par des professionnels de santé, conseillères en allaitement mais pas forcément prescriptrices: auxiliaires de puéricultrice, puéricultrices, psychologues, sages-femmes...

Nous avons instauré un niveau de connaissance minimum requis avec, soit trois jours de formation, soit le DU, soit le diplôme de conseillère en lactation. Plus une demi-journée à l'écoute.

Le week-end c'est, soit une sage-femme, soit un médecin généraliste, soit un pédiatre qui prend l'astreinte. Il y a ainsi un lieu de consultation en plus de l'écoute pour pouvoir recevoir la maman et le bébé. En semaine, soit elles sont dirigées vers le réseau libéral le lendemain matin, ou aux urgences. Le week-end cela pallie cette difficulté de consultation. Ce week-end par exemple, j'ai fait deux consultations ce dimanche après sortie précoce.

DO: Il y a toujours autant de consultations?

SL: Non, le plus souvent on arrive à gérer par téléphone, parfois faire envoyer une photo du sein. Parfois, il y a des questions saugrenues mais qui révèlent le besoin d'être rassuré. D'autant plus qu'il est difficile de trouver la bonne réponse. On "détricote" le diagnostic qu'elles ont fait au travers de toutes les informations reçues (Internet...) et on voit si, déjà, c'est le bon ou pas.

DO: Par rapport aux autres réseaux de soutien, quelle est la différence?

SL: Cela n'existe pas ainsi. SOS Allaitement n'est pas militant, mais centré sur la personne, avec une information *efficience base médecine*. Ainsi, ensuite, bien informée, avec les bonnes informations, le bon diagnostic, la femme peut faire ses choix. Le financement ARS était aussi là car SOS Allaitement était dédié aux femmes dans le besoin, dans une situation de précarité. Le numéro est accessible, gratuit. Mais dans les faits, la plupart des gens qui appellent ne sont pas précaires... et puis, cela dépend du secteur d'exercice.

Par exemple, nous remarquons que la modélisation des deuxièmes générations n'existe pas. Certaines de ces femmes n'entendent plus les conseils des mères mais cherchent les nôtres.

La tradition se perd au profit de la modernité. L'image de l'allaitement est celle que nous présentions il y a trente ans, avec les seins en gant de toilette, les contraintes... Il a fallu déconstruire cela pour revenir à la physiologie.

SOS Allaitement est évalué. Il y a une traçabilité de la consultation. Nous savons aussi d'où les femmes viennent et pouvons ainsi voir comment l'information est donnée. Il y a des maternités où les femmes ont accouché d'où nous avons très peu d'appels. Je ne sais pas pourquoi. D'autant que ce sont des maternités avec notre cible première de population.

DO: Peut-être existe-t-il un regard sur ces femmes pensant que pour elles c'est simple car elles n'intellectualisent pas...

SL: Peut-être, et pourtant il y a des problèmes plus complexes. L'hygiène des biberons par exemple... L'allaitement et son soutien sont des moyens pour aborder beaucoup de choses. Je me suis alors inscrite dans des ateliers financés par le réseau: allaitement dans un contexte pluriculturel et un atelier cuisine...

J'aimerais voir derrière cela, notamment la prise en charge multiculturelle qui permet de s'adapter à l'autre et ne pas projeter ses idées sur lui. Le colostrum, par exemple, n'est pas donné dans certaines cultures car de couleur orangée, donc pas propre, donc poison. Par contre, elles savent très bien exprimer le colostrum. Et si la mise au sein est au début difficile, elle ne se posera pas de multiples questions (il refuse mon sein...) et arrivera à le faire téter. Si on enlève la modélisation de l'expression manuelle chez la femme de deuxième génération, tout se complique.

**DO : À part les soignants dans les institutions, qui peut être relais ? Comment se diffuse l'information ?**

SL : Il existe un autocollant censé être collé dans le carnet de santé de toute naissance à Paris, des affichettes pour les consultations et les suites de couches (cf. page 6). En sachant que beaucoup de femmes de banlieue viennent accoucher à Paris, cela s'élargit. Le problème devient que nous sommes victimes de notre succès. Certaines font de la distance le week-end pour nos consultations quand on le leur propose. Les consultations proposées par la personne qui prend l'astreinte du week-end sont faites sur leur lieu professionnel d'exercice. Cela correspond donc à un vrai besoin que de trouver un conseil sûr.

La formation initiale autour de l'allaitement est cauchemardesque aussi bien pour les internes que pour les sages-femmes.

DO : Pourtant le programme est important

SL : Mais ce n'est pas que de la méthode. On revient sur la culture, l'angoisse... Il y a une vraie prise de conscience à donner aux étudiants sur la mission d'une sage-femme. Si les gens ne sont pas formés, ils ne dépistent pas. Et nous avons toujours beaucoup d'appels malgré le PRADO. Les femmes accouchent, elles sortent de l'hôpital. La sage-femme ne sait pas qu'elle ne sait pas, et l'envoi au pédiatre, moins formé sur l'allaitement, quand le bébé ne grossit pas. Sans balance, les femmes sont envoyées à la PMI et les intervenants se multiplient.

DO : Pourquoi ne pas solliciter alors les conseillères en lactation qui ont une expertise plus poussée ?

SL : À Necker, il y a eu une réunion avec les sages-femmes libérales qui travaillent pour le PRADO... Nous étions plusieurs conseillères en lactation. L'une d'entre nous a exprimé le fait qu'il serait bienvenu, lorsqu'un problème est dépisté en suites de couches, que la femme soit dirigée vers une sage-femme conseillère en lactation pour favoriser la prise en charge optimale.

Il y a eu un tollé des sages-femmes libérales : « on fait la préparation... et toi tu te ramènes comme ça... ». Comme si elles se sentaient dépossédées d'une compétence alors que ce n'était pas le propos. Il y a une méprise sur la fonction. Comme, en plus, nous ne sommes pas bien identifiées en libéral, cela n'aide pas. Les écoutantes elles-mêmes, en semaine, s'en sont aperçues et ont parfois du mal à trouver quelqu'un et renvoient sur la PMI quand il faut une consultation.

DO : Mais c'est une expertise supplémentaire ! Il faudra accepter un jour qu'il existe des sages-femmes spécialistes dans un domaine. On l'accepte bien en échographie. Sinon, nous ne ferions pas de DU Allaitement si la formation initiale apportait toute la connaissance

SL : Avec même une nomenclature différente qui nous identifie et nous met dedans.

DO : SOS Allaitement peut être un bon moyen de faire connaître cette expertise

SL : On a un œil aiguisé... Sur certains secteurs cela fonctionne très bien. Les sages-femmes que l'on pourrait dire généralistes vont nous téléphoner pour un conseil avisé dans une situation qu'elles rencontrent. Un conseil ce n'est rien et ça peut tout changer.

Notre problème est que Paris est grand. L'astreinte de week-end est rémunérée 70 euros. Quand on a deux appels, ça va, mais quand on en a quinze, ce n'est plus possible...

Le financement est fait par l'ARS. Prendre des astreintes peut devenir une pénibilité. L'objectif n'est pas de nous ramener du travail... Les consultations sont, elles, rémunérées par la patiente, au tarif CPAM et s'il y a un problème d'assurance sociale, c'est gratuit.

DO : Ou être reconnues pour le travail que l'on fait...

SL : C'est cela... Il y a toujours un problème de reconnaissance. Le planning des écoutes de semaine n'est pas difficile à remplir ; le week-end c'est un peu plus compliqué.

Nous avons aussi des appels de papas, de grands-mères, même de patientes encore hospitalisées... « On me propose un biberon... je ne veux pas, qu'en pensez-vous ? »

DO : Et les papas alors, quelles sont leurs demandes ?

SL : Cela peut être un relais de la parole de la maman qui ne parle pas bien le français, cela peut être le père qui veut que sa femme allaite mais le projet n'a pas été bien mûri ou accepté par la femme. Il cherche une sorte de caution.

DO : Et ils parlent d'eux ?

SL : Oui, en sachant que SOS Allaitement n'est pas SOS Amitié... le coup de fil ne doit pas aller au-delà de 20 minutes. Car il existe aussi un problème de tarification téléphonique : au-delà, l'appel coûte beaucoup plus cher. On sent bien que certaines communications pourraient durer des heures. Chercher une convivialité pour trouver ses propres réponses. C'est un temps où on ne peut pas mentir. Il faut prendre le couple dans sa globalité. D'où l'importance de l'entretien car l'allaitement n'est qu'une facette de toute une problématique de la maternité. Être reconnue comme une "bonne" mère, quoi qu'il se passe.

C'est la clé de l'attachement. Cela débouche sur beaucoup plus que l'allaitement lui-même.

DO : Sachant que là où nous devrions mettre de la sécurité, de la sérénité, nous donnons aux parents un stress important quand ils sortent de l'institution, au travers l'alimentation et la prise de poids...

SL : On le pèse et c'est tout. Et s'il ne grossit pas, ne mange pas, on a la notion de la famine, de la mort. Pour certaines femmes qui ne veulent pas allaiter, c'est peut-être qu'elles ne se sentent pas capables de porter cette responsabilité. C'est déjà énorme la responsabilité d'un nouveau-né, alors si tout repose sur elles...

>> Suite de l'interview de Sophie Legouaix

Cela révèle encore une fois l'importance de l'entretien. Et souvent, nous nous disons que si nous les avions touchés avant, cela aurait été plus facile. Voire très en amont. Nos formations touchent le professionnel de santé, le forcent à réfléchir sur tout cela. Et c'est porteur. Cela germe après, à un moment. Mais si, à un endroit donné, tout le personnel est formé, cela germe plus vite. C'est l'intérêt des labels (IHAB) qui travaillent sur l'ensemble de l'esprit et auprès de tous les professionnels plutôt que de saupoudrer des formations de temps en temps pour quelques personnes. Cette bien-traitance, on la retrouve ensuite partout. Il faut que les soignants aient confiance en eux pour faire confiance en l'autre et éviter la prescription comme premier objet de réassurance.

**TÉMOIGNAGE DE PERRETTE SALON,
Psychologue, Conseillère en lactation
et Écouteuse de SOS Allaitement**

DO: Pourquoi rejoindre SOS Allaitement ?

PS: Je travaille en PMI et en périnatalité. Je vois combien les questions autour de l'allaitement sont imprégnées de psychologie. La physiologie même de la lactation, pilotée par un phénomène neuro-hormonal est psychosomatique. Travaillant dans le Réseau Périnatal Parisien, quand il a été question de ce numéro vert, je m'y suis jointe avec conviction. Il existe aussi, par ailleurs, une forme de militantisme de ma part autour de la femme et du rapport avec leur corps. Nous avons un accès à la contraception, à l'IVG, à la procréation médicalement assistée, mais à chaque fois qu'il existe un nouveau terrain de conquête corporelle et psychologique par les femmes, il leur est confisqué quelque chose : « *pourquoi allaiter, on s'occupe de tout, donnez le biberon* ». Bouts de sein en silicone, tire-lait, on évincé le sein de l'allaitement, comme on a évincé la sexualité de la procréation.

Il existe plein d'affects dans le rapport au corps et au sein ; la petite fille n'en est pas pourvue... elle sait que cela va venir, plus tard. À la puberté, il devient très attendu mais s'accompagne de tout un cortège de complexes, de rivalité avec la mère.

Il est alors parfois compliqué de donner le sein, organe de séduction, d'érotisme et de sexualité. Objet désiré et désirable. L'idée d'en faire un organe fonctionnel et nourricier est compliquée. L'anatomie est spirituelle...

DO: Entendez-vous cela dans les écoutes ?

PS: Oui, à tel point que j'ai demandé à mes collègues si cela leur arrivait aussi ou si cela était lié à ma manière d'écouter. Il y a beaucoup d'appels où il existe des éléments plus complexes.

DO: Nous ne sommes pas des maîtres mais des servants...

SL: Ou des médiateurs. Pour que les femmes ne perdent pas leur confiance en elles.

DO: Et pour tout cet énorme travail, vous êtes combien ?

SL: Pour les écoutantes environ 96 ; pour les week-ends, une petite dizaine...

Mais je ne sais pas comment nous allons faire en grandissant. C'est pourquoi, il faut rappeler que c'est un réseau parisien, pour le moment... mais il paraît logique que cela s'étende à l'Île-de-France. Et puis, que les internes des urgences puissent nous appeler. Imaginer des moyens de consultations à distance, avec eux, modernes, où les équipes peuvent se compléter, avec une bonne transmission d'informations. ■

Les femmes téléphonent de manière urgente. Elles vont vite à la situation, pour ne pas prendre le temps d'une autre. Les questions ne sont pas comme au cabinet : le timing n'est pas le même, la demande n'est pas la même. La personne qui s'adresse à nous a besoin de résoudre là, maintenant, la question qui la met en détresse. Bien souvent en 12 minutes nous entendons la voix changer, moins inquiète.

Dans notre fiche technique, nous avons une case où il est notifié si nous avons proposé de rappeler un peu plus tard. Cette proposition de rappeler est en soi thérapeutique. Quand la femme raccroche, elle ne se sent plus seule, il existe un lien. Et cela, ça change tout. À chaque fois que j'ai rappelé, la voix était transformée, et la femme disait que tout avait changé. Au-delà du bon conseil, de l'écoute bienveillante, le sentiment de solitude est rompu. La solitude des jeunes accouchées est actuellement unique dans l'histoire de l'humanité.

Les parents nous disent aussi à quel point le suivi de très près, pendant la grossesse, est anxiogène. Ils entendent des soupçons de problème sur tout... qui nourrissent des angoisses continues. Et puis, quand le bébé est né et qu'il va bien, on leur dit de rentrer chez elles. Le contraste est terrible avec un suivi vécu, de plus, comme exagéré. Si on ne vous rappelle pas que tout peut aller bien, ce qui domine est l'étendue des risques et des dégâts possibles. Et cette palpitation se retrouve encore après.

DO: Cela reste dans l'allaitement ?

PS: Oui, d'autant que dans le contexte actuel, la femme entend des messages sur l'allaitement comme étant le meilleur pour l'enfant. Elle entend que c'est le meilleur et les soignants, soumis aux contraintes hiérarchiques, au process, à l'exigence d'une amorce de prise de poids rapide... ne les aident pas. On contribue alors à l'angoisse.

Sauf, et c'est le cas de certains services, quand les femmes ont la possibilité de parler. Quand l'émotion est confiée, l'allaitement devient plus facile. Il ne faut pas négliger l'extraordinaire pouvoir des mots.

>> Suite de l'interview de Perrette Salon

Avant, bien qu'un peu moqués, les accouchements se racontaient. Une sorte de mythologie. Ce n'est plus vrai maintenant : les femmes sont tellement soumises à une compétitivité qu'elles ne se racontent plus. C'est pourtant nécessaire à l'instauration de la relation et, évidemment, à l'installation de l'allaitement. La femme pouvant parler peut atterrir, réaliser et observer son bébé.

Et même au téléphone nous entendons cela quand on leur demande comment elles voient leur bébé. « *il a de bonnes*

joues » « *il est bien rose* » « *il fait bien pipi* »... Nous redonnons une capacité à observer le bébé.

Et nous devons accompagner la confiance de la mère en sa capacité de relation et en son corps. Les soignants ne se rendent pas assez compte en quoi ils lui disent, par certains de leurs propos, que leur corps n'est pas bon. Certaines sombrent alors dans la désolation de l'allaitement. Et la désolation de l'allaitement entraîne la désolation à la relation maternelle à venir. La culpabilité n'est jamais très loin de la maternité. ■

TÉMOIGNAGE DE MYRIAM COLLE, Puéricultrice en PMI et Écouteuse de SOS Allaitement en semaine

J'ai été intéressée dès le début car le choix de l'allaitement a toujours été un de mes sujets favoris. À chaque permanence, nous ne savons jamais ce qui nous attend. L'aléatoire des questions est passionnant. Les demandes sont très vastes même si certains sujets reviennent régulièrement comme les problématiques de sevrage, les démarrages difficiles, les problèmes de prise de poids ou les crevasses. Mais c'est aussi, souvent, associé à d'autres problèmes. Sachant que nous n'avons qu'environ 15 minutes pour cibler le problème et trouver une solution, nous faisons beaucoup de médecine. Mais l'accompagnement de l'écoute permet, par exemple au travers des conseils de sevrage, de parler de séparation. Il existe un aspect psychologique, de création du lien.

Les retours des patientes parlent beaucoup de l'importance d'avoir pu parler et d'être écoutées.

En ce qui me concerne, je n'ai pas eu besoin d'orienter en urgence, parfois le lendemain. Nous avons aussi des patientes qui appellent pour confirmer ou infirmer un conseil déjà donné par un pédiatre. Il y a donc une reconnaissance réelle de la compétence du réseau. Le numéro lui-même est parlant et donne confiance sur le fait d'être au fait des dernières recommandations.

Je n'ai pas tant d'appels les premiers jours, après le retour à la maison, mais plutôt vers 1 mois ou 2 mois.

Je suis contente d'être utile ; c'est passionnant et très formateur. S'efforcer de cerner un problème, trouver une réponse en peu de temps et tout cela dans une relation humaine est gratifiant dans les deux sens.

Et le fait de nous réunir nous permet de ressentir l'unité du groupe malgré le fait d'être d'horizons professionnels différents, sans jugement.

C'est un vrai choix, un engagement mais je continue avec plaisir ! ■



Problèmes vaginaux ?

Gynofit supprime – les démangeaisons,
les brûlures et les pertes malodorantes !

Gel vaginal à l'acide lactique Gynofit

Doux et efficace. Sans conservateur.
Dans un applicateur hygiénique à usage unique.

Enfin quelque chose qui aide vraiment !

Disponible en pharmacie et droguerie sans ordonnance médicale

www.gynofit.ch



NOUVEAU

Infections urinaires au cours de la grossesse

EXTRAITS

Suite et fin de l'article paru dans le numéro 457 (avril 2016).

CYSTITE AIGÜE GRAVIDIQUE

L'incidence exacte des cystites aiguës chez la femme enceinte est inconnue. Elle se situerait entre 1 et 2 %⁽¹⁰⁶⁾. Cette fréquence est similaire à celle des cystites aiguës survenant chez la femme sexuellement active en dehors de la grossesse.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANÇAISE

GROUPE DE TRAVAIL

- Pr François CARON, Président du groupe, Infectiologue, Rouen
- Dr Tatiana GAL PERINE, Co-présidente du groupe, Infectiologue, Lille
- Dr Clara FLATEAU, chargée de projet, Infectiologue, Saint-Mandé
- Dr Stéphane BONACORSI, Microbiologiste, Paris
- Dr Élodie CLOUQUEUR, Gynécologue, Lille
- Dr Thanh DOCO-LECOMPTE, Infectiologue
- Dr Élisabeth ELEFANT, Embryologiste, Paris
- Pr Karine FAURE, Infectiologue, Lille
- Pr Audrey MERENS, Microbiologiste, Saint-Mandé
- Dr Josette RAYMOND, Microbiologiste, Paris
- Pr Damien SUBTIL, Gynécologue, Lille

→ Diagnostic clinique

La cystite aiguë se reconnaît à ses trois signes habituels : brûlures et douleurs à la miction, mictions impérieuses, pollakiurie. Une hématurie macroscopique est possible. La cystite aiguë est caractérisée d'autre part par l'absence de fièvre et l'absence de douleurs lombaires (évocatrices d'une PNA). Les signes de cystite sont d'apparition plus ou moins brutale, et peuvent être isolés ou associés entre eux. Le diagnostic clinique doit s'assurer de l'absence de PNA de présentation fruste (fébricule, lombalgie sourde).

→ Examens complémentaires

Le diagnostic bactériologique nécessite la réalisation d'un ECBU avec antibiogramme. Le seuil de leucocyturie considéré comme significatif est $> 104/\text{mL}$

Le seuil de bactériurie considéré comme significatif est :

- pour *E. coli* et *Staphylococcus saprophyticus* $> 103 \text{ UFC/ml}$;
- pour les autres entérobactéries, les entérocoques, *Corynebacterium urealyticum*, *P. aeruginosa* et *S. aureus* $> 10^4 \text{ UFC/ml}$.

Le diagnostic de cystite aiguë gravidique repose sur l'association de signes cliniques évocateurs et d'un ECBU positif avec leucocyturie et bactériurie significatives (IV-B).

→ Traitement antibiotique

Parmi les antibiotiques proposés ici, les données de la littérature ne montrent pas de supériorité d'une molécule par rapport aux autres. En particulier, la *Cochrane Library* a publié en 2011 une méta-analyse de 10 études pour un total de 1 125 femmes enceintes souffrant de cystite et de PNA gravidiques⁽¹⁰⁷⁾. Les auteurs concluent que les différents schémas analysés apportaient

des taux d'efficacité très satisfaisants, avec une incidence très faible de complication et d'intolérance médicamenteuse. Tous les schémas rapportés étant efficaces, les données apparaissaient insuffisantes pour recommander une option thérapeutique particulière plutôt qu'une autre, d'autant plus que les séries portaient pour beaucoup sur un nombre très limité de patientes ne permettant pas de dégager des différences significatives.

Les choix sont donc hiérarchisés en fonction de critères de tolérance incluant l'impact sur le microbiote intestinal.

■ Traitement probabiliste

Le traitement antibiotique probabiliste doit être débuté sans attendre les résultats de l'antibiogramme, en raison du risque d'évolution vers une PNA.

Dans la cystite gravidique, un traitement antibiotique probabiliste doit être débuté sans attendre les résultats de l'antibiogramme (IV-B).

> Antibiotiques non recommandés

Un taux de résistance $< 10\%$ (au lieu de 20% dans les cystites simples) est requis pour proposer un antibiotique en traitement probabiliste de la cystite gravidique (du fait du risque évolutif vers la PNA alors que celui-ci est marginal pour la cystite simple). L'amoxicilline, l'amoxicilline + acide clavulanique, le TMP et le SMX-TMP ne sont donc pas recommandés en traitement probabiliste en raison des niveaux de résistance acquise de *E. coli* vis-à-vis de ces molécules.

> Antibiotiques envisageables

• Fosfomycine-trométamol

La fosfomycine-trométamol est efficace dans le traitement de la cystite gravidique. Sa tolérance materno-fœtale figure page 12 du D.O. N° 457 (avril 2016).

Comparée au céftibutène (400 mg/jour pendant 3 jours) chez 41 patientes avec cystite gravidique, une dose unique de fosfomycine-trométamol (3 g) a permis l'éradication microbiologique dans 95 % des cas (contre 90 % dans le groupe céftibutène, différence non significative). La tolérance maternelle était satisfaisante dans les deux groupes ⁽¹⁰⁸⁾.

Usta et al. ont comparé trois stratégies de traitement de la cystite gravidique : fosfomycine-trométamol en dose unique, amoxicilline-acide clavulanique pendant 5 jours, et céfuroxime-axétil pendant 5 jours, chaque groupe comportant 30 patientes. L'efficacité clinique était comparable entre les trois groupes (76,8 %, 77,8 % et 86,2 %), de même que l'éradication microbiologique (82,1 %, 81,5 % et 89,7 %). En revanche, l'observance était meilleure dans le groupe traité par fosfomycine-trométamol (100 %) que dans les deux autres groupes (77,8 % et 82,8 %, $p < 0,05$) ⁽¹⁰⁹⁾.

Par ailleurs, les données générales concernant la fosfomycine-trométamol montrent un taux de résistance particulièrement faible à la molécule (y compris pour les EBLSE), un effet mineur sur le microbiote intestinal, une prévalence très faible des risques d'intolérance grave, et une absence de toxicité foetale.

Durant des années, les traitements courts de la cystite gravidique n'ont pas été admis au motif d'un risque de moindre efficacité, et ceci est traduit dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) actuel de la molécule.

Cependant, la méta-analyse de la *Cochrane Library* de 2011 évoquée plus haut ne montre pas d'infériorité de la fosfomycine-trométamol en dose unique par rapport aux différents comparateurs en traitement long. D'autre part, un suivi microbiologique étant recommandé chez les femmes enceintes ayant présenté un antécédent de colonisation ou de cystite gravidique, un éventuel échec microbiologique pourrait être identifié rapidement par l'ECBU de contrôle, recommandé 8 à 10 jours après la fin du traitement.

Privilégier un traitement probabiliste par fosfomycine-trométamol permet aussi de simplifier les prises en charge. En effet, en raison de la faible prévalence de souches de *E. coli* résistantes, un faible pourcentage de patientes nécessitera une adaptation du schéma thérapeutique après les résultats de l'ECBU initial (par exemple en cas de

cystite à *S. saprophyticus*). Le traitement probabiliste par fosfomycine-trométamol sera donc *de facto* le traitement définitif pour la majorité des patientes. La fosfomycine-trométamol reste l'antibiotique de première intention même en cas de cystites récidivantes.

• Céfixime

Le céfixime est la seule C3G par voie orale recommandée dans cette indication. Il est utilisable pendant toute la durée de la grossesse. Cette recommandation ne repose pas sur des études réalisées chez la femme enceinte, mais est extrapolée de la population générale où l'efficacité du céfixime a été démontrée.

Le céfixime présente cependant plusieurs inconvénients écologiques : son impact sur le microbiote intestinal maternel n'est pas négligeable, un traitement par céfixime peut favoriser la survenue d'une colite pseudomembraneuse à *C. difficile*, et une antibiothérapie par céfixime est un facteur de risque de sélection d'entérobactéries productrices de BLSE.

De plus, le céfixime fait partie des "antibiotiques critiques" dont l'usage doit être particulièrement parcimonieux.

• Pivmécillinam

Comme expliqué plus haut, le pivmécillinam est un antibiotique largement utilisé au cours de la grossesse dans les pays scandinaves. La molécule est très bien tolérée, avec un risque d'accident grave (anaphylactique) particulièrement faible.

Le taux de résistance des isolats urinaires de *E. coli* des femmes jeunes a été réévalué à la baisse ces dernières années en France (pour des raisons méthodologiques), étant nettement inférieur à 10 % dans plusieurs séries.

• Fluoroquinolones

Dans cette population (femmes jeunes, le plus souvent sans comorbidité majeure), la prévalence attendue de résistance de *E. coli* aux fluoroquinolones est faible (< 10%). Cette classe, en particulier la ciprofloxacine (cf. page 12 du D.O. N° 457, avril 2016), est donc intéressante en traitement probabiliste de la cystite gravidique.

En revanche, les fluoroquinolones font partie des "antibiotiques critiques", du fait d'un impact non négligeable sur le microbiote intestinal, y compris comme facteur de risque de colonisation/infection ultérieure à EBLSE avec un risque de transmission materno-foetale.

• Nitrofurantoïne

Comme pour le céfixime, les études sur la nitrofurantoïne dans la cystite gravidique manquent. Les données d'efficacité sont extrapolées, d'une part à partir des études dans la population générale, et d'autre part à partir de l'importante série ayant validé la nitrofurantoïne dans le traitement des colonisations urinaires gravidiques, avec un bénéfice net d'un traitement de 7 jours par rapport au traitement d'une journée ⁽⁹¹⁾.

La nitrofurantoïne présente un intérêt particulier dans le traitement probabiliste lorsqu'on suspecte une cystite à EBLSE. Elle fait partie des molécules à faible impact sur le microbiote.

Le risque d'effet indésirable maternel est le même que dans la population générale (risque très faible d'incident toxique grave). Comme évoqué plus haut, la tolérance foetale est très satisfaisante (cf. page 12 du D.O. N° 457, avril 2016).

TRAITEMENT PROBABILISTE EN PRATIQUE (Algorithme 2)

1° INTENTION

Fosfomycine-trométamol (II-B)

2° INTENTION

Pivmécillinam (II-B)

3° INTENTION

Nitrofurantoïne (IV-C)

4° INTENTION

Céfixime (II-B)
ou Ciprofloxacine (IV-C)

CE QUI EST NOUVEAU DANS LE TRAITEMENT PROBABILISTE DE LA CYSTITE GRAVIDIQUE

- La place de la fosfomycine-trométamol et du pivmécillinam respectivement en première et deuxième intentions.
- L'utilisation possible de la ciprofloxacine en quatrième intention.

■ Traitement de relais après antibiogramme

L'antibiothérapie doit être adaptée à 48 heures, en fonction des résultats de l'antibiogramme. Comme évoqué plus haut, avec un choix de première intention par fosfomycine-trométamol, il n'est pas anticipé

dans l'épidémiologie actuelle de nombreuses situations impliquant un changement thérapeutique lors de la réévaluation. Lorsqu'un changement est nécessaire, la hiérarchie est la même que pour la colonisation gravidique.

1^{re} intention
Amoxicilline

2^e intention
Fosfomycine-trométamol
ou pivmécillinam

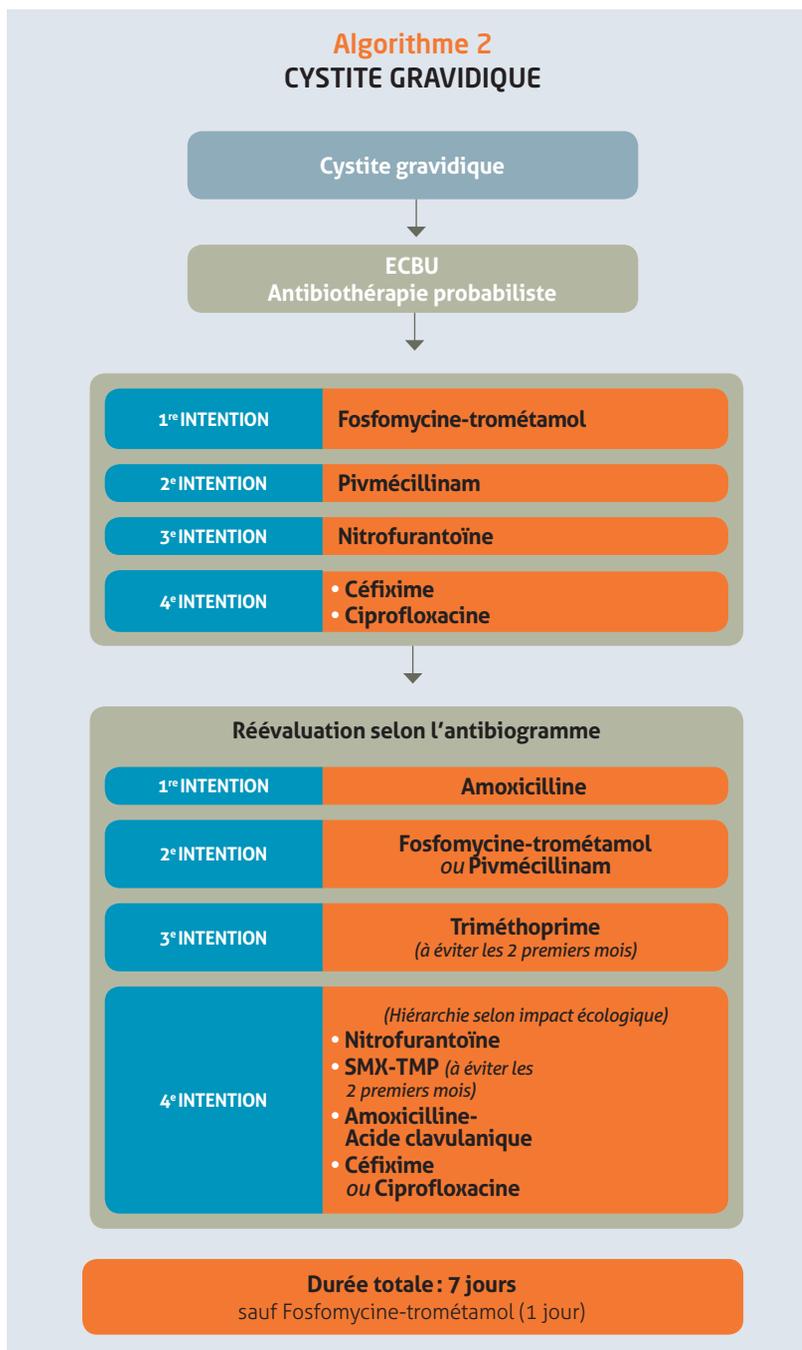
3^e intention
Triméthoprim (à éviter
les deux premiers mois de la grossesse)

4^e intention
(hiérarchie selon impact écologique)
• Nitrofurantoïne
(traitements itératifs contre-indiqués)
• SMX-TMP (à éviter
les deux premiers mois de la grossesse)
• Amoxicilline-acide clavulanique
• Céfixime ou ciprofloxacine.

■ Durée de traitement et suivi

La durée de traitement n'est pas consensuelle. Comme dans les colonisations urinaires gravidiques, un traitement de 7 jours peut être recommandé, sauf pour la fosfomycine-trométamol (monodose). Un ECBU 8 à 10 jours après l'arrêt du traitement est recommandé, suivi d'un ECBU mensuel jusqu'à l'accouchement (*Accord professionnel*).

Dans la cystite aiguë gravidique, un traitement de 7 jours est recommandé, sauf pour la fosfomycine-trométamol (monodose) (II-B).



RÉFÉRENCES DE L'EXTRAIT

91. Lumbiganon P, Villar J, Laopaiboon M, Widmer M, Thinkhamrop J, Carroli G, et al. One-day compared with 7-day nitrofurantoin for asymptomatic bacteriuria in pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2009 Feb; 113 (2 Pt 1): 339 - 45.
106. Harris RE, Gilstrap LC. Cystitis during pregnancy: a distinct clinical entity. *Obstet Gynecol.* 1981 May; 57 (5): 578 - 80.
107. Vazquez JC, Abalos E. *Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy.* Vazquez JC, editor. *Cochrane Database Syst Rev.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011; (1): CD002256.
108. Krcmery S, Hromec J, Demesova D. *Treatment of lower urinary tract infection in pregnancy.* *International Journal of Antimicrobial Agents.* 2001 Apr; 17 (4): 279 - 82.
109. Usta TA, Dogan O, Ates U, Yucel B, Onar Z, Kaya E. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* International Federation of Gynecology and Obstetrics; 2011 Sep 1; 114 (3): 229 - 33.

Nouveauté 2016

Riche en acide folique,
vitamine B6, fer, iode et fibres
Source de magnésium

Chittamma P, Kaewkiattikun K, Wiriyaivach B. 2007. Comparison of the effectiveness of ginger and vitamin B6 for treatment of nausea and vomiting in early pregnancy: a randomized double-blind controlled trial. J Med Assoc Thai. Jan; 90(1):15-20.

Convient aussi pour
le mal de transport

Mowrey DB, Clayson DE. 1982. Motion sickness, ginger and psychophysiology. Lancet; 655-6

Han-Chung Lien et al. 2003. Effects of ginger on motion sickness and gastric slow-wave dysrhythmias induced by circular vection. American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology; Vol 284 (3) : G481-G489 2002



Gingembre et Vitamine B6
antiémétiques
Artichaut antidyspepsique

Fisher-Rasmussen W, Kjaer SK, Dahl C, Asping U. 1990. Ginger treatment of hyperemesis gravidarum. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol; 38:19-24.
Holtmann G, Adam B, Haag S, Collet W, Grunewald E, Windeck T. 2003. Efficacy of artichoke leaf extract in the treatment of patients with functional dyspepsia: a six-week placebo-controlled, double-blind, multicentre trial. Aliment Pharmacol Ther; 18: 1099-1105.

Sans huile de palme
Sans colorant
Sans OGM
Sans conservateur
Teneur réduite en sucres

Fabriquée
en
FRANCE

Disponible dans les
super et hypermarchés
au rayon laits infantiles



Une recette simple avec des ingrédients sains et naturels

www.francebebe.fr



Dossier

La déontologie

Les sages-femmes doivent avoir la confiance de la population citoyenne en général, et particulièrement de leurs patientes. Pour cela, la profession doit garantir qu'elle exerce dans l'intérêt des femmes et des nouveau-nés, avec des principes d'indépendance, d'objectivité, de respect et de probité.

Il semble alors nécessaire d'inscrire la profession dans un cadre dans lequel elle va fonctionner, harmonisant les pratiques, s'assurant d'une connaissance toujours adaptée et encadrant son éthique et son esprit même.

La déontologie professionnelle décrit en son code cette éthique, les droits, les devoirs et les rapports des sages-femmes avec le public.

SOMMAIRE DU DOSSIER

17
LA DÉONTOLOGIE DES
PROFESSIONS DE SANTÉ
SAGES-FEMMES

21
DE LA NÉCESSITÉ
D'AVOIR DES RÈGLES

23
RÉFLEXION ÉTHIQUE À
PROPOS DE LA DÉONTOLOGIE
DES SAGES-FEMMES

25
L'ÉLABORATION D'UN CODE
DE DÉONTOLOGIE
QUESTIONS À L'ORDRE
NATIONAL DES SAGES-
FEMMES



LA DÉONTOLOGIE DES PROFESSIONS DE SANTÉ SAGES-FEMMES

→ La déontologie est une notion en perpétuelle évolution, justifiée tant par des évolutions sociales que par le travail effectué par les instances propres à chaque profession, et notamment le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Le rôle des organisations syndicales est également à inclure dans ce processus d'évolution propre à cette profession.

Récemment, le décret n° 2016-743 du 2 juin 2016¹ a élargi le champ de compétences des sages-femmes qui pourront, d'une part, réaliser des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse, et d'autre part, prescrire et pratiquer les vaccinations de l'entourage de la mère ainsi que du nouveau-né.

L'actuelle ministre de la Santé Marisol Touraine est également à l'origine d'une campagne d'information qui sera lancée le 14 juin 2016 et qui aura pour objectif de faire connaître l'étendue des compétences des sages-femmes. Le but est de transmettre un message selon lequel les missions de la sage-femme sont plus étendues que la seule pratique de l'accouchement : « nous devons faire connaître aux femmes le champ extrêmement large de ces missions, qui font jouer aux sages-femmes un rôle essentiel pour la prise en charge, au quotidien, des femmes en bonne santé ».

Dès lors, et quelques mois après l'adoption de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, nul ne pourra contester un élargissement des missions confiées aux sages-femmes. Telle est l'illustration qui témoigne que la notion de déontologie est en constant mouvement.

Quelle définition pourrait-on alors donner à la déontologie ? La déontologie peut se définir comme la science des devoirs professionnels. Il s'agit de droits et de devoirs qui s'imposent à une profession. Tel est le sens donné au code de déontologie, un code d'honneur propre à certaines professions telles que les médecins, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers, mais également les sages-femmes. En plus d'être de simples devoirs, il s'agit de devoirs inhérents à une profession.

1. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=D BC74E3445C04FDF121BC144C7D21288.tpdila19v_2?cidTexte=JORFTEXT000032630558&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000032630036

2. CSP, art. L. 4151-1 à L. 4153-4

3. CSP, art. D. 4151-1 à D. 4151-24

4. CSP, art. R. 4152-1 à R.4152-6

La déontologie est également une autorégulation, c'est-à-dire la régulation d'un système par lui-même. Le texte figure *in fine* dans le CSP, mais il est pris par le conseil national de l'Ordre, repris lui-même par l'autorité gouvernementale. C'est l'expression du pouvoir normatif indirect.

En ne se limitant pas au seul cadre de la profession de sage-femme, les normes déontologiques ont vocation à régir les rapports entre soignants et soignés, plus communément appelés patients ou personnes hospitalisées.

La déontologie ainsi exposée au sein de ces différents textes a-t-elle un caractère juridique contraignant ? Incorporé dans le code de la santé publique (CSP), le code de déontologie applicable aux sages-femmes se retrouve aux articles R. 4127-1 à R. 4127-367. Dès lors, cette "déontologie" va plus loin que de simples devoirs propres à la conscience de l'individu, puisque le non-respect de ces dispositions est de nature à engager la responsabilité de la sage-femme, tant sur le plan ordinal que sur le plan juridique (*infra*).

Au sein du CSP, le code de déontologie des sages-femmes se positionne après le code de déontologie médicale (CSP, art. R. 4127-1 à R. 4127-112) et le code de déontologie des chirurgiens-dentistes (CSP, art. R. 4127-201 à R. 4127-285).

Les différents codes de déontologie en vigueur en droit interne ont un socle commun, adapté aux différentes professions ayant notamment des fonctions différentes. C'est un ensemble de droits et de devoirs.

Concernant les dispositions juridiques relatives à la profession de sage-femme, le CSP prévoit les conditions d'exercice et les règles d'organisation propres à la profession de sage-femme², le code de déontologie des sages-femmes (qui fera partie de notre étude), mais également des règles relatives aux conditions d'exercice³ (titre de sage-femme anesthésiste, exercice de la profession par des étudiants, etc.) ainsi que des règles d'organisation à caractère réglementaire encadrant le conseil national de l'Ordre, et la composition des conseils départementaux et Interrégionaux⁴.



NOUS DEVONS FAIRE CONNAÎTRE AUX FEMMES
LE CHAMP EXTRÊMEMENT LARGE DE CES
MISSIONS, QUI FONT JOUER AUX SAGES-FEMMES
UN RÔLE ESSENTIEL POUR LA PRISE EN CHARGE,
AU QUOTIDIEN, DES FEMMES EN BONNE SANTÉ.



→ SOURCES DE LA DÉONTOLOGIE

La déontologie des sages-femmes prend son origine dans la morale spécialisée propre à cette profession réglementée par le CSP. C'est cette morale qui a inspiré la rédaction du code de déontologie des sages-femmes, et notamment les devoirs de ces professionnels envers les patientes et les nouveau-nés.

Le code de déontologie des sages-femmes se décompose en six sous-sections :

- Devoirs généraux des sages-femmes
- Devoirs envers les patients et les nouveau-nés
- Règles particulières aux différentes formes d'exercice (le code distingue selon que la sage-femme exerce à titre libéral, salarié ou en qualité d'expert)
- Devoirs de confraternité
- Devoirs vis-à-vis des autres professionnels de santé
- Dispositions diverses

Envers ses patientes, la sage-femme s'engage tout d'abord à assurer ses soins avec « conscience et dévouement »⁵, à « élaborer son diagnostic avec le plus grand soin »⁶ ainsi qu'à « prodiguer ses soins sans se départir d'une attitude correcte et attentive avec la patiente »⁷.

En outre, la profession de sage-femme ne doit pas être pratiquée comme un commerce⁸, c'est l'exercice d'un art, d'une habileté, d'une technique, d'une compétence dans laquelle elle a été formée. Cet art est un des devoirs généraux exposés par le code de déontologie.

Pour ne citer qu'un devoir dit de confraternité, les sages-femmes ont l'interdiction de se faire concurrence, de détourner la clientèle, etc.

→ DÉONTOLOGIE ET DEVOIRS

■ Devoirs généraux

Parmi les devoirs généraux inhérents à la profession de sage-femme se trouvent l'indépendance professionnelle, la dignité, le libre choix, le dévouement, la courtoisie, la non-déconsidération de sa profession, le respect de la vie, l'obligation de secours à personne en péril, la protection de l'enfant, etc.

Le secret professionnel, qui s'impose à toute sage-femme, fait également partie de ces premiers devoirs puisqu'il est identifié par le code de déontologie⁹ comme un devoir général. Ainsi, ce secret va couvrir « tout ce qui est venu à la connaissance de la sage-femme dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'elle a vu, entendu ou compris ».

Dès lors, le secret professionnel apparaît comme devoir déontologique important, preuve en est qu'il est mentionné dès l'article 3 du code de déontologie, qui pose le principe du secret et en définit la substance.

LL

LA DÉONTOLOGIE DES SAGES-FEMMES PREND SON ORIGINE DANS LA MORALE SPÉCIALISÉE PROPRE À CETTE PROFESSION RÉGLEMENTÉE PAR LE CSP.

77

La loi du 26 janvier 2016 (supra) a également réécrit l'article sur le secret médical et le partage d'informations¹⁰ et enfin donné la définition juridique d'une équipe de soins¹¹.

■ Devoirs envers les patients

Indépendamment des droits du patient, constamment réécrits depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les sages-femmes ont également des devoirs envers leurs patientes.

Pour n'en citer que quelques-uns, l'article 36 du code de déontologie¹² des sages-femmes dispose que « la sage-femme doit toujours élaborer son diagnostic avec le plus grand soin en y consacrant le temps nécessaire [...] ». C'est la démonstration de la notion de dévouement au service de l'individu ainsi que de la qualité des soins, un droit aujourd'hui acquis par le patient.

Dès l'article 2 du code de déontologie, il est mis l'accent sur la mission de la sage-femme qui doit être centrée sur le respect de la vie et de la personne humaine. Le respect de la dignité, de l'intimité et de l'intégrité constitue des valeurs essentielles de la collectivité et elles apparaissent ainsi comme des devoirs – quasi – universels pour toute personne, sans distinction aucune.

L'article 25 du code de déontologie des sages-femmes¹³ (premier article relatif aux devoirs envers les patientes et les nouveau-nés) met l'accent sur le dévouement en ce que la sage-femme « s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né ». Le dévouement est défini par le Conseil national l'Ordre des médecins comme « l'attachement aux besoins du soin du patient qui commandent le comportement du patient »¹⁴.

Envers ses patientes, la sage-femme doit donc adopter une attitude de bienveillance, cette capacité à se montrer attentionnée envers autrui de manière désintéressée. C'est tout là le sens donné à la notion de dévouement et *a fortiori* de déontologie.

5. CSP, art. R. 4127-325

6. CSP, art. R. 4127-326

7. CSP, art. R. 4127-327

8. CSP, art. R. 4127-309

9. CSP, art. R. 4127-303

10. CSP, art. L. 1110-4

11. CSP, art. L. 1110-12

12. CSP, art. R. 4127-336

13. CSP, art. R. 4127-325

14. <https://www.conseil-national-medecin.fr/article/article-32-qualite-des-soins-256>



■ Exercice professionnel de la sage-femme : entre extension et limites

Pour ne citer qu'une des nouvelles dispositions issues de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, « la sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée »¹⁵. C'est l'exemple type de l'extension de compétence conférée aux sages-femmes.

Comme le code de déontologie l'affirme dès l'article 12, la sage-femme est libre dans ses prescriptions. Toutefois, des limites sont fixées par la loi¹⁶.

Ainsi, l'article 25 du code de déontologie des sages-femmes dispose que « la sage-femme doit faire appel à un médecin lorsque les soins à donner débordent sa compétence professionnelle ou lorsque la famille l'exige »¹⁷ (sauf cas de force majeure, notamment en l'absence d'un médecin ou pour faire face à un danger pressant nous dit également le texte).

Dès lors, lorsque la sage-femme apparaît préoccupée voire embarrassée, elle doit savoir "déléguer" afin de ne pas mettre en péril la santé de la patiente et de son nouveau-né. C'est une règle déontologique qui, à l'origine, était suggérée au médecin dès l'Antiquité.

■ Devoirs de confraternité

La confraternité consiste à ne pas détourner la clientèle de ses confrères et à entretenir des liens indispensables entre membres d'une même profession, qui allie science et humanisme, ce qui revient à la définition même de la déontologie. Outre une assistance morale envers ses consœurs, les sages-femmes doivent entretenir des rapports de bonne confraternité.

La confraternité requiert donc le respect entre professionnels de santé et même entre membres de la même profession. La déontologie impose également le partage de savoirs et d'expériences, notamment auprès des étudiants.

Dans le cas d'un désaccord plus ou moins profond entre professionnels, ces dernières auront la possibilité de chercher une conciliation devant le conseil départemental (infra). Parmi les nombreux principes déontologiques existants, nul ne doit être calomnié dans le cadre de sa profession. Le code de déontologie va même jusqu'à préciser qu'une sage-femme injustement attaquée doit pouvoir être défendue par d'autres sages-femmes.

D'autre part, il n'est pas possible pour une sage-femme d'abaisser ses honoraires ayant pour finalité une concurrence avérée. Toutefois, elle a la possibilité de donner des soins gratuitement¹⁸.

15. CSP, art. L. 4151-1 al. 2

16. CSP, art. L. 4151-1

17. CSP, art. R. 4127-325

18. CSP, art. R. 4127-355

19. Pour aller plus loin : Network of

European Midwifery Regulators (réseau des régulateurs européens de sages-femmes) et International Confederation of Midwives (confédération internationale des sages-femmes).

LL

LES MISSIONS D'UN ORDRE PROFESSIONNEL PEUVENT SE RÉSUMER EN SIX VERBES : VEILLER, ASSURER, ORGANISER, ACCOMPLIR, DÉFENDRE ET PROMOUVOIR.

77

→ UNE DÉONTOLOGIE RÉGIE PAR UN ORDRE PROFESSIONNEL

■ Missions et actions du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes

Les missions d'un ordre professionnel peuvent se résumer en six verbes : veiller, assurer, organiser, accomplir, défendre et promouvoir.

En effet, selon les dispositions de l'article L. 4121-2 du CSP, le conseil national de l'Ordre des sages-femmes, à l'instar de ceux des médecins et des chirurgiens-dentistes, doit veiller « au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice » de la profession de sage-femme.

Il doit également assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession ainsi qu'organiser « toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de leurs membres et de leurs ayants droit ». Ainsi, toute sage-femme qui aurait connaissance de difficultés d'une consœur doit savoir lui en parler, ou du moins lui expliquer que le conseil départemental peut l'aider et l'accompagner de manière confidentielle.

La quatrième prérogative exposée par cet article du CSP vise à l'accomplissement de ces missions par l'intermédiaire du conseil national, des conseils départementaux, régionaux et interrégionaux.

Ajoutons en outre deux autres missions confiées à un ordre professionnel, à savoir celles de défense et de promotion. Ainsi, il appartient à l'Ordre des sages-femmes de promouvoir et de défendre les règles déontologiques exposées dans ce code d'honneur qui régit la profession.

Font également partie intégrante de l'Ordre, l'accompagnement juridique auprès des sages-femmes (rédaction de contrats, mises à disposition de guides, veille juridique, etc.), mais également un rôle d'information et de conseil.

L'Ordre apparaît *in fine* comme un interlocuteur de premier plan au niveau national et international¹⁹ afin de donner son positionnement sur les différentes normes (directives européennes, lois, règlements, décrets, projets, etc.) en ayant toujours comme objectif la valorisation permanente du métier de sage-femme.

■ La section disciplinaire : gardienne des devoirs déontologiques

Quel est l'organe de contrôle visant à assurer le respect de cette "déontologie" ? Il relève de la compétence du conseil



national de l'Ordre des sages-femmes de contrôler le respect de ces différentes normes déontologiques.

En effet, et il en va de même chez les médecins, les chirurgiens-dentistes et les infirmiers, le conseil national de l'Ordre des sages-femmes dispose de chambres de discipline qui ont pour objectif de veiller au maintien de nombreux principes, eux-mêmes exposés dans le code de déontologie : morale, dévouement, etc.

C'est donc la possibilité d'être "jugé" par ses pairs, c'est-à-dire par des membres de sa profession, pour des manquements au code de déontologie, et *a fortiori* à la déontologie.

Le manquement à des règles déontologiques peut alors être de nature à voir sa responsabilité engagée sur le fondement de la responsabilité déontologique, une responsabilité à mi-chemin entre responsabilité morale et responsabilité juridique. Toute sage-femme doit savoir qu'un recours est possible devant les juridictions administratives afin de contester le bien-fondé de la décision rendue par l'Ordre, qui confirmera ou non cette décision.

Il peut être utile de préciser que la section disciplinaire du conseil national de l'Ordre des sages-femmes est indépendante de toute action engagée devant les juridictions de droit commun (responsabilité civile, administrative et pénale). Peuvent donc être engagées d'autres responsabilités pour des manquements aux règles déontologiques.

Ainsi, porter atteinte à la dignité d'une femme et de son nouveau-né peut être de nature à engager sa responsabilité déontologique pour avoir manqué à l'article 8 du code de déontologie des sages-femmes²⁰, mais peut être également à l'origine d'une potentielle responsabilité civile engagée pour manquement à l'article 16 du code civil qui dispose que « *la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie* ». Telle est l'illustration qu'un manquement aux devoirs professionnels du code de déontologie peut être de nature à engager une responsabilité de droit commun, et en particulier civile.

Tel est également le cas pour violation du secret professionnel, devoir général exposé dans les premiers articles du code de déontologie (supra). La violation du secret professionnel est également une infraction pénale définie par le code pénal²¹. Ainsi, ce manquement déontologique peut être de nature à engager la responsabilité pénale de la sage-femme.

■ Conciliation et procédure disciplinaire

Dans le cadre d'une plainte, voire d'un simple différend, le conseil national de l'Ordre des sages-femmes met en

LL
TOUTE SAGE-FEMME DOIT SAVOIR QU'UN RECOURS EST POSSIBLE DEVANT LES JURIDICTIONS ADMINISTRATIVES AFIN DE CONTESTER LE BIEN-FONDÉ DE LA DÉCISION RENDUE PAR L'ORDRE, QUI CONFIRMERA OU NON CETTE DÉCISION.

77

place deux types de conciliation : la conciliation dans le cadre d'une plainte (à la suite d'un dépôt de plainte contre une sage-femme), et *a contrario*, la conciliation hors le cas de la plainte.

Dans le premier cas, une réunion de conciliation est organisée par le conseil départemental entre la personne à l'origine de la plainte et la sage-femme incriminée, les deux personnes pouvant se faire assister par la personne de leur choix. Trois choix s'offrent aux protagonistes : une conciliation totale, une conciliation partielle ou une non-conciliation. Dans les deux derniers cas, une plainte sera transmise à la juridiction disciplinaire.

Un second cas s'offre également aux sages-femmes devant le conseil départemental : la conciliation confraternelle. Elle peut avoir lieu sur demande d'une ou plusieurs sages-femmes, d'une part en cas de conflits liés à l'exercice professionnel entre consœurs, et d'autre part, en cas de difficultés relatives à la validité, l'interprétation, l'exécution ou la résolution d'un contrat d'exercice professionnel. Des engagements pouvant être réciproques peuvent être mis en place au sortir de la réunion.

—
In fine, la déontologie telle qu'elle est définie notamment par la partie réglementaire du CSP ne se résumerait-elle pas à un conformisme purement juridique ? Certes, mais la déontologie des sages-femmes est une notion bien plus noble, plus élégante et qui tend à promouvoir à la fois la qualité des soins mais également à préserver des devoirs inhérents à une profession, sous l'égide de l'Ordre des sages-femmes, protecteur des droits des femmes et de leurs choix. ■

20. CSP, art. R. 4127-308

21. Code pénal, art. 226-13 (principe) et art. 226-14 (exceptions)

DE LA NÉCESSITÉ D'AVOIR DES RÈGLES¹

→ Quel intérêt pour la société d'une déontologie pour les professions de santé? Cette question ne devrait normalement même pas se poser tant est manifeste l'importance pour chaque profession de définir précisément les règles et devoirs régissant son exercice. Mais l'inflation actuelle de normes, de règlements, de procédures et de protocoles en tous genres rend cette interrogation assez légitime: un code de plus est-il réellement nécessaire sachant que les recommandations officielles de bonnes pratiques abondent déjà?

En effet, le sentiment qui domine de nos jours est d'étouffer sous les règles, souvent jugées absurdes, et la majorité des citoyens aspire naturellement plus à un "choc de simplification" qu'à une codification supplémentaire de l'activité humaine. Il est vrai que la vie est étroitement corsetée dans d'innombrables grilles d'évaluation et de cotations qui donnent l'illusion que tout est quantifiable. Le philosophe utilitariste anglais John Stuart Mill dénonçait au XIX^e siècle la "police morale" qui « *empiète sur la liberté la plus incontestablement légitime de l'individu* »². On pourrait parler aujourd'hui d'une police éthique qui a pour principales armes la "démarche qualité" et la traçabilité. Éthique purement formelle bien sûr qui

pousse à appliquer passivement des règles dont l'utilité et la raison d'être ne sont pas toujours évidentes.

Bien que justifié, ce ras-le-bol général à l'égard de la foisonnante normativité bureaucratique ne remet pas en cause l'importance pour les professions de soin d'une déontologie digne de ce nom. La professionnalisation croissante des métiers de soin rend même une déontologie adaptée incontournable.

On sait que le premier code de déontologie des médecins remonte à Hippocrate et son fameux Serment, mais on sait moins qu'il a été formulé par volonté de rompre avec "l'ancienne médecine", celle des iatrosophistes, charlatans qui prétendaient pouvoir soigner toutes les maladies. La solennité du Serment ne visait en réalité qu'à rappeler constamment aux médecins de l'école hippocratique leur engagement d'être utiles aux malades et de ne pas leur nuire.

La déontologie est donc au départ étroitement dépendante de l'éthique, dont elle reprend en les formalisant les préceptes essentiels comme ceux de ne pas pratiquer l'euthanasie et de ne pas divulguer ce qu'on a vu ou entendu. S'il est d'usage aujourd'hui de les distinguer, il convient de rappeler l'étymologie grecque du terme: *deon*, avant de désigner le devoir, signifie le besoin, la nécessité. Le besoin de règles reconnues par tous vient ainsi du fait que la règle est d'abord un besoin. Il ne s'agit pas de valeurs morales intangibles mais de règles de vie sur lesquelles on peut s'accorder parce que leur nécessité se fait sentir.

1. Cet article reprend en l'augmentant le texte d'une intervention faite au Sénat le 14 avril 2016 dans le cadre d'une journée organisée par le CLIOR Santé Ile-de-France et intitulée « *Ordres des Professions de Santé d'Ile-de-France : Missions et Partenaires* ».

2. John Stuart Mill, De la liberté, chap. IV.

DOLPHITONIC S'ENGAGE A VOUS OFFRIR LE MEILLEUR RAPPORT QUALITE / PRIX / SERVICE

Votre boutique : www.dolphitonic.com

REEDUCATION PERINEALE
ORANGE LINE wireless

New



BILIRUBINOMETRE

TOP VENTES



LE MONITO COSTAUD DU PRO
Capteurs 12 cristaux

TOP VENTES



MONITOS EDAN F2 et F3 VCT

NEW



ECHOGRAPHIE

NEW



DOLPHITONIC Médical Shopping Service

COMMANDES
RENSEIGNEMENTS
DOCUMENTATIONS

Tél : 02 28 10 82 82
Fax : 02 28 10 83 84
E-mail : dolphitonic@orange.fr

DOLPHITONIC
Médical Shopping Service
La Romazière
38, Chemin du Pas
85300 CHALLANS



Il n'y a dès lors aucune raison, sauf à la confondre avec la morale, de ne pas faire évoluer la déontologie parce qu'elle n'est pas un cadre a priori et figé mais qu'elle vise simplement à réguler une pratique elle-même changeante. Quand on parle des devoirs d'une profession, il n'est pas question de devoirs moraux absolus, comme chez Kant par exemple, mais du comportement exemplaire qu'on est en droit d'attendre de celui qui s'est engagé à suivre certaines règles de conduite.

Du coup, la manière traditionnelle de qualifier l'éthique kantienne ("morale déontologique") risque d'induire en erreur. Cette morale du devoir a justement une coloration très réglementaire, au sens militaire du terme: il faut faire son devoir sans rechigner et sans discuter. Kant refuse en effet toute casuistique, c'est-à-dire au fond toute discussion éthique. Mais obéir à la lettre sans comprendre l'esprit n'est pas une garantie de moralité, tout le contraire même, comme le montre le triste exemple d'Adolf Eichmann, qui s'était réclamé de l'impératif catégorique kantien lors de son procès à Jérusalem³. Bien entendu, la loi du Führer n'avait pas grand-chose à voir avec la loi morale chère à Kant; il n'en reste pas moins que la confusion entre morale et déontologie est fâcheuse parce qu'elle donne à cette dernière une apparence froide et désincarnée qui la dessert.

Il n'est pas rare ainsi d'entendre des "éthiciens" faire l'éloge convenu de la transgression et appeler ouvertement à contourner des règles perçues un peu rapidement comme paternalistes et répressives. Cette lutte en fin de compte classique entre l'éthique rebelle et la morale officielle (Antigone contre Créon, Robin des Bois contre le Sheriff de Nottingham, etc.) fait ici une victime collatérale: la déontologie. Car si l'éthique était toujours transgressive, il ne resterait bientôt rien à transgresser, le cadre déontologique ayant disparu. Faute de repères précis, la réflexion éthique tournerait en rond et se réduirait à un éternel questionnement, une remise en cause systématique et stérile de toute certitude, vraie ou fausse.

Les règles qui régissent une profession ne sont qu'une base, mais une base nécessaire. S'en affranchir allégrement parce qu'on y voit un obstacle à la libre délibération ou même à l'exercice subtil de son art est pour le moins dangereux parce qu'on s'engage alors sur une pente glissante. On sort littéralement du cadre. Les institutions ordinaires sont de fait confrontées à une désinvolture croissante des professionnels, qui prennent des libertés étonnantes avec les règles qu'ils se sont pourtant formellement engagés à respecter.

Cela n'a au fond rien de surprenant dans la mesure où on constate partout un semblable relâchement des règles

3. Cf. Hannah Arendt, *Eichmann à Jérusalem*, Gallimard, Folio Histoire, 1997.

LL

... LE RELÂCHEMENT DES RÈGLES COMMUNES ENTRAÎNE INÉVITABLEMENT LE RELÂCHEMENT DES MŒURS, LE DÉCLIN DES VALEURS ÉTHIQUES D'UNE SOCIÉTÉ.

77

de la vie civile et professionnelle: la loi n'a plus la même autorité qu'auparavant, comme on le souligne souvent, et les règlements (scolaire, universitaire, etc.) semblent désormais faits pour être bafoués. Des infractions qui ne sont d'ailleurs pas forcément délibérées, puisqu'on signe les règlements sans toujours les lire... Le mauvais exemple est certes donné par ceux-là mêmes qui sont censés faire appliquer les règles (un ministre du Budget fraudant le fisc, un secrétaire d'État oubliant opportunément de payer ses impôts...), mais de récentes affaires (les actes d'euthanasie compassionnelle imputés au Dr Bonnemaison ou l'étonnant passage à l'acte de l'avocat qui a tiré sur le bâtonnier, le blessant grièvement) montrent qu'on n'hésite guère aujourd'hui à contrevenir aux règles de sa profession et du droit lorsqu'on se sent lésé ou que l'on est animé d'une sorte de conscience morale supérieure. Mais il en va ici de même qu'avec les justiciers autoproclamés: si la police ne les laisse pas faire le sale boulot pour elle, c'est qu'ils menacent les fondements même de la justice en se l'appropriant. La porte est alors ouverte à tous les excès.

Le plus grave toutefois est que le relâchement des règles communes entraîne inévitablement le relâchement des mœurs, le déclin des valeurs éthiques d'une société. À force de prendre des libertés avec le cadre, on finit fatalement par perdre de vue les principes qui le sous-tendent. C'est ce que confirme la fameuse "théorie du carreau brisé" (*Broken window theory*) formulée en 1982 par deux chercheurs en sciences sociales, James Wilson et George Kelling: si la vitre brisée d'un immeuble n'est pas rapidement réparée, cela sera interprété comme une permission tacite de casser toutes les autres! L'indifférence manifeste des autorités publiques à l'égard des délits mineurs crée un climat favorable à la perpétration de crimes plus sérieux. C'est ainsi par exemple que les incivilités s'aggravent en se multipliant. Si, au contraire, on réprime avec une grande sévérité les petits délits, comme l'a fait Rudy Giuliani, le maire de New York dans les années 1990 avec sa politique de la "tolérance zéro", l'ensemble de la criminalité finit par baisser considérablement.

Cette théorie a été critiquée sur de nombreux points, mais on peut tout de même en retenir l'idée essentielle que transiger sur des règles de base n'est pas indifférent parce que le respect de ces règles conditionne la stabilité de tout le système. On peut parler d'une spirale vicieuse

dans la mesure où l'abandon progressif d'une discipline stricte entraînera par cascade une désinvolture toujours plus grande des acteurs. Un film d'Anatole Litvak, *La Nuit des généraux* (1967) illustre bien cette idée: le major Grau, joué par Omar Sharif, enquête sur le meurtre sauvage d'une prostituée à Varsovie en pleine Deuxième guerre mondiale. Ayant la certitude que le meurtrier est un général de la Wehrmacht, l'enquêteur n'a de cesse de le démasquer, même si son opiniâtreté apparaît risible à tous et agace prodigieusement les trois suspects, étant donné le contexte global et le statut social peu flatteur de la victime. Il incarne pourtant le respect du code d'honneur du soldat, quelles que soient les circonstances. Il y a toujours de bonnes excuses pour contourner les règles, mais l'intérêt collectif doit pousser chacun à les appliquer même s'il n'y trouve pas son avantage.

La déontologie apparaît dès lors comme le dernier rempart de la société lorsque la morale publique périclité. Le code de déontologie est en effet le garant de l'ordre – sans jeu de mots. C'est une limite essentielle à l'arbitraire individuel. Le respect rigoureux de règles communes fait au contraire l'honneur d'une profession et lui assure toute sa crédibilité. L'intérêt d'institutions ordinales fortes est qu'elles rendent possible l'autorégulation des professions de santé, qui sont alors moins tributaires des règles externes. Le fait que les jugements en interne soient parfois plus sévères que le jugement civil ou pénal montre que le code de déontologie joue pleinement son rôle d'arbitre des comportements (parfois peu) professionnels.

Saint Paul disait que « *la lettre tue, mais [que] l'esprit vivifie* »⁴. Il faut pour une fois préférer la lettre à l'esprit, parce que la liberté prise avec les règles fragilise les professions de santé et les met en danger. Il ne s'agit pas pour autant de promouvoir à nouveau le formalisme creux, l'obéissance mécanique aux consignes. Pour ne pas vivre les règles uniquement comme des contraintes absurdes, il est impératif d'en comprendre la signification et, surtout, la nécessité. On s'y soumettra d'autant plus facilement qu'on adhère aux valeurs qui les sous-tendent. Elles ne sont d'ailleurs pas immuables, mais peuvent être adaptées au besoin, comme le rappelle Isabelle Adenot: « *La société et son environnement évoluant très vite, les métiers doivent également s'adapter. Des conseillers ordinaux professionnels ont cette capacité de réaction. Une des missions des institutions ordinales est justement de faire vivre des valeurs intemporelles en regard du temps présent.* »⁵

Les valeurs d'une profession doivent en effet rester vivantes et non se scléroser, sous peine de devenir des normes objectives, mais vides. C'est là le signe du véritable dérèglement. ■

4. Épître de Paul aux Corinthiens, III, 6.

5. Isabelle Adenot, *Pourquoi une institution ordinale?* (brochure), p. 7.

Pour le CIR secteur 1, journée du CLIOR au Sénat, avril 2016

RÉFLEXION ÉTHIQUE À PROPOS DE LA DÉONTOLOGIE DES SAGES-FEMMES

La prise de conscience du pouvoir que les techniques et la science donnent aux professions médicales a amené les sages-femmes à la nécessité de fixer des règles de fonctionnement.

Initialement d'essence morale, le code de déontologie est devenu réglementaire. Il précise les dispositions concernant l'exercice professionnel. Pour ce faire, le code de déontologie rassemble les droits et les devoirs de la sage-femme en vue de respecter une éthique professionnelle pour exercer son art au mieux de l'intérêt des patientes. Il contient alors aussi des règles techniques et juridiques. Il est un garant de la qualité des soins offerts aux patientes, un cadre de référence pour la compétence des sages-femmes aussi bien dans son approche technique qu'éthique.

L'Ordre des sages-femmes le soumet au Conseil d'État et au gouvernement qui le publie au Journal Officiel. Le code de déontologie fait maintenant partie de la quatrième partie réglementaire du code de santé publique. Il est édicté par le gouvernement. Il s'impose de fait.

Chaque sage-femme en exercice s'engage à le respecter et des sanctions ordinales par les instances de régulation de l'Ordre (chambre disciplinaire) peuvent être prises en cas de manquement à cette déontologie professionnelle.

“ SA DÉONTOLOGIE N'EST DE FAIT NI UN POUVOIR ORDINAL, NI UNE LEÇON, NI UNE MORALE. ELLE N'EMPÊCHE PAS LA SAGE-FEMME DE FAIRE MAIS LUI PERMET DE SE PENSER DANS SA RESPONSABILITÉ.

”

Afin de tenir compte des modifications législatives sur les compétences des sages-femmes, plusieurs codes de déontologie se sont succédé, le dernier en date étant celui de 2012.

La sage-femme est une profession médicale à compétence définie. Son histoire professionnelle, sa mise sous tutelle pendant de longues décennies, sa formation lui rappelant sans cesse ses limites, confère à la sage-femme une identité où la peur et le retrait existent, entraînant certaines à agir pour se protéger. Son code de déontologie lui rappelle alors dès ses premiers articles qu'elle ne doit pourtant pas aliéner son indépendance professionnelle et aussi ses devoirs de confraternité.

Sa déontologie n'est de fait ni un pouvoir ordinal, ni une leçon, ni une morale. Elle n'empêche pas la sage-femme de faire mais lui permet de se penser dans sa responsabilité. Une responsabilité prise chaque jour dans chaque acte, dans chaque mot, dans chaque rencontre. Une responsabilité professionnelle d'abord mais aussi citoyenne, la sage-femme pouvant aller, et son histoire le démontre, à l'encontre des lois sociales, des lois institutionnelles, des lois légales pour une Naissance respectée ou pour défendre les droits des femmes.

Beaucoup d'articles de la déontologie décrivent des règles d'éthique qui ne sont pas un supplément à la médecine: l'éthique du devoir qu'est la déontologie ne se structure pas sur la conséquence de l'action morale mais dans l'intention qui est à son origine. L'éthique n'est pas une doctrine fondée sur des valeurs posées comme normes du bien ou du mal mais plutôt comme un mouvement réflexif de retour de la conscience sur elle-même pour que chacun définisse son rapport à l'autre.

Le code de déontologie des sages-femmes encadre juste ce qui fait partie de son essence même: la sage-femme agit par devoir et non conformément à un devoir! Elle contient en elle les principes de l'action morale, de l'éthique car elle est transhistorique. La sage-femme n'a pas émergé dans le paysage de la médecine à l'occasion d'un événement ou des progrès de la science. Elle en a toujours fait partie depuis que la naissance a lieu.

L'écriture du code de déontologie des sages-femmes n'a pas pu se fonder sur une seule morale par devoir mais s'est placée dans une pensée écologique en mettant la physiologie dans la légitimité de ses actions. Elle ne peut trouver son éthique dans de simples déterminés car au plus précis de la science maïeutique existe du non-savoir. Et les sages-femmes savent bien que c'est ici que se trouve l'accès à la solution pour chaque patiente. Ainsi la contingence reste possible pour aller dans un espace personnel ouvert. L'éthique de la sage-femme, en ne

“ PARCE QU'UNE PARTIE DE SA PRATIQUE EST CONFRONTÉE AU NON-SAVOIR, À LA NATURE, ELLE NE PEUT METTRE QUE LA FEMME AU CENTRE DE SA PRATIQUE EN PRIVILÉGIANT SA LIBERTÉ D'ÊTRE ET DE PENSER.

”

venant pas avec des seuls déterminismes, modifie les regards cliniques. Elle reste une éthique de l'invention, de la créativité assumant le maintien des inattendus. Cela ne l'empêche en rien de mettre en exercice les données actuelles de la science pour le bien des patientes mais lui donne une dimension supplémentaire démocratique. Parce que la formation de la sage-femme – et sa déontologie – est basée sur la connaissance et l'*efficience base* médecine, le devoir rationnel exclut l'abus de pouvoir et d'autorité. Parce qu'une partie de sa pratique est confrontée au non-savoir, à la nature, elle ne peut mettre que la femme au centre de sa pratique en privilégiant sa liberté d'être et de penser.

La sage-femme est cette extraordinaire alliance entre une éthique de l'hétéronomie fondée sur la nature et une éthique de l'autonomie fondée sur le devoir et les lois morales fixées par sa profession.

La déontologie des sages-femmes contient son espace de liberté et d'engagement pour la santé et les droits des femmes. Cette action légitime son engagement pour les générations futures et pour une vie authentiquement humaine.

Grâce à l'écriture de son propre code de déontologie, l'Ordre des sages-femmes est en mesure de penser comme une volonté libre. En reflétant les valeurs fondamentales partagées par la profession des sages-femmes et parce que c'est lui-même qui en fait les lois, l'Ordre des sages-femmes, par son code de déontologie, permet de donner à la sage-femme une reconnaissance de son autonomie et lui donne une dignité.

En fondant largement les conditions de son exercice, plus que d'être un garant pour elles-mêmes et par extension pour les patientes, le code de déontologie et l'Ordre des sages-femmes protègent la profession et l'exercice des sages-femmes dans la société, là où elle ne l'est pas. ■

L'ÉLABORATION D'UN CODE DE DÉONTOLOGIE

QUESTIONS À L'ORDRE NATIONAL DES SAGES-FEMMES

→ L'Ordre National des Sages-femmes étant à l'origine de l'écriture du code de déontologie des sages-femmes, nous lui avons posé quelques questions. Nous les remercions d'avoir pris le temps d'y répondre, malgré leur actualité chargée.

D.O. > Comment se construit un code de déontologie ?

ORDRE > Le code de déontologie des sages-femmes s'attache à définir le contenu des droits et obligations éthiques que les sages-femmes sont tenues de respecter dans leurs relations avec leurs patientes et leurs consœurs. Il est opposable à toutes les sages-femmes qui exercent leur profession.

Le code est issu d'une réflexion interne à la profession mais pas uniquement. En effet, l'ouvrage est préparé et proposé par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes puis est soumis pour avis au Conseil d'État avant d'être adopté par décret. Ainsi, l'ouvrage revêt une valeur réglementaire.

Le premier code de déontologie des sages-femmes a été édicté par le décret du 30 septembre 1949, lequel a été remplacé par le décret du 8 août 1991.

Le code de déontologie a été codifié au sein de la partie réglementaire du code de la santé publique le 8 août 2004 marquant ainsi le positionnement de cette norme juridique au sein de notre État de droit.

À l'initiative du Conseil national, le code de déontologie a fait régulièrement l'objet de diverses modifications eu égard aux évolutions qui ont marqué le domaine médical ainsi que la profession de sage-femme.

LL

L'OUVRAGE EST PRÉPARÉ ET PROPOSÉ PAR LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES PUIS EST SOUMIS POUR AVIS AU CONSEIL D'ÉTAT AVANT D'ÊTRE ADOPTÉ PAR DÉCRET.

77

D.O. > Quelles en sont les difficultés, voire les obstacles ou les attentions particulières pour son élaboration ?

ORDRE > Le code de déontologie a été actualisé à de nombreuses reprises afin notamment de toujours demeurer en adéquation avec les évolutions de notre société mais également les évolutions législatives en matière de santé.

Par le biais de ces évolutions, le Conseil national s'attache à ne pas figer les dispositions du code et ainsi permettre :

- L'intégration des apports des évolutions législatives et de la jurisprudence,

L'ÉPISIOTOMIE N'EST PAS UNE FATALITÉ

EPI-NO Delphine Plus
pour la préparation à l'accouchement et la récupération

E.M.F. Electronique Médicale de France
Distributeur exclusif France
58, rue Grande • 77130 LA GRANDE PAROISSE

code commande : **OBSTETRIQUE 1316**

Tél./Fax : 00 33 (0)1 60 96 24 13 E.mail : emf.epino@wanadoo.fr www.epi-no.fr

N° agrément SS : 77 260 273 6



- L'adéquation avec les évolutions du champ d'intervention des sages-femmes,
- L'adéquation avec l'évolution des pratiques professionnelles et de progrès scientifiques,
- La mise en perspective avec les grands débats éthiques tels que la biomédecine, l'assistance à la procréation médicalement assistée...

Il ne s'agit pas, au sens strict, de difficultés ou d'obstacles mais davantage d'un véritable objectif pour l'instance ordinaire afin que le code de déontologie demeure une valeur essentielle pour la profession en adéquation avec les mutations législatives, réglementaires et plus largement techniques, scientifiques mais également sociales de notre société.

L'Ordre des sages-femmes s'avère toutefois confronté à une contrainte : celle du processus long et fastidieux que constitue celui de l'adoption de la norme réglementaire auquel s'avère soumise toute proposition de modification du code.

D.O. > **En quoi est-il autant protecteur des sages-femmes que des usagers ?**

ORDRE > Le code de déontologie constitue un cadre de référence essentiel pour les sages-femmes. Il s'agit d'une discipline professionnelle permettant de garantir aux professionnels un exercice professionnel harmonieux conforme aux principes déontologiques, éthiques et de moralité au service de l'intérêt des patients.

Une mise en perspective des principes déontologiques fondamentaux permet aisément de comprendre que ces derniers ont été édictés en particulier eu égard aux droits des patients.

À ce titre, citons le respect de la personne et de sa dignité, la responsabilité de la sage-femme d'exercer son art avec rigueur en se référant aux données acquises de la science, le respect du libre choix du praticien par le patient, le respect du secret professionnel, le respect du consentement libre et éclairé du patient ou encore l'interdiction de toute discrimination à l'égard d'un patient.

Soulignons enfin, qu'afin de veiller au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement et à l'observation par ses membres des règles professionnelles, l'Ordre des sages-femmes dispose d'un pouvoir disciplinaire qu'il exerce par l'intermédiaire de ses juridictions disciplinaires.

D.O. > **Qu'est-ce qui en fait une force, un levier plus qu'une contrainte ?**

ORDRE > La déontologie forme une véritable force en ce qu'elle constitue un repère essentiel pour les sages-femmes tant dans leurs rapports avec les patientes mais également avec leurs consœurs.

Le code de déontologie forme un véritable guide de bonnes pratiques pour chaque sage-femme dans son exercice professionnel quotidien. Chaque sage-femme peut s'y référer lorsqu'elle est confrontée à un problème d'ordre moral afin de connaître quelle conduite professionnelle adopter.

Le code régit toutes les facettes du "contrat médical", que l'on pense au droit à l'information des patients ou encore au secret médical mais pas uniquement. En effet, il porte également sur des thématiques à dimension "plus pratique" comme les conditions entourant la délivrance d'un certificat médical, l'interdiction de la publicité ou encore les conditions entourant les soins délivrés aux patientes mineures.

D.O. > **Qu'est-ce qu'il faudrait encore y changer ou pas ?**

ORDRE > Le code de déontologie est en soi un ouvrage perfectible. L'Ordre a pour mission fondamentale d'en assurer son respect mais également son progrès.

D.O. > **Comment faut-il l'enseigner, comment l'Ordre voit-il sa déclinaison au quotidien dans la pratique des sages-femmes ?**

ORDRE > Durant leur formation, les étudiants sage-femme reçoivent un enseignement spécifique consacré à la déontologie. Après avoir reçu un exemplaire du code de déontologie et lors de son inscription auprès de l'instance ordinaire départementale compétente, chaque sage-femme affirme, auprès de cette dernière, avoir eu connaissance des règles déontologiques et s'engage sous serment par écrit à les respecter.

En outre, lors de son inscription auprès de l'Ordre, chaque sage-femme bénéficie d'un rappel quant aux règles déontologiques qui s'imposent à elle.

Toute sage-femme peut, tout au long de sa carrière, se rapprocher des instances ordinaires afin de bénéficier de conseils et d'éclairages en matière déontologique. Il est de même pour tout patient, toute autorité en matière de santé ou, plus largement, tout personne désirent obtenir de telles informations.

L'Ordre veille à accompagner les sages-femmes dans leur quotidien professionnel, à les informer et les sensibiliser aux questions déontologiques auxquelles elles pourraient être confrontées. Nous veillons à mettre à l'honneur la déontologie de la profession afin que cette dernière constitue toujours un pilier solide auquel les sages-femmes doivent se référer.

À ce titre, et en particulier afin de faciliter l'application au quotidien des règles déontologiques par les sages-femmes, le Conseil national mène actuellement un travail de commentaires du code de déontologie. Il s'agit ici de renforcer une application efficace d'une déontologie transparente. ■

RÉFECTION PÉRINÉALE 1/2

INTRODUCTION

Outre les conséquences traumatiques inhérentes à l'expulsion en elle-même, les erreurs ou insuffisances de sutures des déchirures dites "ouvertes" ou des épisiotomies peuvent être à l'origine de douleurs aiguës ou chroniques, de thrombus génitaux, de conséquences hémorragiques, infectieuses, ou fonctionnelles, chez la femme. Le périnée assurant un rôle dans la statique pelvienne, le soutènement de la jonction uréthro-vésicale, la continence urinaire, la continence anale, l'accouchement, la sexualité, il convient d'assurer sa réfection avec la plus grande attention.

Le code de la santé publique stipule dans l'article R 4127-318, modifié par le décret 2012-881 du 17 juillet 2012, que «... la sage-femme est autorisée à pratiquer l'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée, et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée». Le référentiel métier et compétences des sages-femmes 2010 précise « le diagnostic des lésions périnéales sans atteinte des sphincters, et des plaies vaginales avec suture sous anesthésie locale, en rédigeant le dossier médical. »

RAPPEL DE LA CLASSIFICATION DES DÉCHIRURES

- **Sièges des déchirures :** périnéal, vulvaire postérieur, nymphéal, vaginal, cervical, voire corporéal.
- Plusieurs sièges peuvent être conjugués, et souvent associés à des facteurs de risques de déchirures identifiés.

PRÉPARATION À LA RÉFECTION DES PLAIES PÉRINÉALES

■ Le matériel

→ Préparation de la table

- Gants stériles
- 2 doigtiers stériles (pour les TR avant et après réfection)
- Sarrau stérile
- Sonde urinaire évacuatrice (si vessie non vidée)
- Champs stériles (sous fessier + cuisses et abdo, ou un grand champ troué)
- 1 porte-aiguille
- 1 pince à disséquer sans griffe
- 1 paire de ciseaux
- 1 cupule pour l'antiseptique
- Compresses stériles
- Tampon vaginal (souris) ou compresses supplémentaires

Si besoin :

- Seringue et aiguille pour anesthésie locale
- **Pinces à hémostase**
- Valves de Doyen et pinces à col
- Sonde urinaire à demeure

→ Les fils

- Fils synthétiques résorbables d'usage (moins de douleurs)
- Fils à résorption rapide (plus à risque de déhiscence mais moindre recours à l'ablation pour cause de douleurs périnéales)
- Aiguille Tapercut (corps rond et pointe triangulaire) (pour un usage sur l'ensemble des tissus concernés)
- Aiguilles de 36 mm, 1/2 cercle (propices à la réfection des plans profonds)
- Longueur de fil de 90 cm **pour la technique du surjet continu.**

■ Installation - Précautions

→ Prérequis

- Patiente **informée**, rassurée, détendue
- Délivrance complète (sauf cas particulier de déchirure très hémorragique)
 - *La réfection devra être réalisée le plus rapidement possible pour limiter les déperditions sanguines,*
 - *Recommandation de réalisation immédiate de l'hémostase élective de vaisseaux hémorragiques si nécessaire.*
- Utérus tonique (expression utérine avant l'installation +/- utilisation d'ocytociques)
- Vessie vide

→ Installation

- Bon éclairage
- Collecteur d'aiguilles usagées à proximité: **⚠ AES**
- Position gynécologique
- Opérateur bien installé (hauteur table)

→ Hygiène

- Périnée propre (nettoyage eau stérile et savon ATS, rinçage, séchage, désinfection)
- **Tenue chirurgicale : sarrau stérile, charlotte, masque, lunette, surchausses**
- Lavage chirurgical des mains
- Port de gants stériles
- Désinfection du périnée
- Champs stériles disposés sous le siège, sur l'abdomen et les cuisses de la patiente (*attention aux mains de la patiente qui ne doivent pas se poser sur les champs*)

→ Dernières précautions avant la réfection

- **⚠ Étape majeure. Bilan lésionnel : vulve, vagin, sphincter anal** (et si besoin col, muqueuse digestive)
- Expression utérine puis mise en place d'un tampon vaginal
- Anesthésie locale supplémentaire conseillée si APD insuffisante

■ En fin d'intervention

- S'assurer que TOUT a été suturé
- Enlever tampon vaginal
- Vérifier globe utérin + pertes, exprimer l'utérus
- Effectuer un TV + TR de contrôle (rechercher des points transfixiants, nécessitant une ablation immédiate) qui devront figurer sur le CR opératoire
- Changer de gants
- Enlever les champs stériles
- Réaliser une toilette périnéale
- Réinstaller la patiente
- Éteindre la PCEA (ou autre dispositif d'APD)
- Rédiger un CR opératoire écrit et signé
- Assurer la surveillance du PPI

Correspondance des classifications française et anglo-saxonne (Royal College of Obstetrics and Gynaecology) des déchirures périnéales

Lésions	Classification française traditionnelle	Degré lésionnel	Classification anglo-saxonne
	Déchirure	Degré lésionnel	Degré lésionnel
Cutanéomuqueuses (peau, vagin)	Incomplète ou simple	1 ^{er} degré	1 ^{er} degré
Muscles périnéaux sans le sphincter anal			2 ^e degré
+ Sphincter anal	Complète	2 ^e degré	3 ^e degré
+ Muqueuse du canal anal	Complète, compliquée	3 ^e degré	4 ^e degré

■ **Informations à donner à la patiente**

- La technique réalisée
- Les fils utilisés, et la durée de cicatrisation
- Le rythme de soins (1/j et après chaque selle et miction)
- Type de soins (après lavage des mains, soin eau et savon, séchage soigneux)
- Pas d'usage de sèche-cheveux sur la plaie
- Ingestion d'huile de paraffine en cas de lésion du sphincter

LA RÉALISATION DES NŒUDS ET DIFFÉRENTS TYPES DE POINTS

■ **Les nœuds**

- www.youtube.com/watch?v=IHwbGYAXIK4
- Technique des **nœuds manuels** ou des **nœuds à la pince**
- Nœuds à la pince autant que possible (meilleur serrage des nœuds, et moindre risque d'AES)
- Les nœuds doivent être **alternés** (1 endroit/1 envers/etc.)
- **Le premier nœud doit être double** puis chaque nœud alterné est simple
- **Au moins 6 nœuds** par points bien serrés recommandés **au niveau périnéal**
- **Au moins 4 nœuds sur fil tressé** pour des zones de plus faible résistance.

■ **Les différents types de points**

- www.youtube.com/watch?v=tet7i9NzayE

→ **Points séparés**

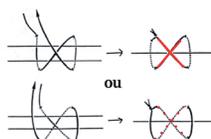
- <http://www.youtube.com/watch?v=VYr7owBuBJY>
- Charge le derme et l'épiderme symétriquement sur chaque berge
- **Toujours penser à la rétraction cicatricielle (invagination cicatrice et dyspareunie)**
- **Important: Réaliser des points éversants** pour une cicatrice finale bien affrontée et au même niveau
- **La technique de chaque point est déterminante**
- **Les points ne sont jamais trop éversants**
- Décaler les points sur le côté et non sur la plaie
- Ne pas trop serrer les points (responsables de douleur et difficulté d'ablation)

Utilisations possibles en obstétrique

- Sutures cutanées
- Sutures vaginales (cicatrices moins rétractiles qu'avec les surjets)
- Sutures musculaires.

→ **Les points en X**

- <https://www.youtube.com/watch?v=HQ70JkME0Sk>



Point en X

- Point de rapprochement des 2 berges musculaires
- Le double passage permet de limiter le cisaillement et la section du tissu par sa résistance (vs un point simple)

Utilisations possibles en obstétrique

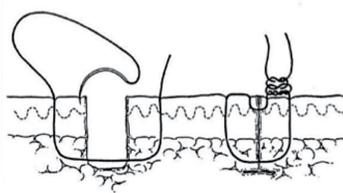
- Plan musculaire
 - Point d'hémostase élective sur des vaisseaux hémorragiques, pour limiter les pertes sanguines.
- <https://www.youtube.com/watch?v=CEnH9yFjEgl>

→ **Blair Donati**

- http://www.youtube.com/watch?v=v-3Qf1LL4VE&feature=player_detailpage

Points Blairs Donati

Points de traction verticale



Points de BLAIR-DONATI
Loin-Loin-Près-Près

- Schéma de réalisation: point « loin-loin-près-près ».
- Point de traction verticale
- Double passage dans le derme (meilleur appui dermique, très bonne éversion des berges)

Utilisations possibles en obstétrique

- Plan cutané

- **Inconvénients**: cicatrice en échelle de perroquet, et douleurs périnéales.

→ **Surjet simple**

- http://www.youtube.com/watch?v=53qRW-9gEtw&feature=player_detailpage



- Débute par un point simple (perpendiculaire à l'axe plaie)
- Trajet oblique ou perpendiculaire à la tranche de section
- Séquelles esthétiques non négligeables (utilisation dans des zones non visibles)

Utilisations possibles en obstétrique

- Muqueuse vaginale (mais plus à risque de cicatrice rétractile)

→ **Surjet passé**

- http://www.youtube.com/watch?v=-RX05gZkM58&feature=player_detailpage



- L'aiguille passe dans la boucle du point précédent
- Très ischémiant (**ne pas utiliser sur la peau**)
- Surjet hémostasiant (utiliser pour des tissus très vascularisés)

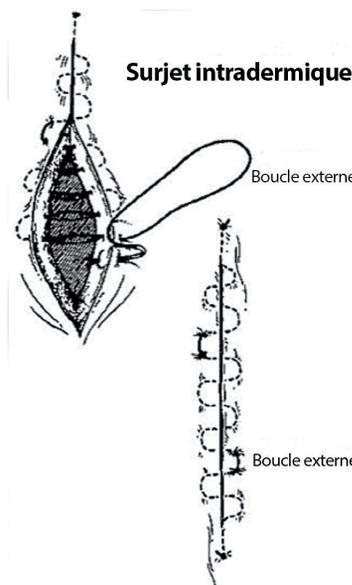
Utilisations possibles en obstétrique

- Muqueuse vaginale (si plaie hémorragique).

→ **Surjet intradermique**

- http://www.youtube.com/watch?v=3Sllwz6fbko&feature=player_detailpage

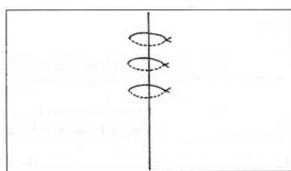
- https://www.youtube.com/watch?v=5PJXYpp6YE0&feature=player_detailpage



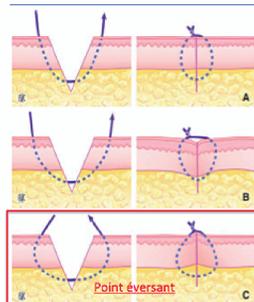
Surjet intradermique

- Meilleure technique de suture de la peau, ne laissant pas de trace
- MAIS, ne doit être réalisé que lorsqu'une suture du plan dermique a été réalisée

Points séparés



Points simples



Reval M, Servant JM. Suture. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales – Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique 2010; 45-030

Différents types de points cutanéodermiques

- Lorsque l'aiguille est insérée parallèlement aux berges de la plaie, la suture initiale est parfaitement à niveau, mais la rétraction cicatricielle aboutit à une cicatrice finale légèrement invaginée.
- Lorsque l'aiguille charge beaucoup plus large en superficiel qu'en profond, la suture initiale est invaginée. Après rétraction cicatricielle, elle l'est donc d'autant plus.
- Lorsque l'aiguille charge plus large en profond qu'en superficiel, la suture réalise un point éversant qui, après rétraction cicatricielle, donne une suture parfaitement à niveau.

(s'effectue après un rapprochement sous cutané préalable)

- Les deux extrémités peuvent être arrêtées par un nœud cutanéodermique ou dermique ou bien le fil peut être enfoui (si fil résorbable)
- Puis fil passé **dans le derme** dans chaque berge, non visible
- Passage dermique au même niveau sur les 2 berges (éviter les chevauchements)
- Répartition des prises symétriques (pour un bon affrontement sur toute la longueur de la suture)
- Les points dermiques sont peu serrés (juste pour affronter)

Conditions optimales pour l'utilisation de la technique

- Plaies régulières
- Lèvres éversées
- Pas de pertes de substances
- Tension minimale sur les berges
- Pas de risque important de suppuration collectée
- Pas de risque important d'hématome

Utilisations possibles en obstétrique

- Plan cutané: utilisable dans la technique de réfection en 3 plans séparés,
 - Pour améliorer le pronostic de la douleur périnéale
 - Pour une moindre survenue de dyspareunie à 3 mois du post-partum
- Plan cutané: dernier plan de la technique du surjet continu.

> Suite de la fiche technique dans le DO N° 460 (juillet 2016) "Sutures des déchirures et périnéotomies"

BIBLIOGRAPHIE

- Conseil National de l'ordre des sages-femmes, Collectif des associations et syndicats de sages-femmes. *Référentiel métier et compétences des sages-femmes*. Janvier 2010.
- Vardon D, Reinbold D, Dreyfus M. *Épisiotomie et déchirures obstétricales récentes*. EMC avril 2013; 8 (1).
- Verspyck E, Sentilhes L, Roman H, Sergent F, Marpeau L. *Techniques chirurgicales de l'épisiotomie*. J Gynecol Obstet Reprod 2006; 35 (suppl. au n° 1): 1S40-1S51.
- Revol M, Servant JM. Suture. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Techniques chirurgicales - Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique* 2010; 45-030
- J. Lansac. *Épisiotomie et déchirures du périnée*. Dans: J Lansac, P. Descamps, J.-F. Oury, eds. *Pratique de l'accouchement*. 5e ed. Paris: Masson; 2011.
- J. Lansac. *Accouchement imprévu à domicile*. Dans J. Lansac, G. Magnin, L. Sentilhes, eds. *Obstétrique pour le praticien*. 6e ed. Paris: Masson; 2013.
- **Ligature vasculaire**: <https://www.youtube.com/watch?v=CEnH9yFjEgI>
- **Blair Donati**: http://www.youtube.com/watch?v=v-3Qf1LL4VE&feature=player_detailpage
- **Surjet simple**: http://www.youtube.com/watch?v=v-3Qf1LL4VE&feature=player_detailpage
- **Surjet passé**: http://www.youtube.com/watch?v=-RX05gZkM58&feature=player_detailpage
- **Surjet intradermique**: http://www.youtube.com/watch?v=3Sllwz6fbko&feature=player_detailpage <https://www.youtube.com/watch?v=5PJXYpp6YE0>
- **Technique manuelle des nœuds chirurgicaux**: www.youtube.com/watch?v=IHwbGYAXlK4
- **Anal sphincter repair**: <https://www.youtube.com/watch?v=cQzHKnNtkc4>
- **Réparation 1er et 2° degrés**: https://www.youtube.com/watch?v=p3xM-iD_MTY
- **Ordre de suture et repères anatomiques pour une technique 3 plans voire la technique du surjet continu**: https://www.youtube.com/watch?v=_a8c2qskuzA
- **Une technique 3 plans**: <https://www.youtube.com/watch?v=i60lk2GDFlc>
- **Technique du surjet continu (9°25'')**: http://www.canal-u.tv/video/universite_bordeaux_segalen_dcaml/episiotomie_a_un_fil.3263
- **3° degré perineal repair demonstration**: <https://www.youtube.com/watch?v=MN8rlnTstll>
- **3° degré perineal repair**: <https://www.youtube.com/watch?v=v27e-5-YJCQ&spfreload=1>

Sitographie

- **Site du CLIN-Sud-est**: <http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Reseaux/MATER/Information/Affiches/episiotomie.pdf>
- **Les sutures pas à pas comment faire les points**: www.youtube.com/watch?v=ted7i9NzayE
- **Points séparés**: <http://www.youtube.com/watch?v=VYr7owBuBJY>
- **Point en X**: <https://www.youtube.com/watch?v=HQ70JkME0Sk>
- **Points d'hémostase**: <https://www.youtube.com/watch?v=CEnH9yFjEgI>

Monitoring • Doppler • Echographe • Rééducation

F2/F3 VCT

Excellente détection fœtale
Tracé détaillé dès 18 SA
Transfert sur clé USB*
Batterie 7H - Logiciel
Léger < 3,7 kg - Calcul VCT
Sacoche ou valise avec protection contre les chocs



DUS 60

Echographe avec doppler
Technologies THI et TSI
Optimisations d'images automatiques
Compact - Léger - Batterie



YSY EST EVOLUTION 2 SF

Biofeedback et Stimulation
Logiciel spécifique SF
Biofeedback ludiques (jeux)
Bilans - Planches anatomiques
Consultation post natale
Suivi de grossesse et gynéco



Nouveau logiciel

YSY MEDICAL

Tél. : 04 66 64 05 11 - Email : contact@ysy-medical.fr

YSY MEDICAL - Fabricant de matériels de rééducation et importateur exclusif EDAN

Promos : nous consulter

www.ysy-medical.fr

Management efficient et prévention des risques psychosociaux, quelles sont les clefs ?

→ L'instruction N° DGOS/RH4/2015/18 du 20 janvier 2015 relative à la mise en œuvre de la réforme statutaire des sages-femmes hospitalières définit une nouvelle approche managériale. Loin de l'image de l'omnipotence de la sage-femme cadre, c'est dans une dynamique de rapport de lien fonctionnel qu'il faut envisager la fonction.

Bien évidemment, la sage-femme coordinatrice d'unité garde un lien hiérarchique avec les équipes paramédicales mais cette relation de pouvoir doit pouvoir s'entendre comme un pouvoir de résolution. En effet, la littérature montre combien aujourd'hui le pouvoir managérial contribue à la protection ou à la dissolution d'une équipe.

Le critère 3d du *manuel de certification V2010* de la HAS intéresse la qualité de vie au travail. Même si ce n'est pas une pratique exigible prioritaire, il importe pour chaque manager de s'en préoccuper car il ne peut ignorer le lien entre prévention des risques psychosociaux et qualité de vie au travail.

Le poids de nos relations interpersonnelles, des conditions du quotidien du soignant, de l'écoute que nous pouvons lui accorder dans ses difficultés doit être admis par tous et c'est ensemble que nous pourrions améliorer les indicateurs de la qualité de vie au travail (QVT).

La problématique reste: comment la politique managériale peut amener une qualité de vie au travail pour les acteurs d'un pôle mère-enfant tout en répondant aux exigences institutionnelles?

La particularité du concept de la qualité de vie au travail est qu'il ne fait pas l'objet en France d'une description normée et unifiée. Par ailleurs, il cohabite avec d'autres concepts voisins tels que le bien-être au travail, mieux-être au travail.

La qualité de vie est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1994 comme :

« La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans

LL

La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.

77

lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement. »

Selon l'Agence Nationale pour l'Accompagnement des Conditions de Travail (ANACT), la promotion de la qualité de vie au travail passe par le postulat et les actions suivantes :

- « Un choix de société, qui implique les salariés et les dirigeants des entreprises, les partenaires sociaux, l'État et les collectivités territoriales à tous les niveaux ;
- Analyser, comprendre le travail et agir pour le transformer ;
- Encourager toutes les initiatives qui contribuent au développement des compétences, à l'évolution professionnelle et au bien-être au travail ;
- Agir pour que le travail favorise l'épanouissement physique, psychique et intellectuel des individus ;

- Faire que le travail soit un espace d'intégration y compris pour les moins aptes et les plus fragiles, et un espace de justice sociale ;
- Faire que chacun trouve sa place au travail et que le travail garde sa place parmi les autres activités humaines ».

La loi de 2002, dite loi Kouchner, a défini tout l'engagement de la collectivité dans la prise en charge du patient. Tous s'accordent sur les fondamentaux éthiques de bientraitance, non-malfaisance, autonomie et justice. Le cheminement fait autour du patient nous amène à réfléchir sur les conditions de vie au travail des soignants et la qualité des soins délivrés.

Différentes études montrent l'évidence d'un cercle vertueux liant QVT/conditions de travail et qualité des soins/bientraitance des patients.

Le sentiment de qualité de vie au travail est plurifactoriel et en lien avec les sensibilités individuelles. Les représentations que chacun se fait de son environnement professionnel, des relations à l'autre, des composantes familiales, environnementales ont aussi un impact sur les ressentis. Bien sûr, les conditions de travail organisées, le respect de valeurs communes et notamment sur la base des valeurs éthiques sont favorables au bien être de chacun.

Au niveau collectif, il s'agit de dimensions objectives telles que : les conditions de travail, l'organisation du travail, les relations sociales, la préservation de la santé et de la sécurité des individus, les possibilités de réalisation et de développement professionnel, les conditions qui permettent la conciliation avec la vie personnelle.

En 2013, l'ANACT et la Direction Générale du Travail (DGT) regroupent en quatre grandes familles les déterminants de la QVT et des risques psychosociaux (RPS) :

- **« Les exigences du travail et son organisation.** *Autonomie dans le travail, degré d'exigence au travail en matière de qualité et de délais, vigilance et concentration requises, injonctions contradictoires ;*
- **Le management et les relations de travail.** *Nature et qualité des relations avec les collègues, les supérieurs, reconnaissance, rémunération, justice organisationnelle ;*
- **La prise en compte des valeurs et attentes des salariés.** *Développement des compétences, équilibre entre vie professionnelle et vie privée, conflits d'éthique ;*
- **Les changements du travail.** *Conception des changements de tout ordre, nouvelles technologies, insécurité de l'emploi, restructurations... »*

La qualité de vie au travail concerne tous les salariés des entreprises quel que soit leur niveau de responsabilité. Elle n'est pas antinomique avec l'efficacité, voire la performance. Bien au contraire, elle va s'avérer même motrice au quotidien.

La QVT est aussi une manière d'aborder les problématiques de RPS, de stress au travail et de souffrance au travail.

Créer un environnement favorable, faire preuve de reconnaissance, donner les moyens de réaliser les tâches, être capable de communiquer favorablement relève d'une responsabilité collective.

La promotion de la QVT appartient en premier lieu aux directions des établissements de santé qui impulsent une dynamique en faisant de la QVT une priorité, aux équipes médicales, aux cadres de proximité et aux représentants du personnel. C'est aussi aux salariés eux-mêmes de s'emparer ensemble de ce sujet car c'est un concept qui, au-delà de la responsabilité collective, relève d'une responsabilité individuelle.

Dans un entretien accordé à la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2010, à la question « *quel lien faites-vous entre QVT et qualité au travail ?* », Yves Clot¹ répond qu'il existe un lien fort entre santé au travail

et efficacité. L'efficacité est fondamentale dans le travail, elle est reliée à la créativité.

Ce n'est pas seulement atteindre des objectifs que l'on s'est fixés ou que l'on nous a fixés, c'est pouvoir les discuter et les faire évoluer au gré des circonstances.

Dans un collectif, une personne reconnue comme efficace est capable de se créer de nouveaux objectifs. La réalisation de l'individu dans la possibilité d'être créatif est garante de sa santé au travail.

Quand on évoque les risques psychosociaux, on met souvent en exergue l'écart, voire le grand écart entre le travail prescrit et le travail réel.

D'emblée, Hervé Lanouzière² a posé les enjeux : « *Il ne faut pas considérer comme anormal l'existence d'un écart entre travail prescrit et réel. Les choses ne se passent jamais comme prévu car le travail est humain. Par contre, cet écart doit être régulé.* »

Pour l'Assurance Maladie :

« *Les risques psychosociaux sont des risques qui mettent en danger l'intégrité* »

1. Titulaire de la chaire de psychologie du travail. Conservatoire National des Arts et Métiers.
2. Directeur Général de l'ANACT.

Le spécialiste de l'allaitement maternel depuis plus de 10 ans

Grandir Nature, votre partenaire pour accompagner les mamans allaitantes.

Valérie, notre consultante en lactation, est disponible pour toute question autour de l'allaitement maternel :

consultante-lactation@grandir-nature.com

C'est aussi le plus grand choix de tire-lait à la location pour répondre à tous les besoins.

11 modèles hospitaliers et compacts* à un tarif unique de **12.07€ la semaine** (tarif conventionné par la sécurité sociale sans dépassement).

Livraison sur toute la France sous 48h.



Une ligne directe dédiée aux sages-femmes
03 88 50 07 99

* Tous nos tire-lait électriques sont des dispositifs médicaux de classe IIa qui portent au titre de cette réglementation le marquage CE.
LPPR : code 1105712 (12,07€) pour la location hebdomadaire ; code 1140252 (6,04€) pour le set de pompage simple. Grandir Nature est un prestataire conventionné N° FINESS 672656030



GRANDIR NATURE
aider les mamans

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

N° Vert 0 800 622 833

DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H15 À 19H00

www.grandir-nature.com • leblogallaitement.com

12 RUE DE L'INDUSTRIE, 67560 ROSHEIM



physique et la santé mentale des salariés et qui impactent le fonctionnement des entreprises. Depuis une quinzaine d'années, de plus en plus de salariés déclarent souffrir de symptômes liés au stress, au harcèlement ou aux violences au travail, tous secteurs d'activité confondus. Tous les acteurs de l'entreprise sont concernés par ces risques aujourd'hui reconnus ».

La définition de référence des RPS retenue ici est celle du rapport du collège d'experts présidé par Michel Gollac³ : « Ce qui fait qu'un risque pour la santé au travail est psychosocial, ce n'est pas sa manifestation, mais son origine : les risques psychosociaux seront définis comme les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental ».

La liste des RPS est longue, mais ce qui représente une cause et une conséquence, c'est le facteur stress qui est retrouvé dans 22 % des études européennes.

Pour l'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au Travail : « Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets du stress ne sont pas, eux, uniquement de même nature. Ils affectent également la santé physique, le bien-être et la productivité ».

Pour la France, le coût social du stress au travail est évalué entre 800 et 1 600 millions d'euros, selon les hypothèses de l'INRS.

Définir le risque psychosocial marque la volonté de faire la prévention de l'occurrence en neutralisant le mieux possible le phénomène stress.

Il convient d'agir à différents niveaux :

- **Prévention primaire.** Diminuer les sources de stress en tenant compte des résultats des différentes enquêtes pour agir sur les déterminants ;
- **Prévention secondaire.** Aider les individus à faire face aux situations de stress. Les accompagner tout au long de leur vie professionnelle en répondant à leurs attentes en termes de formations et en considérant leur travail ;
- **Prévention tertiaire.** Prendre en charge les individus atteints par le stress chro-

nique, celui qui dure qui va être délétère. Il faut être attentif aux signaux de mal-être pour être en mesure d'accompagner afin de ne pas arriver à la souffrance.

Se préoccuper des RPS n'est pas un vœu pieu, les enjeux pour la société sont nombreux.

- **Les coûts directs :** médicaux et non-médicaux,
- **Les coûts indirects :** absentéisme, coût de friction
- **Les coûts intangibles** comme les répercussions sur la qualité de vie des collatéraux.

La HAS a mené, en collaboration avec l'ANACT, des travaux destinés à accompagner les établissements de santé dans la prise en charge des risques psychosociaux dans leurs dimensions évaluatives et préventives.

Les leviers possibles

● AXE 1 → LA COMMUNICATION

L'Accord National Interprofessionnel sur le Stress au Travail (ANISAT) a mis en évidence la communication comme réponse aux RPS.

« La communication est indissociable de la qualité de vie au travail ».

Elle est présente dans chacune de ses dimensions. Verbale ou non verbale, écrite ou orale, officieuse ou officielle... elle se trouve partout, sous toutes les formes. Elle a un rôle majeur pour une performance durable de l'organisation et le bien-être de ses collaborateurs. Les différents moyens (intranet, blog, journal interne, réunion, événements...). Moins de conflits dans la transparence, on comprend mieux, même dans les difficultés que peut rencontrer l'entreprise.

- Une action autour de la communication peut être réfléchiée sous la forme d'un groupe de co-développement professionnel. C'est un dispositif structuré d'échanges qui amène un groupe de pairs – dirigeants, managers ou collègues – à se comprendre, à s'apprendre mutuellement et à s'entraider.

En effet, à tour de rôle, un participant, le "client" de la séance, présente au groupe un problème, une préoccupation ou un projet, c'est-à-dire une situation professionnelle pour laquelle il veut voir clair et

mieux agir. Les autres, les "consultants" ont pour rôle de lui apporter une aide utile. La multiplicité des regards permet une approche systémique des enjeux et des solutions possibles.

- Ainsi, le groupe aide à élargir sa vision d'une situation souvent difficile, à trouver des solutions adaptées et à en tirer des enseignements.
- Pour accompagner l'apprentissage du groupe dans le respect des règles, un animateur applique un protocole, précis sur le cadre mais souple sur le contenu ;
- Des groupes d'analyse des pratiques peuvent se réunir afin d'échanger sur leurs conduites à tenir afin de définir une vision commune qui sera à l'origine de protocoles ;
- Les réunions, qu'elles soient institutionnelles ou de service seraient riches d'intégrer des représentants de tous les corps de métiers dans l'objectif de mettre à profit l'intelligence collective ;
- Dans un idéal d'organisation, les managers devraient pouvoir encourager la parole des salariés.

● AXE 2 → LE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL

- Participation et engagement de tous dans l'accompagnement à la parentalité ;
- Groupes de travail thématiques ;
- Accès à des formations dans le cadre du projet de service ;
- Réunions d'information sur la vie de l'établissement (rotation des postes de direction, politique menée, projets...).

● AXE 3 → L'ORGANISATION DU TRAVAIL

- Meilleure adéquation entre les ressources disponibles et les charges de travail à gérer ;
- Simplifier les processus administratifs ou autres ;
- Tenir ses engagements : manager, direction ;
- Reconnaissance de la hiérarchie ;
- Identifier les zones de dysfonctionnements qui augmentent la charge de travail ;
- Limiter l'utilisation des technologies nomades (messages vocaux, SMS, mails) en dehors des heures de travail, limiter

les sollicitations professionnelles pendant les temps personnels ;

- Planifier le travail suffisamment à l'avance, définir les conditions de délais de prévenance des changements de planning ;
- Élaboration d'une charte des personnels de l'unité (pour les congés, pour la coopération dans le travail, pour la courtoisie...);
- Donner des responsabilités et déléguer.

● AXE 4 → LA VALORISATION

- S'appuyer sur les compétences de chacun et les valoriser. Il s'agit de favoriser l'engagement des individus dans des activités où ils sont en mesure d'utiliser leurs compétences face à un enjeu réaliste qui a du sens ;
- Célébrer : ne pas hésiter à partager un moment convivial avec ceux qui ont pu porter un projet dans l'entreprise ;
- Le respect de chacun : « **Les savoir-faire sociaux les plus élémentaires sont absents du rapport supérieur hiérarchique/employé** ».
- Fiches de poste/de tâches à faire ensemble (démarche du sosie) : reconnaissance institutionnelle des compétences (signature de l'agent sur la fiche), outil de référence.

● AXE 5 → LE CARE

- Prendre soin du corps : proposer des ateliers (sophro, yoga...) s'appuyer sur les compétences de certains ;
- Se doter d'un espace de détente, de sport ;
- Créer un environnement favorable, donner les moyens de modifier son environnement ;
- Faire preuve de cohérence, demander des choses réalistes et réalisables ;
- Savoir être : les émotions sont "contagieuses". Un climat délétère va influencer des organisations et au contraire un climat serein va favoriser la réalisation des objectifs. La contagion s'opère sans que l'on en ait conscience, une personne vous sourit et vous lui souriez en miroir, une personne a le visage fermé et progressivement votre visage va se fermer.

Pour rejoindre la sociologue Dominique Méda⁴ «...la reconnaissance au travail est une exigence prioritaire des salariés pour s'épanouir et se distinguer ».

Malgré cette mise en lumière des RPS dans nos établissements de santé, les personnels dans les services de soins restent motivés par leurs fonctions et veulent "encore y croire". Ils parviennent pour beaucoup à donner du sens à leur travail et leur cohésion d'équipe est salvatrice.

Les leviers d'actions existent et chacun semble prêt à être acteur de ce changement. La démission et la résignation ne sont pas de mise. Il est des missions du cadre d'être le garant de la bonne santé des agents avec lesquels il partage une grande partie de leur quotidien.

La marche vers l'amélioration va se faire dans la coopération.

Le manager, outre ses compétences techniques, doit être en capacité de diriger une équipe, dans le sens où il doit être capable de les accompagner, de leur montrer la direction.

La présence managériale quotidienne est un atout important dans la prise de conscience des problématiques, la mise en place et le suivi des actions dans un objectif de résolution.

Le préalable à la mise en œuvre d'actions est d'être reconnu comme l'interlocuteur à privilégier dans le pôle. Il doit pouvoir être le référent de toutes les informations nécessaires au fonctionnement du service. Son positionnement au sein de l'équipe, vis-à-vis des autres cadres, de la direction, sera un des atouts majeurs dans la réussite des initiatives.

Trois autres dimensions du manager sont essentielles en termes de leadership

■ **La fonction informative et transparente.** Le manager se doit de transmettre tout élément porté à sa connaissance et qu'il jugera utile de faire savoir à ses équipes dans un souci de cohésion ;

■ **La fonction mobilisatrice.** Il mettra tout en œuvre pour mobiliser les membres de son équipe et avoir leur adhésion pour la conduite de projet. Il est essentiel de pouvoir fédérer tous les agents de son équipe autour d'un projet qui a du sens ;

3. Directeur du laboratoire de sociologie quantitative de recherche en économie statistique.

4. Philosophe et sociologue.

5. Enseignant en techniques d'expression, communication et management



«...la reconnaissance au travail est une exigence prioritaire des salariés pour s'épanouir et se distinguer ».

Dominique Méda



■ **La fonction éducative.** Le manager doit pouvoir porter l'information à ses équipes. La variété des situations rencontrées dans le domaine de la santé et les différentes évolutions tant pratiques que réglementaires qui y sont liées motivent le manager à dispenser les informations utiles.

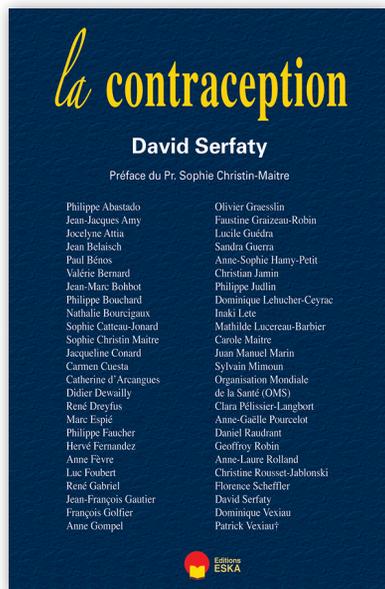
Un manager doit avoir du pouvoir en termes de résolutions. Il ne pourra être en mesure de répondre à toutes les exigences s'il est dans l'impossibilité de mobiliser les équipes.

La légitimité d'une autorité va passer par sa capacité à répondre aux exigences des agents de son pôle. Il va faire autorité, non pas par son autoritarisme mais par son engagement dans sa fonction et son pouvoir de résolution. Même s'il n'est pas en mesure d'apporter des réponses satisfaisantes, il doit pouvoir l'expliquer aux équipes qui sont en mesure d'entendre les freins rencontrés.

Toute organisation hiérarchisée revêt un caractère de pouvoir dont il faut avoir conscience. Ouvrir un espace de parole avec toute la liberté requise nécessite d'avoir acquis la confiance de son équipe.

Manager, c'est accompagner, « c'est une attitude réfléchie de supervision sans vocation hiérarchique, de regards croisés sans idées de contrôle ou de notation » (Olivier Bernard⁵).

In fine, c'est bien le souci de l'autre qui est au cœur de la démarche, non sans oublier la réalité des difficultés du quotidien. Il paraît du domaine du possible de préserver les acteurs d'un pôle tout en menant à bien la totalité des missions.



Éditions ESKA

ISBN 978-2-7472-2310-2

Format 13x21 cm

Poids: 870 gr

656 pages

Prix public: 85 €

La contraception

● David SERFATY

Ce livre donne aux praticiens toutes les informations nécessaires pour la prescription et la surveillance d'une contraception.

Cette nouvelle édition est entièrement mise à jour et intègre les connaissances les plus récentes et même futures, comme les sprays contraceptifs, les gels contraceptifs pour homme, les contraceptifs oraux sans hormones ou le *Microchip* implantable de très longue durée...

Après des rappels indispensables, en particulier hormonologiques et physiologiques, l'ouvrage fait une analyse précise des différentes méthodes de contraception (hormonale, intra-utérine, vaginale, masculine, d'urgence) avec leurs indications, contre-indications, complications ainsi que leurs effets bénéfiques.

Le lecteur trouvera également dans cet ouvrage une description détaillée de la contraception pour les différents âges de la vie ou associée à des situations particulières ou à diverses pathologies (la drépanocytose par exemple) et parfois très rares comme l'angioedème héréditaire. Pour guider le praticien dans sa décision, tous les critères de décision intervenant dans le choix et la surveillance d'une contraception sont clairement exposés.

LE PUBLIC

- Gynécologues
- Médecins généralistes
- Endocrinologues
- Sages-femmes
- Étudiants des 2^e et 3^e cycles de médecine
- Personnel des centres de planning familial
- Pharmaciens...

David Serfaty est gynécologue, praticien hospitalier honoraire, ancien directeur du centre de régulation des naissances à l'hôpital Saint-Louis à Paris, co-directeur du diplôme interuniversitaire de contraception, universités Paris-VI et Paris-VII, président de la Société Francophone de Contraception, et président fondateur et d'honneur de la Société Européenne de Contraception. Il s'est entouré d'un collectif d'auteurs de renom et d'horizons divers car le domaine de la contraception est très vaste et en perpétuel mouvement

VIENT DE PARAÎTRE
AUX ÉDITIONS ESKA

BON DE COMMANDE

Je désire commander exemplaire(s) de l'ouvrage:
"LA CONTRACEPTION" de D. Serfaty, ISBN 978-2-7472-2310-2
 au tarif de 85 € + 1 € de frais de port par volume,
 soit €

Je joins mon règlement à l'ordre des ÉDITIONS ESKA par :

- Chèque à l'ordre des Éditions ESKA
- Virement bancaire aux Éditions ESKA - BNP Paris Champs
Élysées - 30004/00804/compte : 00010139858/36
- Carte bancaire
- VISA
- Mastercard

N°

Date d'expiration / /

Signature:

MES COORDONNÉES

M^{me} M^{lle} M.

Nom

Prénom

Adresse

Code postal

Ville

E-mail

Veuillez retourner votre bon de commande accompagné de votre règlement à :
 Éditions ESKA - 12, rue du Quatre-Septembre - 75002 PARIS - Tél. : 01 42 86 55 75
 Fax : 01 42 60 45 35 - Email : adv@eska.fr - www.eska.fr

III^e Congrès **“JE SUIS LA SAGE-FEMME”** 2016

VIOLENCE ET SAGE-FEMME

Mardi 6 & Mercredi 7 décembre 2016

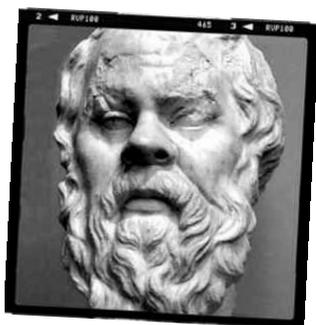
**Lieu : Institut du Cerveau et de la Moelle Épineuse
Hôpital Pitié Salpêtrière, 47 boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris**

PHILOSOPHIE

HISTOIRE

PSYCHANALYSE

ANTHROPOLOGIE



Après deux congrès consacrés à l'identité et à la place de la sage-femme, l'association

«Je suis la sage-femme»

s'associe à la revue

«Les Dossiers de l'Obstétrique»

afin de poursuivre cette réflexion à partir du thème de la violence et aux formes particulières qu'elle prend dans le monde globalisé et éclaté qui est celui de notre temps, questionnant la place de la sage-femme face à la violence en général.



GENRE

SOCIOLOGIE

ART

MAÏEUTIQUE



COMITÉ SCIENTIFIQUE ET INTERVENANTS SOLLICITÉS

Présidents : HÉLÈNE DE GUNZBOURG et BENOÎT LE GOEDEC

ANTHROPOLOGIE MARIE-HÉLÈNE VERHOEVEN*; **HISTORIENS** MARIE-FRANCE MOREL*, JACQUES GÉLIS* **HISTOIRE DE LA PSYCHANALYSE** ELISABETH ROUDINESCO*; **SOCIOLOGUES ET SAGE-FEMMES** CÉLINE PUILL*, MAÏ LE DU*; **PHILOSOPHES** CLAUDE BIRMAN*, BERTRAND QUENTIN*, BRICE DE MALHERBE*

Des journées du centre de Formation des Editions ESKA de la revue DO, organisées avec le concours de l'association «Je suis la sage-femme»
Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRÈS

Contacts : Serge KEBABTCHIEFF – Céline GAZET, 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



LES **DO** LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE



III^e Congrès **“ JE SUIS LA SAGE-FEMME ”** 2016

L'actualité de ces derniers mois fut dramatique et questionnante pour nous tous. Nul d'entre nous n'a de réponses toutes faites et ceux qui en proposent sont de la pire espèce : haine, fermeture à l'autre, repli sur une identité illusoire.

Par ailleurs une catastrophe écologique a lieu, dont nous avons tous conscience et qui pose aux sages-femmes une nouvelle question : comment accueillir les nouveaux venus dans ce nouveau monde ? Ceci bien sûr nous incite à poursuivre notre réflexion avec les sages-femmes au cœur d'un questionnement citoyen sur la liberté, la fraternité, l'ouverture et l'accueil de l'autre.

Nous gardons le choix de nous adresser aux sciences humaines ainsi qu'aux artistes, contemporains ou non, plutôt qu'aux sciences dites dures.

Notre questionnement reste ouvert et s'adresse aussi bien aux sages femmes qu'à tous ceux qui s'intéressent à la naissance.

Mardi 6 décembre

1^{re} Session : Mythes, Histoire, Société

Toute naissance comme toute révolution qui accouche d'un nouvel ordre du monde est violente mais il faut une sage-femme pour la médiatiser.

1. Réflexion sur les origines de la violence et du sacré, la violence mimétique
2. Mythes de la naissance et violence
3. Histoire : violence dans la naissance
4. Sorcières et sages-femmes

2^e Session : Violence, religieux et politique

1. « Tu enfanteras dans la douleur » : Réflexion sur la violence et le religieux
2. Violence politique et religieuse la sage-femme témoin et acteur
3. L'arrivée d'un nouvel être humain est la naissance de l'amour, de la haine, et de la culture : premières séparations, premiers morts, premiers rites, premières caresses
4. Divinisation ou fétichisation de l'enfant
5. Art cirque ou théâtre ou danse

Mercredi 7 décembre

3^e Session : Violence, nature et corps

1. La sage-femme face à la « catastrophe écologique » et à la transformation de la nature
2. Violence et corps : Violence des corps exercée ou subie, gestes, mots, silences, actes y a-t-il une naissance sans violence ?

Ateliers

1. La violence institutionnelle et obstétricale
2. Violence et nouveau-né
3. La violence et les mots, les rythmes et les gestes
4. Violences faites aux femmes



Journée du Centre de Formation des Editions ESKA
 Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRÈS
 Contacts : Serge KEBABTCHIEFF – Céline GAEZET 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
 AGRÉÉ PAR LE CONSEIL RÉGIONAL DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE - CFEE : N° 11753436775



Les matières fécales et les liquides biologiques du nouveau-né de l'Antiquité à nos jours

Par le passé, et en boulimiques du progrès, les savants ont essayé de décrypter l'hygiène du nouveau-né avec le but avoué de faire évoluer les conceptions et les pratiques pour réduire la mortalité des enfants en bas âge. Jacqueline Hecht rappelait en 1992 que « dans l'ensemble, le taux de mortalité infantile s'établissait (au Siècle des Lumières) aux environs de 250 p. 1000. »¹

Bien que l'exploration des archives et des textes liés à l'hygiène des nouveau-nés continue, nous le savons « la mort de l'enfant était étroitement liée aux conditions sanitaires. [...] Le décès du nouveau-né était vécu par la parenté comme quelque chose d'habituel, quoique traumatisant. »²

Il n'y eut pas concrètement en matière de progrès de l'hygiène du nouveau-né d'*annus mirabilis* mais il s'agit davantage de noter qu'au fil du temps il y eut des évolutions qui se composaient de mesures inédites, mesures qui ont été prises pour pallier une science quasiment vierge.

D'abord, interrogeons-nous sur l'origine du mot « hygiène » ? Ce terme est attesté depuis plus de quatre siècles ; le vocable était orthographié « *hygiaine* » et fut révélé par Ambroise Paré en 1575. *Le Grand Robert de la Langue Française* indique qu'il a été formé par le mot grec *hugiënon* « santé » et *hugiês*, qui signifie « sain, bien portant ».

Il s'agit, dans cet article, d'explorer l'hygiène privée dont nous savons qu'elle fut longtemps douteuse même si, comme l'écrivait Didier Boisseuil en 2002, « *N'en déplaise à Michelet, les hommes du Moyen-Âge se baignaient* »³. Certes. Toutefois, cette histoire de l'hygiène du nouveau-né est émaillée de nombreuses exceptions et variations dont les conceptions changent d'une zone géographique à l'autre et d'une époque à l'autre. Un cas célèbre vient à notre esprit. À Montfaucon (dans la vallée du Rhône), raconte le médecin hygiéniste Alexandre Parent-Duchatelet (1790-1836), la femme d'un équarisseur « pendant son travail dans le clos déposait l'enfant qu'elle allaitait dans l'intérieur d'une carcasse dont elle se servait comme d'un berceau ». À la même époque, les conceptions hygiénistes nouvelles s'imposaient.



Hôtel de ville de Douai. Photo : J. Janicki

« Pendant son travail dans le clos [la femme d'un équarisseur] déposait l'enfant qu'elle allaitait dans l'intérieur d'une carcasse dont elle se servait comme d'un berceau »

Il faut attendre les lendemains de 1870 pour qu'un vrai mouvement hygiéniste concernant les nouveau-nés se développe. Dès le lendemain de la guerre de 1870, les élites se mirent à s'intéresser à l'hygiène du nouveau-né en vue du bien commun mais aussi, comme le démontra J. Poirier dans un esprit revanchard. « À l'évidence, la priorité des priorités est le développement de la natalité (sans enfants, pas de soldats ; sans soldats, pas de guerre ; sans guerre, pas de revanche) et – faute de mieux – l'abaissement du taux de mortalité infantile. »⁴

1. Jacqueline HECHY, *Le Siècle des Lumières et la conservation des petits enfants*. Population, 1992, 47, p. 1589-1620.
2. Journal.e-veilleur.com – Bérangère Soustre de Condat-Rabourdin, *Corps à corps avec la mort: 55 – Naissances et morts au Moyen-Âge*. Article paru la semaine du 11 au 17 avril 2016.
3. Didier BOISSEUIL, *Espaces et pratiques du bain au Moyen-Âge*. Médiévales, 2002, 21, p. 5-11.
4. J. POIRIER, *Le discours "revanchard" dans la littérature de vulgarisation médicale française de 1870 à 1914*. Communication présentée à la séance du 22 octobre 1983 de la Société française d'histoire de la médecine.



Ainsi, dès le lendemain du conflit franco-allemand, nombre d'ouvrages sur l'hygiène remportèrent un beau succès comme celui d'Apollinaire Bouchardat (1806-1886) intitulé *Traité d'hygiène publique et privée basée sur l'étiologie*, ouvrage qu'il publia en 1882.

On se servit aussi des sociétés charitables et/ou philanthropiques pour instruire les femmes en couches et les jeunes mères en matière d'hygiène du nouveau-né. À Rouen fut ainsi créée la Société de Charité maternelle par la Reine Marie-Antoinette (1755-1793). Yannick Marec poursuit : « *Il s'agissait aussi de lutter contre l'effrayante mortalité infantile et d'éviter les abandons de nouveau-nés qui, à Rouen, étaient de l'ordre de 500 à 700 par an à la fin du XVIII^e siècle* ».⁵

Nous aborderons donc dans cet article, et plus précisément dans ce domaine de l'hygiène du nouveau-né, la question des matières fécales et des liquides biologiques des nouveau-nés en observant les évolutions et les régressions des soins prodigués à ces derniers, en pointant le manque de soins comme une des causes de morbidité chez les nouveau-nés.

LE MONDE DE STERCUTIUS ET SA CULTURE MATÉRIELLE (STERCUTIUS ÉTAIT LE DIEU ROMAIN DES LIEUX D'AISANCES, DU FUMIER ET DES EXCRÉMENTS)

Demandons-nous d'abord comment les selles de bébé sont considérées ? Le chercheur en histoire de la médecine et de la santé publique de l'Université de Lausanne, Salvatore Bevilacqua, avance l'idée que les selles des nouveau-nés ne dégoûtent pas les adultes car « *cela est probablement dû au statut d'innocence et de pureté que l'on attribue aux bébés. Les selles que les enfants évacuent sont en quelque sorte neutralisées ou purifiées symboliquement par ce statut* ».⁶

Si nos contemporains utilisent des pots en plastique parfois ludiques munis d'une puce musicale, à quoi les pots pour nouveau-nés pouvaient-ils ressembler autrefois ?⁷

Ce n'est peut-être pas si difficile que cela de le dire car les musées en conservent dans leurs réserves. Ainsi, le musée de l'Homme conserve dans ses collections un pot à urine en bois pour nouveau-né qui se plaçait sous l'ouverture percée au fond du berceau.⁸

Suzanne Jacques-Marin nous apprend aussi qu'en Orient, selon Pierre Belon (1555), un tuyau reliait le nouveau-né à un pot de chambre placé sous le berceau pour récupérer l'urine. « *Il y avait des canelles⁹ faites de buis que l'on trouve en vente chez les marchands, expressément faites pour servir aux bébés. Il y a la canelle, au bout recourbé, qui sert à mettre le membre du petit enfant. La canelle pour les petites filles est plus longue et plus large au bout pour être appliquée contre le conduit de l'urine. L'une et l'autre canelles sont reliées à un tuyau qui rejoint un pot placé sous le berceau* ».¹⁰

Plus tard apparurent les pots de chambre pour les jeunes enfants comme l'atteste la fameuse photographie d'André Kertész (1894-1985) prise en 1930 dans la région parisienne.¹¹

Pour information, les toilettes des adultes prenaient aussi jadis des formes très variées. S'ils urinaient ou déféquaient hors de leur domicile, cela se faisait dans des tonneaux, dans des latrines qui se déversaient ensuite dans des fosses septiques¹², derrière

« Il s'agissait aussi de lutter contre l'effrayante mortalité infantile et d'éviter les abandons de nouveau-nés qui, à Rouen, étaient de l'ordre de 500 à 700 par an à la fin du XVIII^e siècle »

les bosquets, ou encore dans les ruisseaux. Au domicile, les adultes faisaient leurs besoins sur les sols en terre battue ou sur une chaise de commodité ; les enfants déféquaient au sol et les adultes jetaient de la cendre sur les excréments avant de balayer le sol.

LA QUESTION DES EXCRÉMENTS DU NOUVEAU-NÉ (DITE ENCORE « LA SOUILLURE DÉTESTABLE ») ET LES CONSÉQUENCES DE L'INSUFFISANCE DES CHANGEMENTS DE LANGES

Au fil des siècles, les parents ont déployé obstination et imagination pour langer leur enfant. Toutefois, l'emballotement « *à la mode cocon* » fut la cause majeure des soucis de santé des jeunes enfants et le producteur principal des symptômes plus ou moins invalidants causés par des croyances naïves. Le problème de l'emballotement a été décrit simplement par Jean Labbé en ces termes : « *Ces bébés étaient non seulement emprisonnés dans de véritables camisoles de force mais ils étaient souvent laissés de longues heures dans leurs excréments, ce qui leur causait de graves problèmes de peau* ».¹³

En 1786, Félipe Baldini, médecin hygiéniste attaché à la Cour de Ferdinand VI, précisait déjà : « *Des excréments ainsi échauffés par la chaleur du corps en contractent une horrible putridité, dont le corps reçoit nécessairement l'impression. Les parties les plus subtiles et les plus pénétrantes, encore plus exaltées par cette résidence, s'insinuent par tous les pores de la peau, altèrent les humeurs qui circulent dans les vaisseaux et occasionnent des dérangements les plus étranges* ».¹⁴

5. Yannick MAREC, *De la dame patronnesse à l'institutrice. La petite enfance entre la charité et l'instruction à Rouen au XIX^e siècle*. Annales de Normandie, 1985, 35, 2, p. 121-150.

6. <http://intestins.24heures.ch/>

7. De nombreuses traditions liées au pot de chambre ont aujourd'hui disparu. Par exemple, la tradition du pot de chambre des mariés n'est plus en vigueur de nos jours.

8. Pot originaire d'Asie (Ouzbek). Musée de l'Homme, milieu du XX^e siècle, N° inventaire 71.1961.66.5.1-2 – Dimensions : 16,2 x 15 x 15 cm, 845 g.

9. Le mot "cannelle" s'écrit avec un "N" au XV^e siècle comme l'indique *Le Grand Robert* de la langue française (page 1881).

10. Suzanne JACQUES-MARIN, *L'esprit des médecins anciens*. Paris, Éditions Cheminements, 2005, p. 132.

11. La photographie est conservée à la médiathèque de l'architecture et du patrimoine.

12. Les fosses d'aisance sont de simples puisards qu'il faut vider chaque année.

13. Jean LABBE, *Maltraitance des enfants – Perspective historique*. Santé, Société et Solidarité, 2009, 8, 1, p. 17-25. Sur les vêtements du nouveau-né lire Jérôme JANICKI, *Les bébés embéguinés*. Les Dossiers de l'Obstétrique, mai 2011, 404, p. 38-42.

14. Blandine BRIL, Silvia PARRAT-DAYAN, *Materner : du premier cri aux premiers pas*. Paris, Odile Jacob, 2008, p. 189.

Les conséquences très douloureuses dénoncées par Baldini sont en d'autres termes des érythèmes fessiers ou dermites du siège¹⁵ (une inflammation cutanée). Les fesses des jeunes enfants étaient donc irritées par l'urine qui provoquait une altération de la couche cornée de la peau. La seconde conséquence, aussi très gênante pour le bébé, était causée par les bandelettes enroulées entre les jambes; ainsi, le corps ligoté, les plis des bandelettes pressaient et entaillaient la peau du nourrisson.

Au bilan, comme le note le médecin lyonnais Gilibert cité par Élisabeth Badinter « *la peau des malheureux était enflammée et couverte "d'ulcères sordides"* »¹⁶ et à la fin, comme l'indiqua Alphonse Leroy (1742-1816), un des pères de la médecine maternelle: « *épuisé par la douleur, il languit et meurt victime de tant d'inhumanités.* »¹⁷

Nous pouvons aussi imaginer que les odeurs de l'urine (tolérées jusqu'au XVII^e siècle) et des excréments devaient être insoutenables pour l'entourage.

L'HISTOIRE DU MANQUE D'HYGIÈNE DU NOURRISSON, UN Puits SANS FOND? PAS SI SÛR

Au cours de nos investigations, nous avons découvert quelques méthodes populaires pour pallier le mal redouté (inflammations, ulcères), méthodes qui peuvent étonner nos contemporains. Deux exemples s'imposent :

- Au mieux, les langes étaient ôtés, séchés et remis sales avant que les fesses du jeune enfant ne soient saupoudrées de farine.
- La Cherbourgeoise Suzanne Jacques-Marin rappelle que « *dans certains milieux pauvres on utilisait pour les soigner un moyen peu onéreux : on allait avec une assiette, recueillir les toiles d'araignées accrochées aux poutres des greniers. Étalées sur le postérieur irrité du bébé, elles le guérissaient selon les témoins.* »¹⁸

Si l'enfant passait l'âge de huit mois environ, les craintes étaient sans doute levées car l'embaillotement était abandonné au profit de la robe; l'enfant déféquait désormais à son rythme.

AU DÉBUT, LA SCIENCE MÉDICALE PRÉCONISAIT SIMPLEMENT DE LAVER LES ENFANTS ET DE LES CHANGER RÉGULIÈREMENT

D'abord et initialement nettoyer le jeune enfant au quotidien avec de l'eau était vu comme un bienfait et de fait recommandé. Dans l'Antiquité, les jeunes enfants étaient très régulièrement lavés. Les mises en garde d'Hippocrate (vers 460 av. J.-C. – vers 370 av. J.-C.) dans *Du Régime*, I, 19, composé vers 400 av. J.-C. en sont une preuve: « *Les corroyeurs tendent, frottent, brossent, lavent, c'est le traitement qu'on fait aux enfants.* »

« Dans certains milieux pauvres on utilisait pour les soigner un moyen peu onéreux : on allait avec une assiette, recueillir les toiles d'araignées accrochées aux poutres des greniers »

Ensuite, au Moyen-Âge, l'eau était toujours recommandée pour débarrasser les petits enfants des matières fécales et des liquides biologiques. Barthélémy l'Anglais (XIII^e siècle – *Livre des propriétés des choses*), Vincent de Beauvais (1184-1194) ou Aldébrandin de Sienne (médecin italien) conseillaient par exemple au XIII^e siècle ce nombre important de bains pour les jeunes enfants.¹⁹

« Dans la noblesse, les nouveau-nés étaient changés jusqu'à sept fois par jour et baignés à chaque fois »

Pourtant, rappelons que dans les villes du Moyen-Âge et de l'époque moderne, l'eau était rare malgré son abondance naturelle. En dépit de ce manque d'eau "saine", François Mauriceau (1637-1709) recommandait de changer deux ou trois fois par jour le bébé pour éviter la macération des excréments. Cela sous-entendait de laver les fesses du nouveau-né.

Enfin, citons Angéline Multon qui indique dans sa thèse de docteur en pharmacie que « *dans la noblesse, les nouveau-nés étaient changés jusqu'à sept fois par jour et baignés à chaque fois* »²⁰ même si sous le règne de Louis XIV dans la capitale l'eau "saine" était rare. « *Par ces différentes fontaines – 85 en 1789 –, par les robinets privés coulaient environ 2 000 m³ d'eau tous les jours [...] c'était à peu près 4 à 5 litres par habitant.* »²¹ Relevez l'estimation!

DE NOUVELLES CONTRAINTES POUR LES PARENTS : LES CONTEMPORAINS DE L'ÉPOQUE MODERNE SE MÉFIE DÉSORMAIS DE L'EAU

Par la suite, nos aïeux condamnèrent l'eau car on l'accusa de tous les maux du monde. Le jeune enfant était donc de plus en plus rarement lavé car beaucoup considéraient que l'eau véhiculait des maladies et la crasse était considérée comme protégeant la peau. Patricia Freestone indique à ce sujet sur le site Internet du réseau de création et d'accompagnement pédagogiques CANOPE: « *Au cours de la Renaissance et des Temps modernes s'instaure une nouvelle pratique, la toilette sèche, en raison notamment de la condamnation par l'Église des soins corporels jugés indécents, ainsi que de la peur de l'eau vecteur d'épidémies comme la peste.* »

Louis XIII (1601-1643) ne reçut-il pas son second bain à l'âge de sept ans comme le précisait son médecin, Jean Héroard (1551-1628)? On peut supposer que le dessèchement de la peau provoquait des xéroses cutanées en nombre.

15. L. LAGIER et al., *Les dermites du siège du nourrisson*. Annales de dermatologie et de vénéréologie, 2015, 142, p. 54-61.

16. Élisabeth BADINTER, *L'amour en plus*. Paris, Éditions Flammarion, 450 p.

17. À lire S. KOTTEK, *Alphonse Le Roy et la Protopédiatrie du début du XIX^e siècle*. Vesalius, 1996, II, 1, pp. 26-33.

18. Suzanne JACQUES-MARIN, *L'esprit des médecins anciens*. Paris, Éditions Cheminements, 2005, p. 132.

19. Voir la fresque de Menabuol de Padoue.

20. Angéline MULTON, *Hygiène et soins du nouveau-né : de l'Antiquité à nos jours*. Thèse soutenue le 13 novembre 2014 à l'université de Nantes – UFR Sciences Pharmaceutiques et Biologiques.

21. Daniel ROCHE, *Le temps de l'eau rare du Moyen-Âge à l'époque moderne*. Annales, 1984, 39, 2, p. 383-399.

UN RETOUR AUX SOURCES : AU XIX^e SIÈCLE, L'EAU EST RÉUTILISÉE POUR NETTOYER LES NOURRISSONS ²²

Le retour en grâce de l'eau s'imposa au XVIII^e siècle. Les nouvelles théories de Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) dans *Émile ou de l'Éducation* (1762) et de John Locke (1632-1704) en Angleterre ont changé le regard sur l'eau et confirmé l'hypothèse selon laquelle l'eau ne donnait pas de résultats négatifs sur la santé des nouveau-nés. « *Il faut que l'éducation s'empare de l'enfant dès les premiers jours de sa vie. Et alors un tableau, le plus souvent frappant de vérité, des soins qu'elle exige : allaitement, pas d'emballage, hygiène, devoirs des pères et des mères.* » ²³

Lorsque Pauline Kergomard institua au XIX^e siècle les écoles maternelles, la question de l'hygiène des petits enfants se posa, comme l'écrit Bernadette Moussy car elle y intégra la dimension "soin". Il faut noter que si l'enfant doit être propre de nos jours comme le recommande l'Éducation nationale sans que cela soit imposé ²⁴, la question se posait différemment autrefois ; en effet, la question était axée sur le fait que la plupart des maladies infectieuses étaient contractées à l'école.

Cela a eu pour conséquence la création de nombreux bureaux d'hygiène. La ville de Bruxelles créa par exemple, un Bureau d'Hygiène en 1874 dirigé par le docteur Eugène Janssens (1831-1900) ; il y menait des inspections médicales dans les écoles publiques. Puis, cela a eu un effet boule de neige. En 1870, à Seraing (ville francophone de Belgique dans la province de Liège), la mise en place de crèches et d'écoles ménagères en 1886 permit de diminuer considérablement la mortalité infantile. En France se développaient les Bureaux d'Hygiène.

Malgré tout, l'existence de ces nouvelles théories ne garantit pas une amélioration très remarquable de l'hygiène.

LES MATIÈRES FÉCALES DU NOUVEAU-NÉ SONT UN OBJET DE CURIOSITÉ EN GUINÉE-BISSAU

Les publications des ethnologues sont un remarquable réservoir d'informations pour illustrer différemment notre réflexion sur les matières fécales et des liquides biologiques du nouveau-né.

Dans certaines cultures comme chez les Manjak de Guinée-Bissau, l'observation des excréments est importante. Lisez plutôt : « *Collomb a remarqué chez les enfants entourés de personnes*

« Il faut que l'éducation s'empare de l'enfant dès les premiers jours de sa vie. Et alors un tableau, le plus souvent frappant de vérité, des soins qu'elle exige : allaitement, pas d'emballage, hygiène, devoirs des pères et des mères »

s'attendant à leur mort, une attitude pathogène. Le désir inconscient de mort du groupe mobilise les attitudes, oriente les comportements, organise le syndrome sociosomatique à risque léthal. » Chez les Manjak, un diagnostic divinatoire attestant de la possibilité de sauver un enfant permettra à la mère d'adopter vis-à-vis de celui-ci une attitude qui aidera à sa survie. « [...] Si le diagnostic est positif, il convient après la naissance de demander une confirmation. L'enfant est déposé sur le sol près de l'autel. S'il urine, la puissance indique qu'elle accepte de le prendre sous sa protection. Si ce n'est pas le cas ou s'il défèque, elle refuse de s'occuper de lui dans l'immédiat. » ²⁵

CONCLUSION

La mortalité des enfants en bas âge à la fin du XIX^e siècle par manque d'hygiène restait, en dépit des efforts, élevée. Ce ne fut pourtant pas la seule explication. Citons le cas des enfants morts parce qu'ils étaient abandonnés ou des enfants morts par accident. Alain Bideau et Guy Brunet ont par exemple étudié la mortalité des enfants trouvés dans l'Ain et en ont conclu que « *les enfants abandonnés sont condamnés pour une large part à décéder rapidement : 43 % des enfants placés à Druillat au XVIII^e siècle (alors que 19 % seulement des enfants indigènes décèdent avant 1 an) ; 43 % des enfants âgés de moins de 3 jours recueillis par la Charité de Bourg au XIX^e siècle.* » ²⁶

Même si ce fut moins dramatique, à l'époque au cours de laquelle apparurent les premières couches, les inflammations et les ulcères restaient élevés. Comme ces dernières n'étaient pas assez absorbantes, elles provoquaient les mêmes soucis aux nouveau-nés.²⁷ Refermons cet article en rappelant que dans un rapport de janvier 2016 baptisé « *aide-mémoire n° 333* », l'Organisation Mondiale de la Santé préconisait une nouvelle fois pour réduire la mortalité infantile de « *promouvoir l'hygiène de la peau des nouveau-nés* ». ■



22. Jérôme JANICKI, *L'hygiène du nouveau-né: le premier bain*. Les Dossiers de l'Obstétrique, juin 2011, 405, p. 34-37.

23. www.salon-litteraire.com

24. Voir l'article L113 du Code de l'Éducation.

25. Maria TEIXEIRA, *Un rituel d'humanisation des nourrissons, le kabuata manjak*. Journal des africanistes, 2001, 71, 2, p. 13.

26. Alain BIDEAU et Guy BRUNET, *La mortalité des enfants trouvés dans l'Ain*. Publications de l'École française de Rome, 1991, 140, 1, p. 219-248.

27. Pour la méthodologie de la toilette du bébé et du nourrisson de nos jours consultez par exemple le site Internet du Centre Hospitalier d'Hyères à l'adresse:

http://clin.ch-hyeres.fr/IMG/pdf/mo_toilette_du_nouveau-ne_et_du_nourrisson.pdf

Pour information, l'inventeur de la couche imperméable s'appelle Marion Donovan.

46^{èmes} JOURNÉES NATIONALES DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE MÉDECINE PÉRINATALE

CLERMONT-FERRAND 12 - 13 - 14 OCTOBRE 2016

Présidents : **Didier LEMERY** et **André LABBE**
Secrétariat : *Karen COSTE, Denis GALLOT et Françoise VENDITTELLI*

PROGRAMME

EXPOSÉS DIDACTIQUES

Modérateurs : Didier LEMERY, André LABBE (Clermont-Fd)

- Biologie délocalisée en maternité et pédiatrie *Vincent SAPIN (Clermont-Fd)*
- Soins palliatifs en périnatalité *Souad BENTAOUI (Clermont-Fd)*
- A partir du registre des malformations *Christine FRANCANNET (Clermont-Fd)*
- Des fondamentaux aux nouveautés en cardiopédiatrie *Jean-René LUSSON (Clermont-Fd)*
- Certification V2014 : quoi de neuf pour le secteur naissances *Françoise VENDITTELLI (Clermont-Fd)*
- pH au cordon et encéphalopathie anoxoischémique *Karen COSTE et Denis GALLOT (Clermont-Fd)*

CONTROVERSE

Modérateurs : Gilles KAYEM (Paris), Loïc SENTILHES (Angers) et Karen COSTE (Clermont-Fd)

- Pour ou contre la réanimation systématique des 23-25 SA ?
Pour : *Xavier DURRMEYER (Paris)*
Contre : *Gilles CAMBONIE (Montpellier)*

ATELIERS

- Réanimation du nouveau-né en salle de naissance
- Analyse du rythme cardiaque fœtal
- Annonce d'une malformation lors de l'échographie « simulation théâtrale »
- Hémorragie de la délivrance « serious games »
- Extraction instrumentale
- Appréciation hémodynamique du nouveau-né par échographie cardiaque

COMMUNICATIONS LIBRES

Renseignements administratifs

CERC-CONGRES

17 rue Souham - 19000 TULLE
tél : 05 55 26 18 87

mail : inscription@cerc-congres.com
site : www.cerc-congres.com

TABLES RONDES

« OBÉSITÉ ET GROSSESSE »

Modérateurs : Didier LEMERY (Clermont-Fd), Delphine MITANCHEZ (Paris)

- L'effet du poids du père sur la fertilité et la santé de la descendance *Rachel LEVY (Paris)*
- Interventions nutritionnelles au cours de la grossesse chez la femme obèse avec ou sans chirurgie bariatrique *Magalie MIOLANNE (Clermont-Fd)*
- Comment gérer la grossesse et l'accouchement de la femme obèse *Philippe DERUELLE (Lille)*
- La femme enceinte obèse : le point de vue de l'anesthésiste *Martine BONNIN (Clermont-Fd)*
- Conséquence de l'obésité maternelle pour le nouveau-né *Delphine MITANCHEZ (Paris)*

« RURALITÉ ET PÉRINATALITÉ »

Modérateurs : Olivier MOREL (Nancy), André LABBE (Clermont-Fd) et Philippe VORILHON (Lempdes sur Allagnon)

- Bénéfices et inconvénients de la fermeture des maternités de proximité *Béatrice BLONDEL (Paris)*
- Précarité et difficulté d'accès aux soins *Laurent GERBAUD (Clermont-Fd)*
- Quels outils de régulation de l'offre de soins en périnatalité *Clémence MAINPIN (Paris)*
- Devenir des anciens prématurés selon leur lieu de résidence *Mathieu HANF (Nantes)*
- Conséquences de l'éloignement pour la famille (parentalité) *Philippe VORILHON (Lempdes/Allagnon)*

« SITUATIONS MATERNELLES PARTICULIÈRES PROCHE DU TERME : QUI ET QUAND DÉCLENCHER »

Modérateurs : Denis GALLOT (Clermont-Fd), Claire BOITHIAS (Paris)

- Rupture prématurée des membranes après 37 semaines *Amélie DELABAERE (Clermont-Fd)*
- HTA et/ou protéinurie isolée *Vassilis TSATSARIS (Paris)*
- Petit poids pour l'âge gestationnel à terme (PAG) *Loïc SENTILHES (Angers)*
- Antécédent de mort in utero *Bruno CARBONNE (Monaco)*
- Lupus érythémateux disséminé (SAPL) *Jacky NIZARD (Paris)*
- Quel environnement pédiatrique pour la naissance ? *Anne BRUNHES (Clermont-Fd)*

MANIFESTATIONS ASSOCIÉES

Programmes intégrales sur www.cerc-congres.com et www.sfmp.net

- Séances de travail de la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité
« Comment aborder la problématique de l'IVG dans les réseaux de périnatalité conformément au cahier des charges de juillet 2015 ? »
- 31^{ème} Journée de la Société pour l'Etude de l'Hypertension Artérielle pendant la Grossesse
- Forum de la Société Francophone de Psychologie Périnatale
« La place du père en périnatalité »
- Réunion du Groupe d'Etude Grossesse et Addictions
« Périnatalité et addictions »
- Journée de la Société Française de Médecine d'Urgence
« Accouchement inopiné extrahospitalier : particularités, données de l'observatoire national »
- Journée régionale de l'Audipog
Session de communication orales avec remise de prix

SYMPOSIUM

- Symposium du jeudi organisé par le Laboratoire THERMO FISHER SCIENTIF
« Les biomarqueurs en pratique : agir pour optimiser la prise en charge de la mère et du nouveau-né »
- Symposium du jeudi organisé par le Laboratoire FERRING sur le thème du déclenchement
- Symposium du vendredi : « Grossesse et thrombose »

AGENDA

AGENDA EN BREF

- **9 JUIN**
PARIS - PALAIS DU LUXEMBOURG
Colloque international WECF "Halte à la contamination chimique des femmes enceintes et des bébés!"
<http://www.wecf.eu/francais/>
- **9 ET 10 JUIN**
ARRAS
27^{es} journées de l'ANSFT
www.ansft.org
- **DU 15 AU 17 JUIN**
FUTUROSCOPE
Journées nationales des péruicultrices ANPDE
www.cerc-congres.com
- **8-9-10 SEPTEMBRE**
MARSEILLE
Congrès en gynécologie "6^{es} Rencontres à 2 mains".
<http://ra2m.fr>
- **17-18 SEPTEMBRE**
PARIS - ÉCOLE DE PUÉRICULTURE (14^e)
6^{es} Colloque de la Société d'Histoire de la Naissance.
www.societe-histoire-naissance.fr
- **22-23 SEPTEMBRE 2016 ET 19-20 JANVIER 2017**
PARIS - MATERNITÉ PORT-ROYAL
Séminaire de formation continue (4 jours): "Retard de Croissance Intra Utérin: Prise en charge anténatale et suivi postnatal"
Informations par e-mail: jocelyne.cayuela@cch.aphp.fr ou 01 58 41 38 71
- **3 AU 7 OCTOBRE**
VERSAILLES
Séminaire de Maternologie Clinique (1 semaine d'enseignement).
Plaquette d'information: [http://maternologie.info/wp-content/uploads/2013/02/S % C3 % A9minaire-de-Maternologie-Clinique-2016.pdf](http://maternologie.info/wp-content/uploads/2013/02/S%20C3%A9minaire-de-Maternologie-Clinique-2016.pdf) ou materno@sfr.fr
- **DU 5 AU 8 OCTOBRE**
PAU
30^{es} journées Infogyn
www.journees-infogyn.com
- **12-14 OCTOBRE**
CLERMONT-FERRAND (63) - POLYDOME
46^{es} journées de la Société française de Médecine Périnatale.
<http://www.cerc-congres.com>
- **13-14 OCTOBRE**
PARIS 12^e
Espace Reuilly
Journées Post-Universitaires des sages-femmes 2016
- **VENDREDI 18 NOVEMBRE**
PARIS
17^e journée sur l'assistance médicale à la procréation de l'hôpital américain de Paris
www.eska.fr
- **17-18-19 NOVEMBRE**
AVIGNON
Centre International des Congrès Palais des Papes
12^e Colloque International de Périnatalité de l'ARIP
<http://www.arip.fr>
- **25 - 26 NOVEMBRE**
PARIS
Journées Jean Cohen (gynécologie-obstétrique et reproduction)
www.eska.fr
- **24 - 25 NOVEMBRE**
LA BAULE - Centre des congrès Atlantia
20^{es} Journées Scientifiques du Réseau Sécurité Naissance des Pays de Loire
www.reseau-naissance.fr
- **2 ET 3 DÉCEMBRE**
LILLE
Séminaire Association française Sages-Femmes Acupuncteurs
"Bao Mai Bao Luo: Cœur - Uterus - Rein"
www.cerc-congres.com et afsfa.gestasso.com

FORMATIONS

Journées Post-Universitaires des Sages-Femmes 2016

JEUDI 13 & VENDREDI 14 OCTOBRE 2016

Programme

Jeudi 13 octobre 2016

8 h 00	Accueil
9 h 00	Traumatismes obstétricaux/Modérateur: D. De Luca <ul style="list-style-type: none"> • Les traumatismes au niveau du crâne > D. De Luca • Ostéopathie pour les traumatismes au niveau du crâne > S. Frigola
10 h 00	Discussion
10 h 30	Pause - Visite des stands
11 h 00	<ul style="list-style-type: none"> • Plexus brachial > FN. Fitoussi • La prise en charge de la douleur > R. Carbajal
12 h 00	Discussion - Déjeuner libre
14 h 00	Lésions vulvaires et proctologie/Modérateur: V. Tesnière <ul style="list-style-type: none"> • Constipation et hémorroïdes > JP. Vove • Incontinence anale > H. Pillant - Le Mout
15 h 00	Discussion
15 h 30	Pause et visite des stands
16 h 00	<ul style="list-style-type: none"> • Infections sexuellement transmissibles et lésions vulvaires > V. Tesnière • Dyspareunie après l'accouchement > S. Berville Levy
17 h 00	Discussion
17 h 30	Clôture de la journée

Symposium organisé par le Laboratoire Stimed:
La rééducation périnéale
Jeudi 13 octobre 2016 de 12H30 à 13H30.
Plateau-repas fourni.
Inscription gratuite sur place.

Vendredi 14 octobre 2016

8 h 30	Accueil
9 h 00	Dépistages et prévention par la sage-femme Modérateur: A. Bonini <ul style="list-style-type: none"> • Vacciner la mère pour protéger l'enfant > O. Anselem • Thyroïde et grossesse > A. Bonini
10 h 00	Discussion
10 h 30	Pause - Visite des stands
11 h 00	<ul style="list-style-type: none"> • Diabète gestationnel > M. Goussot Souchet • Prévention et prise en charge de l'incompatibilité fœto-maternelle érythrocytaire > P. Thomas
12 h 00	Discussion
12 h 30	Assemblée Générale - élections
13 h 00	Buffet
14 h 30	Interprétation de la numération formule sanguine et des plaquettes > A. Froissart
17 h 00	Clôture de la journée

Lieu des journées
Espace Reuilly
21, rue Hénard
75012 Paris

Métro: Montgallet, Daumesnil, Dugommier
Bus: 29, 46, 62
RER: Nation

Le bulletin d'inscription est téléchargeable en ligne sur notre site www.apsf.fr

ORGANISATION: Association professionnelle des Sages-femmes

RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTION
Hôpital Trousseau - Secrétariat de gynécologie - Bâtiment Chigot 2^e étage - 26, avenue du Dr Arnold Netter - 75012 Paris
Tél.: 01 44 73 51 50 - email: contact@apsf.fr - site internet: www.apsf.fr

Anne Macquet Sage-femme ostéopathe DO

Accompagnement ostéopathique de la femme au cours de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum

27-28-29 mars 2017 & 29-30-31 mai 2017

Pratique en salle physiologique

24-25-26 avril 2017

Programmes formations et inscriptions
www.physiosteobs-formations.fr - T 05 62 63 59 68

12^{ÈME} COLLOQUE INTERNATIONAL DE PÉRINATALITÉ DE L'ARIP

Association pour la Recherche et l'Information en Périnatalité

Bébé attentif
adulte(s) cherché(s)
attentionné(s)

17, 18 & 19 novembre 2016
Centre International des Congrès
Palais des Papes - AVIGNON

Présentation des intervenants et actualité du programme

www.arip.fr



6^e colloque de la Société d'Histoire de la Naissance
17-18 SEPTEMBRE 2016
La Naissance au risque de la Mort d'hier à aujourd'hui

Samedi 17 septembre AUTREFOIS Matin 9 h - 12h45	Dimanche 18 septembre AUJOURD'HUI Matin 9 h - 12h45
<ul style="list-style-type: none"> — "Le délai était absolument mortel" : les comptes-rendus de la mortalité maternelle chez les accoucheurs parisiens du XVII^e siècle (V. Worth-Stylianou) — "On plaide aujourd'hui pour la succession de cet enfant" : l'enfant mort à la naissance, le médecin et le droit successoral aux XVIII^e et XIX^e siècles (J. Gélis) — La mort des mères et des nouveau-nés dans les écrits du for privé chez les familles françaises du XVI^e au XVIII^e siècles (E. Arnoul) — Le deuil des maillots : mortalité des Enfants de France et des princesses à la Cour aux XVII^e et XVIII^e siècles (P. Mormiche) 	<ul style="list-style-type: none"> — La mort des mères et des nouveau-nés au Sahel aujourd'hui (F. Hammani) — Les soignants face à la mort à la naissance (C. Schalck) — Instrumentaliser la mort pour contraindre les vivants dans la gestion des grossesses et des accouchements en milieu hospitalier (M.H. Lahaye) — La gestion des morts néonatales et périnatales en milieu hospitalier aujourd'hui (D. Memmi)
<p>Après-midi 14 h - 18 h 30</p> <ul style="list-style-type: none"> — Données démographiques sur les morts maternelles et périnatales dans l'histoire (C. Rollet) — Représentations et vécu des naissances catastrophes, d'après les ex-voto français et germaniques des XVII^e - XIX^e siècles (M-F. Morel) — Les sages-femmes du XIX^e siècle aux prises avec la mortalité maternelle et périnatale (N. Sage-Pranchère) — Les accouchements à problèmes à la Maternité de Paris au XIX^e siècle d'après les archives de la collection Varnier (J. Bouhallier) 	<p>Après-midi 14 h - 17 h 30</p> <ul style="list-style-type: none"> — La perte de l'enfant qu'on attendait (D. Rapoport) — Témoignages de parents (CIANE) — Récits de vie, récits de soi liés au deuil et à la souffrance de parents d'enfants décédés (C. Ruchon) — Première et dernière parure - vêtir les très petits morts aujourd'hui dans les maternités françaises (C. Le Grand-Sébille) — Table ronde : témoignages et réflexions de sages-femmes d'aujourd'hui (W. Belhassen, J. Béthuys, C. Birman, F. Bourdais, F. Dauphin, Mai Le Dù, S. Zylka)
<p>Dîner-buffet 19 h - 20h30</p> <p>Soirée : Projection du film <i>Genpin</i> (2010) de la cinéaste japonaise Naomi Kawase.</p>	<p>— Discussion générale et conclusions</p>

Pour vous inscrire : www.societe-histoire-naissance.fr
Lieu du colloque : Ecole de Puériculture et de Périnatalogie - 26 bd Brune - 75014 Paris
Transports en commun : Arrêt Porte de Vanves - Métro ligne 13 - Tramway T3a

Formations en haptonomie

CIRDH FRANS VELDMAN

Le Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie, créé par Frans Veldman, fondateur de l'haptonomie, et animé par un collège de professionnels de la santé

Propose des formations qui s'adressent aux professionnels de la santé

- **Accompagnement haptonomique pré et post-natal**
Il favorise la maturation de la relation triangulaire affective entre la mère, le père et l'enfant. Il permet de faire découvrir aux parents une manière d'être favorable au bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et de la naissance. Il accompagne le développement psychomoteur et affectif de l'enfant jusqu'à la marche acquise.
Cette formation est accessible aux sages-femmes, obstétriciens, médecins généralistes, pédiatres et aux psychologues cliniciens travaillant en périnatalité.
L'hapto-obstétrique® est orientée sur la naissance haptonomique, accessible aux sages-femmes et aux obstétriciens.
- **D'autres formations sont orientées vers les divers secteurs de la santé** (l'accès est déterminé en fonction de la profession exercée) :
Haptopsychothérapie, haptosynésie, haptopédagogie, haptopuériculture®.

TOUT CURSUS DE FORMATION DÉBUTE PAR UN STAGE DE TRONC COMMUN.

RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTIONS
Tél. : 01 42 01 68 20
Mail : cirdhfv@haptonomie.org
www.haptonomie.org

ogdpc
ODPC habilité à dispenser des programmes de DPC

6^{es} RENCONTRES A DEUX MAINS

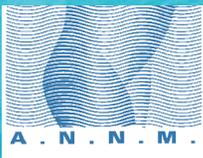
jours annuels d'échanges et de réflexion sur le thème du périnée
8,9 et 10 SEPTEMBRE 2016
organisées par **Chantal FABRE-CLERGUE**
sous la présidence des
Pr. Florence BRETTELLE (CHU Hôpital Nord Marseille) et **Pr. Pierre MARÈS** (CHRU Carémeau Nîmes)

Hôpital St Joseph
26 bd de Louvain
13008 MARSEILLE

Informations générales & inscriptions en ligne
www.ra2m.fr



Pour une bonne prise en compte de vos annonces ou de leurs mises à jour, nous vous recommandons de nous les adresser **AU PLUS TARD LE 10 DE CHAQUE MOIS.** ✉ elpea@eska.fr



Association Nationale Natation & Maternité

PIONNIÈRE DEPUIS 1977

PRÉPARATION À LA NAISSANCE ET ACTIVITÉS PRÉ ET POSTNATALES EN MILIEU AQUATIQUE

Formations bi-annuelles

Prochaines formations

- ▶ Clamart (92)
 - Stage prénatal : les 24 - 25 - 26 octobre 2016
 - Stage postnatal : le 27 octobre 2016

▶ Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes

Programme et inscription

6, Allée de la Tournelle - 91370 Verrières le Buisson
 Message : 01 69 30 98 01 - Courriel : infos@annm.fr
 Site internet : <http://annm.fr>

N° D'AGR. FORMATION CONTINUE : 11 92 119 4292



FORMATIONS ANSFL 2016

Organisme de formation enregistré sous le n° 53 35 08377 35

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

Demande d'info, tarifs, dates sur "groupe constitué" formation@ansfl.org

Accompagnement vers la naissance et la parentalité
 Intervenante/Odile Tagawa (SF).
 Lieu/Paris
 • Session I - Prénatal. Date : 3-4 oct. 2016
 • Session II - Postnatal (Prérequis : suivi de la session I). Date : 12-13 déc. 2016

L'échographie et les examens complémentaires dans le suivi de la grossesse normale
 Intervenantes/
 Évelyne Rigaut (SF Échographe) /
 Lorraine Guénédal (Biologiste)

La consultation de contraception et de gynécologie de prévention
 Intervenante/Annie Sirven (SF).
 Lieu/St Germain Mont D'Or (près de Lyon).
 • Session I. Date : 13 -14 -15 sept. 2016
 • Session II (Prérequis : suivi de la session I).
 Date : 1^{er} trimestre 2017

Eutonie : rééducation en post-natal
 Intervenante/Martine Gies (SF).
 Lieu/St Germain Mont D'Or (près de Lyon).
 • Session I - Découverte
 Date : 1^{er} semestre 2017
 • Session II
 Les pathologies urinaires (Prérequis : suivi de la session I)
 Date : 29 - 30 sept. 2016
 • Session III
 Retrouver la mobilité et le dynamisme (Prérequis : suivi de la session II).
 Date : 15 - 16 déc. 2016

La sexologie dans l'accompagnement de nos patientes et de leurs conjoints
 Intervenante/Nicole Andrieu (SF).

FORMATIONS PROPOSÉES SEULEMENT EN "GROUPE CONSTITUÉ"

L'installation en libéral
 Intervenante/Laurence Platel (SF).

Pratique libérale : cadre réglementaire et cotations
 Intervenante/Laurence Platel (SF).

Demande d'info et tarifs sur "groupe constitué" : formation@ansfl.org

Contact Formation ANSFL :
 Martine Chayrouse - formation@ansfl.org - Tél. : 07 82 19 11 59



N° SIRET : 382 226 892 000 42 - Code APE/NAF : 8490 D - Statut : 1010 / N° d'enregistrement à la DIRECCTE : 91 34 06 005 34.
 Cet enregistrement ne vaut pas agrément de l'Etat, conformément aux obligations de membres légaux

formation-sage-femme-globalis.fr

1 journée GRATUITE pour les libérales

CCAM, NGAP : les cotations en pratique libérale et leurs liens avec les recommandations

OBJECTIFS :

- Faire le point sur l'ensemble des cotations, les problématiques liées à l'ouverture de la CCAM aux sages-femmes, les HN, DE, cumul d'actes ... et les évolutions de la convention.
- Réfléchir sur la rentabilité et le dynamisme de l'activité libérale en accord avec la législation, la convention et les recommandations.

AVEC : Catherine LEWICKI, sage-femme libérale, représentante professionnelle en CPR et à la CNAMTS.

DATES : Montpellier 23 septembre / Grenoble 6 octobre / Lyon 7 octobre / Caen 17 novembre / Paris 25 novembre.

Pour des groupes constitués (COD, associations...) nous contacter.

FINANCEMENT : Entièrement financé pour les libérales par une "Enveloppe spéciale sur fond de solidarité" du FIFPL même si votre forfait annuel est épuisé. Déjeuner pris en charge. Crédit d'impôt possible. Pour les autres cas, nous contacter.

CONTACT/INSCRIPTIONS :
 Tel : 06 62 33 27 54 - Mail : globalis.formation@orange.fr



N'féraïdo®
 modelages accompagnant
 la Physiologie

DDPC habilité à dispenser des programmes de DPC

Volet obstétrique*

Cycle I : Réponse aux maux de la grossesse et de l'accouchement
 Cycle II : Le Nouveau-Né et le Post-Partum

Dates Paris **Dates Agen**

Cycle I : 5 au 7 oct 2016 Cycle I : 21 au 23 sept 2016
 Cycle II : 10 au 12 oct 2016 Cycle II : 16 au 18 nov 2016

○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

Volet uro-gynécologique**

Modelages des organes (Prolapsus, Sd menstruels...), du bassin et du périnée par voie externe

Dates Agen

Cycle I : 28 au 30 sept 2016

○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○

Contact et intervenants

* Dominique Jacquin, OSTÉOPATHE D.O.
 **Francine Augère, SAGE-FEMME
 Tél. : 05 62 28 39 94
www.nferaido.com



INSTITUT DE GASQUET®

FORMATIONS SAGES-FEMMES 2016



Du côté de la prépa...

DE GASQUET CERTIFICATION maternité

MODULE 2 - Préparation corporelle à la naissance

- 29, 30 septembre 2016

Intégralement pris en charge et indemnisé

DE GASQUET CERTIFICATION maternité

MODULE 2 - Travail corporel en couple

- 2, 3 juin 2016

Intégralement pris en charge et indemnisé

Du côté du périnée...

DE GASQUET CERTIFICATION périnée

MODULE 1 - Dossier périnéal

- 8, 9, 10 juin 2016
- 28, 29, 30 sept 2016
- 23, 24, 25 novembre 2016
- 14, 15, 16 décembre 2016

3 jours 550€
fif pl possible

DE GASQUET CERTIFICATION périnée

MODULE 2 - Pessaire. Boules de geisha

- 11 juin 2016
- 1^{er} octobre 2016

1 jour 180€
fif pl possible

DE GASQUET CERTIFICATION périnée

MODULE 2 - Compétence périnée abdominale

- 15, 16 juin 2016
- 12, 13 octobre 2016

Intégralement pris en charge et indemnisé

Du côté du yoga en cabinet...

DE GASQUET CERTIFICATION yoga

MODULE 1 - Bases et yoga sans dégât
MODULE 2 - Enchaînements, Torsion et sangle
MODULE 3 - Stretch yoga et pince

- Dates régulièrement sur le site.

3 jours 520 €

Tous nos stages ont lieu à Montparnasse.

Institut de Gasquet
98 bd Montparnasse
75014 Paris
01.43.20.21.20
contact@degasquet.com
www.degasquet.com



Pratiquer dès le lendemain du séminaire

Connaissance & Maîtrise
du Périnée
de Dominique Trinh Dinh



Méthode Éducative
de Rééducation Périnéale

Calendrier 2016

Formations CMP en 3 étapes:

- 1^{re} et 2^e étapes présentielles (dates indiquées ci-après)
- 3^e étape non présentielle

CMP niveau I

St Sébastien de Morsent (Evreux)
Hôpital La Musse
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 5 au 8/09/16 & du 3 au 6/10/16

Nanterre (92) - Espace Chevreul
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 22 au 25/08/16 & du 19 au 22/09/16
- du 17 au 20/10/16 & du 21 au 24/11/16

Vergèze (30) La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques
- du 13 au 16/09/16 & du 11 au 14/10/16

CMP niveau II

St Sébastien de Morsent (Evreux)
Hôpital La Musse
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 10 au 13/10/16 & du 7 au 10/11/16

Vergèze (30) La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques
- Prochaines dates à venir

Nanterre (92) - Espace Chevreul
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- Prochaines dates à venir

Travail Corporel autour de la CMP

Formatrice: Corinne Roques

Formation en 3 étapes:

- 1^{re} et 3^e étapes non présentielles
- 2^e étape présentielle de 4 jours

Pré requis:
Formation CMP

- Vergèze (30) La Clé des Chants Du 24 au 27/11/16
- Programmation en région possible. Nous contacter.

Tous les séminaires CMP sont indiqués ici (qu'ils soient complets ou non) afin de permettre à chaque praticienne formée de revenir gracieusement en Auditrice Libre au séminaire de son choix afin de revoir ou d'approfondir la méthode CMP.

Renseignements auprès de Jocelyne Dallem

☎ 03 89 62 94 21 - cmp.info@free.fr

Institut Naissance & Formations - 2a rue du Paradis - 68190 Ungersheim
www.institutnaissanceetformations.fr

FORMATIONS en périnatalité



pour les professionnels de santé et de la petite enfance

Bien être dans son corps pour bien être dans sa vie.

AGENDA 2016

Accompagnement à la parentalité par le Toucher Bienveillant®

- Paris : - 29 et 30 septembre - 24 et 25 novembre
- Lyon : 15 et 16 décembre
- Toulouse : 1^{er} et 2 décembre

Réflexologie plantaire pédiatrique

- Paris : - 15 et 16 septembre - 1^{er} et 2 décembre
- Toulouse : 27 et 28 octobre

Portage physiologique

- Paris : 15 et 16 décembre

Initiation au yoga

- Paris : 20 - 21 octobre

Transmission des acquis

- Paris : 8 et 9 décembre

Les petits maux au quotidien

- Paris : 2 septembre

Soins de développement

- Paris : 24 et 25 novembre

Prévention et soutien à l'oralité

- Paris : 6 et 7 octobre



FORMATIONS NOUVEAUTÉS 2016

Retrouvez toutes nos dates sur :

www.massage-bebe.fr
formation@massage-bebe.fr
 06 89 98 29 60



PROGRAMME STAGES 2016 NÎMES - PARIS

LES WEBINAIRES

FALEVITCH Formation, le seul organisme à vous proposer un enseignement à distance présentiel, interactif, dynamique! La même qualité de stage qu'avec des déplacements!

Les stages notés **W** sont accessibles en webinaire, en temps réel. Différents modules seront proposés tout au long de l'année sur de courtes durées, programme en ligne.

MATERNITÉ

- Bienveillance et accompagnement psycho-affectif prénatal. Entretien Prénatal Précoce. **OGDPC - W**
Accompagnement psycho-affectif. Situations complexes > 14, 15 et 16 nov - Nîmes
- La surveillance médicale de la grossesse (clinique, biologique, pharmacologique, imagerie): prévention, éducation, orientation. **OGDPC - W**
> **Cursus en webinaire**
- Consultations (prénatales et gynécologiques) et tabacologie. **OGDPC - W**
> 2 et 3 déc. 2016 - Nîmes
- Le suivi échographique de la grossesse. **OGDPC - W**
> **Consulter le site**
- Préparation à la naissance personnalisée, coaching, gestion du stress et parentalité. **OGDPC - W**
> 21, 22, 23, 24 nov.- Nîmes
- Activités aquatiques pré et post-natales. **OGDPC**
> 26-27-28 sept. Thermes (30)
- Approche thérapeutique de la douleur pendant la grossesse par le toucher. **OGDPC**
> 17 - 18 - 19 - 20 oct - Nîmes

PÉRINÉE

- Niveau 1 : > 13, 14, 15, 16 juin > 5, 6, 7, 8 décembre
- Niveau clinique : > 6 et 7 juin
- Niveau 2 : > 5, 6, 7, 8 octobre **W**
- Périnée et proprioception, la vie est un sport. **OGDPC**
> 30 et 31 mai et 1^{er} oct - Paris
> 29/30 sept et 1^{er} oct > 12, 13, 14 décembre à Nîmes (2 jours et demi)
- Périnée et danse. **FIF PL**
> **Consulter le site**

EXERCICE LIBÉRAL

- Coaching. La vie de la sage-femme libérale. **FIF PL - OGDPC - W**
Webinaire -
> 27 août - Nîmes

DÉVELOPPEMENT PERSONNEL

- La sophrologie. Anti-stress, analgésie, prise en charge des vulnérabilités. **OGDPC - W**
> 27, 28 juin Nîmes
> 12, 13, 14 sept. Paris
> 7, 8 novembre Paris

Contact: 06 60 56 32 81 ou par le site

RETROUVEZ TOUS LES SÉMINAIRES PROPOSÉS :

www.falevitch-formation.com



GRUPE FORMATION SAGE-FEMME





SAVOIR ACCOMPAGNER

- Accompagner en équipe le lien parents-enfant
- Addictions toxicomaniques et grossesse
- Bienveillance maltraitance en périnatalité (uniquement en intra établissement)
- Clés psychiques pour bien accompagner l'allaitement
- Communication efficace et résolution des conflits
- La consultation de l'adolescent - Abord psychologique
- La place du père autour de la naissance
- Le normal et le pathologique pendant la grossesse et en postpartum
- Le soignant face au deuil périnatal
- Psychisme de la femme enceinte et parentalité
- Tabac et grossesse, accompagner le sevrage en douceur
- Violences faites aux femmes

PRISE EN CHARGE POSSIBLE

- ➔ OGDPC ➔ FIF-PL ➔ Crédit d'impôts



BOITE A OUTILS NON PHARMACOLOGIQUES

- Aromatologie
- Fleurs de Bach à l'usage de la sage-femme
- Homéopathie appliquée à la périnatalité
- Médecine traditionnelle chinoise et acupression
- Phytothérapie, usage et précautions en périnatalité
- Santé environnementale
- Thérapeutiques non pharmacologiques de la ménopause et péri-ménopause
- Thérapeutiques non pharmacologiques de la grossesse et du postpartum



GESTION DU CABINET

- Cotations NGAP et CCAM2
- Développer et organiser votre activité professionnelle

Retrouvez toutes nos formations, lieux & dates sur www.medicformation.fr

Medic Formation à vos côtés

50
FORMATEURS

70
THÈMES DE FORMATIONS

7
ANS À VOS CÔTÉS



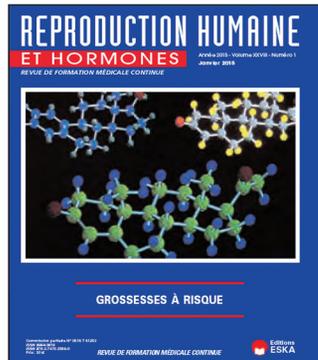
FORMATIONS EN INTRA

Toutes nos formations sont éligibles ou pouvant être adaptées sur demande. En France métropolitaine et DOM TOM.

**NOUS CONTACTER
POUR UN DEVIS**

LA MÉDECINE AUX ÉDITIONS ESKA

LES REVUES MÉDICALES



REPRODUCTION HUMAINE ET HORMONES (RHH)
4 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE
11 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



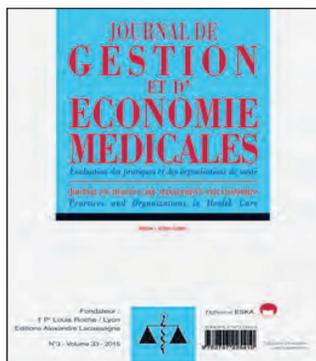
CANCERS AU FÉMININ
4 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



JOURNAL INTERNATIONAL DES CENTRES DES MALADIES DU SEIN
INTERNATIONAL JOURNAL OF BREAST DISEASE CENTERS
4 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



ANGÉIOLOGIE
4 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr



JOURNAL DE GESTION ET D'ÉCONOMIE MÉDICALES
8 numéros par an
Abonnement annuel
Articles et numéros complets en téléchargements payants sur www.eska.fr

CFEE

Des revues éditées par les Editions ESKA

ESKA-CFEE : N° 11753436775
Inscription à adressée à la CFEE
aux Editions ESKA CONGRÈS :
Serge KEBABTCHIEFF
Fanny GASMAN
Olivier PAUL-JOSEPH
12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél. : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35

E-mail : inscriptions et renseignements :
congres@eska.fr
Site : www.eska.fr

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

TARIF D'ABONNEMENT
11 NUMÉROS PAR AN

	Abonnement Particulier	Plein tarif	Étudiant(e) s* Retraité(e) s*
FRANCE		75,00 €	40,00 €
D.O.M.		80,00 €	50,00 €
EUROPE OCCIDENTALE		88,00 €	52,00 €
T.O.M./ÉTRANGER		90,00 €	55,00 €

* Joindre attestation.

Abonnement collectif de service 150,00 €

En cas de règlement incomplet, l'abonnement sera réduit proportionnellement.

ABONNEMENT 2016

VOS COORDONNÉES

M^{me} M^{lle} M. (en lettres capitales)

Nom Prénom

Adresse

Code postal [][][][] Ville

Pays Téléphone

E-mail

Exercice professionnel (Libéral, PMI, Public, Privé, Autre)

s'abonne aux **Dossiers de l'Obstétrique**
Éditions ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35 - Email: adv@eska.fr

Renvoyer le coupon à : Dossiers de l'Obstétrique - Éditions ESKA - 12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris - Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35