



LES D.O.

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF

Benoit 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

Gwenaëlle BEAU, Sage-femme

Adriano CATTANEO, Épidémiologiste retraité, ancien responsable de l'Unité de recherche sur les Services de Santé et de Santé Internationale - Centre de Santé Maternelle et Infantile, Trieste (Italie)

Cécile CHUNG, Caroline MÉNARD, Patricia LE GONIDEC, Observatoire des Médicaments, des Dispositifs Médicaux et de l'Innovation Thérapeutique d'Ile-de-France

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)

Jane MORTON, Pédiatre MD, Professeur émérite à l'Université de Stanford (E-U)

Frédéric ROUSSEL, Docteur en Pharmacie
Marie-Paule STÉPHAN, Conception, réalisation, 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.
Dépot légal : Septembre 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

461 - AOUT-SEPTEMBRE 2016

02 TRIBUNE

Le numerus clausus
BENOÎT LE GOEDEC

05 REPORTAGE

E-Healf For Africa
Le numérique au service de la santé des femmes et des enfants en Afrique
BENOÎT LE GOEDEC

08 PUBLICATIONS

Tumeurs bénignes du sein
RECOMMANDATIONS POUR
LA PRATIQUE CLINIQUE 2/2
COLLEGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET
OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
(CNGOF)

31 FICHE TECHNIQUE

Le sommeil de la femme
enceinte
GWENAËLLE BEAU

34 MANAGEMENT

Conciliation des traitements
médicamenteux en
établissement de Santé
CÉCILE CHUNG, CAROLINE
MÉNARD, PATRICIA LE GONIDEC

37 ACTUALITÉ/COMMUNIQUÉS

38 KIOSQUE

39 HISTOIRE

Du déplacement physique
au déplacement culturel :
l'influence de la culture
d'origine sur la maternité des
femmes migrantes
JÉRÔME JANICKI

43 AGENDA

43 FORMATIONS



17 DOSSIER L'ALLAITEMENT



18 Picasso et l'allaitement
JANE MORTON

21 Durée de l'allaitement
maternel exclusif
et introduction
d'une alimentation
complémentaire
ADRIANO CATTANEO

27 Lait maternel, lait artificiel
à quel sein se vouer ?
Pratique et travail sur
l'allaitement maternel en
pharmacie
FRÉDÉRIC ROUSSEL

LES ANNONCEURS

C2 INPES

C3, 03 Cooper

C4 Medela

05 Électronique

Médicale de France

07 Dolphitonic

13 Grandir Nature

14 Laboratoire Vyon

16 Matilia

31 Almafil

33 Ysy Médical

35 Cooper

Encart jeté : Programme du congrès "Je suis la Sage-femme" 2016 - Association Je suis la Sage-femme

Photo de couverture ©Bananastock

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



COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 15 SEPTEMBRE 2016

L'Ordre des sages-femmes propose de réduire progressivement le numerus clausus à partir de la rentrée 2017.

Face à la croissance soutenue du nombre de sages-femmes en exercice, la profession va devoir faire face à des difficultés d'accès à l'emploi, d'ores et déjà rencontrées par les jeunes diplômé(e)s. Conscient de cette problématique et des enjeux pour l'avenir, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a réalisé une **étude sur les évolutions démographiques de la profession et souhaite qu'intervienne, à partir de la rentrée 2017, une baisse du numerus clausus étalée sur 5 ans et modulée par région**. Cette baisse permettra d'infléchir la croissance excessive des effectifs et de modérer l'amplification des disparités régionales.

Alors que l'effectif des sages-femmes actives a augmenté de plus de 70 % en vingt ans, le nombre de naissances a, quant à lui, évolué d'environ + 10 % dans le même temps. Le même constat peut être fait sur les femmes âgées de plus de 15 ans. Le rythme tendanciel de croissance des sages-femmes actives semble donc incompatible avec les perspectives de développement des besoins d'offre de sages-femmes et ceci malgré les nouvelles compétences acquises dernièrement (gynécologie de prévention, IVG...). Confronté à cette situation démographique très particulière, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes exprime depuis plusieurs mois **une forte inquiétude quant à l'insertion des futurs diplômé(e)s sur le marché du travail et les conditions d'exercice de toute une profession**.

L'Ordre a donc réalisé une étude permettant de tracer l'évolution de la démographie des sages-femmes pour les dix prochaines années selon plusieurs scénarios. Dans l'objectif de modérer cette croissance excessive des sages-femmes actives, **les conclusions de l'étude préconisent une diminution du numerus clausus sur 5 ans avec une réduction d'environ 10 % pour la rentrée universitaire 2017**. Afin de limiter l'aggravation des disparités régionales déjà existantes, il conviendra d'envisager une baisse modulée par région, en tenant compte de différents indicateurs.

Ce sont les propositions que le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes exprimera dans le cadre de sa participation, par voie consultative, à la procédure de fixation du numerus clausus, qui se tient généralement à la mi-octobre chaque année.

Pour Marie Josée Keller, Présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, « *les difficultés à trouver un emploi que rencontreront les futures diplômées dans les années à venir vont fortement s'aggraver. S'il est trop tard pour faire obstacle à l'évolution déjà enclenchée, il nous apparaît en revanche nécessaire de nous engager en faveur d'une diminution du numerus clausus. Toute la profession doit en prendre conscience pour l'avenir de notre métier et ses conditions d'exercice* ».

**Retrouvez l'étude sur le site:
www.ordre-sages-femmes.fr**



Le numerus clausus

La proposition de réduction du numerus clausus des sages-femmes pose quelques interrogations. Tous les scénarii étudiés ne se font que sur des chiffres de démographie: démographie des sages-femmes, nombre de femmes ou de naissances, et de chiffre actuels statistiques, précarité des sages-femmes, actes effectués, installation libérale.

La proposition est donc faite en fonction de panoramas d'effectifs et non des besoins de la population.

Or, les données de santé doivent être les premiers éléments sur lesquels nous devrions nous appuyer pour cette évaluation. Quels sont les besoins des femmes ? L'exercice des sages-femmes répond-il à ces besoins ? Qu'en est-il des comportements sociaux et locaux de consommation de soins ?

Ces besoins diffèrent de plus d'un territoire à l'autre.

Si la projection montre un développement important de l'exercice libéral, il n'en reste pas moins que les femmes accouchent toujours très majoritairement à l'hôpital. Face au développement des difficultés psychiques postnatales, aux notions nouvelles de violence qui émergent (violence obstétricale), une décision sur la baisse du numerus clausus ne devrait-elle pas s'accompagner d'une réflexion profonde et transmise aux instances ministérielles, sur le paradigme des plans de périnatalité, ne prenant pas en compte la sécurité affective des femmes, gage des réductions des pathologies du travail et nécessitant une augmentation importante des sages-femmes en salle de naissance ?

La science maïeutique est aussi une spécialité à garde. Le temps de travail légal, les repos compensateurs ont-ils été pris en compte ? Bon nombre d'institutions ont du mal à assurer les gardes...

Jusqu'alors il était difficile de démontrer une compétence d'un professionnel, dès lors que le diplôme était obtenu. Le changement récent du cursus des études de sages-femmes, le référentiel de compétences permet, de plus en plus, de montrer comment chaque sage-femme est qualifiée pour faire ce métier.

Et chaque sage-femme sera la sage-femme qu'elle a envie d'être en fonction des compétences qui lui correspondent. Toute sage-femme libérale, par exemple, ne fera pas tout acte. Toute sage-femme ne sera pas clinicienne mais chercheur, enseignante, manager...

Enfin, les engagements humanitaires et solidaires appellent les sages-femmes dans notre propre pays : nous ne pouvons ignorer les grands mouvements des populations et la crise migratoire, entraînant avec elle un nombre important de femmes en détresse et en situation de précarité.

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

VIOLENCE ET SAGE-FEMME

Mardi 6 & Mercredi 7 décembre 2016

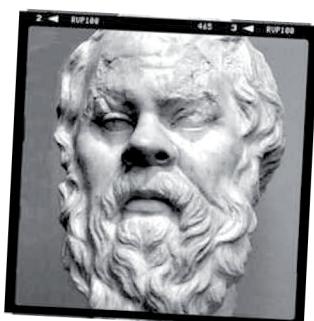
Lieu : Institut du Cerveau et de la Moelle Épinière
Hôpital Pitié Salpêtrière, 47 boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris

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 SOLICITÉS

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





III^e Congrès

“JE SUIS LA
SAGE-FEMME”

2016

VIOLENCE ET SAGE-FEMME

AUDITORIUM DE L'INSTITUT DU CERVEAU ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE – HÔPITAL DE LA PITIÉ SALPÉTRIÈRE
47 BOULEVARD DE L'HÔPITAL - 75013 PARIS

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.

BULLETIN D'INSCRIPTION

VIOLENCE ET SAGE-FEMME – 07 DÉCEMBRE 2016 - INSTITUT DU CERVEAU ET DE LA MOELLE ÉPINIÈRE

à remplir et à retourner à : CFEE - Congrès - 12, rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris - Tél. : 01 42 86 55 79 - Fax : 01 42 60 45 35
Email : inscription et renseignements : congres@eska.fr

Nom (MAJ.) Prénom

Adresse

Code postal Ville Pays

Spécialité Tél. Fax

E-mail (impératif).....

FRAIS D'INSCRIPTION (hors déjeuners)

TRANSPORTS

	Prix Avant le 30/10/16	Prix Après le 30/10/16
▪ Sage-Femme	150 €	180€
▪ Étudiante	50 €	50€
▪ Médecin	230 €	250€
▪ Entreprises	280 €	300€
▪ Abonnés aux Dossiers de l'obstétrique pour l'année 2016	100 €	100€

Pour obtenir la réduction « Congrès » sur le réseau FRANCE :

SNCF : oui non

AIR-FRANCE : oui non



Déjeuner du mercredi 07 décembre 2016 : 30 €

Bulletin d'inscription à retourner impérativement

FRAIS D'INSCRIPTION **TOTAL**

Paiement : Je joins la somme de : €

chèque à l'ordre de CFEE

virement : BNP Paribas - Paris Champs Elysées (00804)

à l'ordre de CFEE - compte n° 30004 00804 0010139858 36

code IBAN: FR76 3000 4008 0400 0101 3985 836

carte de crédit : visa mastercard

Carte N°

Date d'expiration : /__/_ / __/_ /

Date : Signature :



Journée du Centre de Formation des Editions ESKA

Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRÈS

Contacts : Serge KEBABTCHIEFF – Hélène FROMON

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



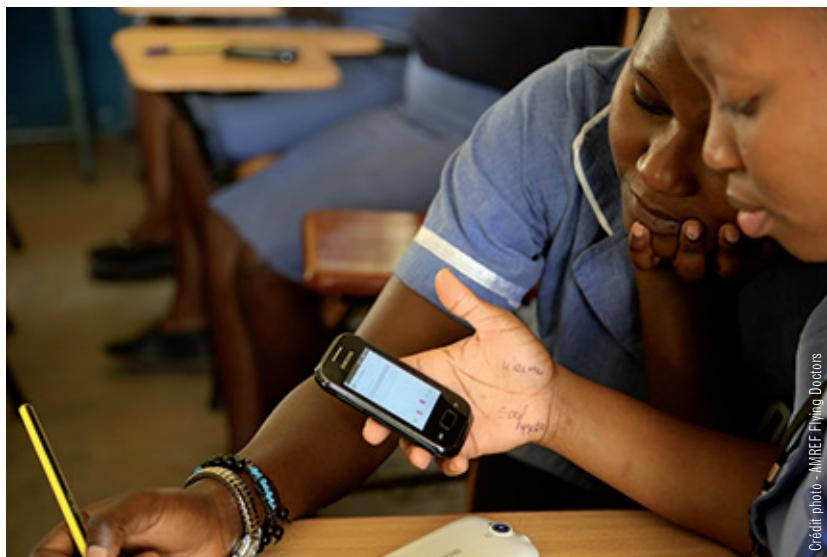
Par BENOÎT LE GOEDEC, SAGE-FEMME

REPORTAGE

E-HEALF FOR AFRICA

Le numérique au service de la santé des femmes et des enfants en Afrique

Le 1^{er} juin, s'est tenu à Paris le grand gala de l'AMREF Flying Doctors, première ONG de santé publique en Afrique. Fondée en 1957 au Kenya, l'AMREF est dédiée à l'Afrique, dirigée par des Africains sur des opérations à moyen et long terme, notamment sur la formation. Elle est le premier organisme à but non lucratif de formation du personnel de santé africain. Chaque année, cette association forme 150 000 infirmiers, agents de santé communautaires, assistants médicaux, sages-femmes et vient ainsi en aide à près de 12 millions de personnes.



Trente pays d'Afrique soudanaise et 150 programmes sont gérés en permanence, principalement tournés vers les zones rurales et avec une priorité donnée aux femmes et aux enfants.

En 2001, est lancée la campagne *Stand up for African Mothers*. Cette campagne vise à former 15 000 sages-femmes africaines pour réduire la mortalité maternelle. En effet, en Afrique soudanaise, 200 000 femmes meurent chaque année de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. Or, 80 % des décès pourraient être évités grâce à des sages-femmes formées. Depuis le début de la campagne, 7 000 sages-femmes sont entrées

80 %
DES DÉCÈS
POURRAIENT
ÊTRE ÉVITÉS
GRÂCE À
DES SAGES-
FEMMES
FORMÉES.

en formation dans huit pays (Kenya, Mozambique, Éthiopie, Ouganda, Sénégal, Soudan du sud, Tanzanie et Zambie). Le programme d'e-learning vient d'être inauguré en septembre en Côte d'Ivoire.

Cette campagne est soutenue par un collectif d'ambassadrices du cœur issues du monde du sport, du cinéma de la télévision ou de la chanson, mais aussi par des centaines de sages-femmes françaises qui portent les messages de cette campagne et mènent des actions de sensibilisation et de soutien.

Les sages-femmes sont présentes tout au long de la vie des femmes : au cours de la grossesse et de l'accouchement,

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





REPORTAGE

Par BENOÎT LE GOEDEC, SAGE-FEMME

auprès des nourrissons (soins et vaccination), auprès des jeunes (éducation sexuelle et reproductive, sensibilisation à la planification familiale et à la contraception), mais aussi dans la prévention de la transmission du VIH et dans l'information des femmes au droit à disposer de leurs corps.

Les formations sont mises en place en partenariat avec les ministères de la Santé locaux et s'adressent aussi bien aux étudiants en formation initiale qu'à des sages-femmes déjà en exercice et nécessitant une remise à niveau.

L'utilisation d'e-learning est au cœur de ce programme. Cela permet une formation à distance sur une dizaine d'unités d'enseignement théorique pour pouvoir les appliquer ensuite en stage.

L'e-learning permet l'accès à la formation dans les zones rurales et isolées et facilite la mise à jour des connaissances de façon continue et rapide. Mais il permet aussi des contacts immédiats avec les grands centres en cas de besoin pour faire un diagnostic.

La plupart des sages-femmes venues pour se former à Dakar ne retournent pas en zone rurale. En les formant à distance pour une remise à niveau, elles restent sur place et continuent d'exercer, évitant ainsi la pénurie de professionnelles pour les femmes. Chaque femme peut trouver alors une sage-femme en salle d'accouchement.

Quelle que soit la distance, la télétransmission de données permet de faire évoluer la médecine.

« L'e-santé consiste à une accélération de la dynamique structurelle, sociologique et comportemental pour un saut qualitatif dans la santé » précise le médecin responsable de ce programme au Sénégal lors de la conférence de presse.

« J'ai été frappé dès le début, alors que l'Afrique est probablement le continent de tous les extrêmes en termes

de formation et d'accès à la médecine, que l'utilisation du digital, de l'informatique, de la télémédecine est inscrite dans les gènes, tout simplement parce que l'Afrique a fait le saut quantique d'utiliser cette technologie pour des sujets très concrets. » exprime Xavier Darcos, représentant Sanofi, partenaire du projet.

Des centres d'e-learning sont mis en place au sein des écoles de sages-femmes et des centres de santé. Les étudiants n'ayant pas d'ordinateur personnel ou de connexion Internet peuvent ainsi suivre la formation là où ils mènent leurs études. Ils sont initialement formés par un atelier à l'utilisation de ce dispositif.

La plateforme permet d'étudier en ligne et propose différents outils de communications avec les enseignants, les tuteurs et les autres étudiants, comme des chats, des partages de documents, des forums de discussions...

Un système d'e-coaching est assuré par des enseignants de Dakar et un e-tutorat est effectué par des tuteurs en région. Cela permet de fournir un accompagnement spécifique et personnalisé à chaque étudiant.

Au Sénégal, 165 étudiants sont actuellement diplômés et 297 en formation. Des centres d'e-learning opérationnels sont présents dans 10 des 14 régions du pays.

En Côte d'Ivoire, le programme démarre actuellement avec 5 centres dans 13 régions, au sein des écoles de sages-femmes.

Une application mobile est, de plus, mise en place à destination des femmes. Cela permet de les "traquer" en leur rappelant leurs rendez-vous, en donnant de l'information. Elles ne sont plus lâchées dès qu'elles ont effectué leur première consultation (4 prévues) et éduquées à aller vers un lieu d'accouchement "secure" en fonction des leurs besoins.

L'E-LEARNING PERMET L'ACCÈS À LA FORMATION DANS LES ZONES RURALES ET ISOLÉES.



“L'E-SANTÉ CONSISTE À UNE ACCÉLÉRATION DE LA DYNAMIQUE STRUCTURELLE, SOCIOLOGIQUE ET COMPORTEMENTAL POUR UN SAUT QUALITATIF DANS LA SANTÉ.”



Par BENOÎT LE GOEDEC, SAGE-FEMME

REPORTAGE

CONFÉRENCE D'UNE SAGE-FEMME

"LE RECYCLAGE NOUS FAISAIT QUITTER NOS CAMPAGNES. Avec l'e-learning nous sommes restées auprès des femmes, chez nous, pour les aider à acquérir d'autres attitudes tout en nous occupant d'elles.

Est-il acceptable qu'une femme qui veut donner la vie, perde la sienne ? Quand une femme meurt en couches, c'est une catastrophe humaine et économique car elles sont au début et à la fin du développement.

Et ces enfants qu'on nous vole et qui devaient être le futur, parce que les femmes ou eux-mêmes n'ont pu bénéficier d'assistance et non pu avoir auprès d'eux une sage-femme qualifiée !

On dit chez nous que la femme souffre. Mais lorsque son enfant est grand, elle peut goûter à la vie belle. L'enfant est son espoir. Elle se dit toujours, « je peux souffrir avec mon mari, je peux vivre les souffrances que m'inflige la société car, avec l'enfant que j'ai mis au monde, quand il sera grand, quand il aura réussi, alors toutes mes souffrances partiront car je serai fière ». Avons-nous le droit de faire souffrir toute une vie parce que cet espoir qui pouvait la porter est perdu ?

Une sage-femme formée, c'est une consultation prénatale de possible, c'est une prise en charge de qualité de l'accouchement et du nouveau-né, la baisse de transmission du SIDA. La maternité à moindre risque est possible.

Ce programme nous amène aussi à changer notre comportement. Avant, l'accompagnant restait en dehors de la maternité. Maintenant, fortes des études qui nous ont été communiquées, la femme choisit la personne qui va rester avec elle. Le stress, l'an-

goisse d'être seule sont diminués et les résultats s'améliorent.

Enfin, ce programme étant déployé dans toutes les régions nous avons une uniformisation des connaissances.

Il y a trois retards chez nous :

- Les coutumes qui font prendre du retard à la décision,
- Les problèmes économiques et d'infrastructures qui retiennent les femmes chez elles,
- Pas de réponse aux normes médicales car la personne qualifiée présente n'est pas bien formée.

Cette formation travaille à deux de ces retards. Le reste est d'aider à l'équipement.

C'est un combat des Humains pour des Humains. Je prends l'engagement, maintenant formée (et pourtant j'étais première de promotion initiale et médaillée d'or), que tant que je serai en vie, je resterai là et je soutiendrai l'AMREF. Car la vie est trop chère; et surtout celle d'une femme.



Photo : B.G.



L'AMREF est la première ONG connue en Italie. En France, elle l'est beaucoup moins. Elle a donc besoin de se faire connaître afin de pouvoir obtenir des donations ou des partenariats de savoirs. C'est en ce sens que notre collaboration à tous est nécessaire.

D'INFO SUR:
<https://amref.fr>

DOLPHITONIC S'ENGAGE A VOUS OFFRIR LE MEILLEUR RAPPORT

QUALITE / PRIX / SERVICE

Votre boutique : www.dolphitonic.com



REEDUCATION PERINEALE
ORANGE LINE wireless



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
Medical Shopping Service
La Romazière
38, Chemin du Pas
85300 CHALLANS



MONITOS EDAN F2 et F3 VCT

EDAN F3 VCT





PUBLICATION

Par LE COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS (CNGOF)

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Tumeurs bénignes du sein

TEXTE COURT 2/2

>>Suite de l'article paru dans le N° 460 des Dossiers de l'Obstétrique (juillet 2016)

Exploration d'un syndrome kystique mammaire en imagerie [15]

Le kyste désigne une cavité néoformée à contenu liquidien possédant un revêtement propre, dit épithélium. Les kystes peuvent parfois avoir une composante solide et regroupent plusieurs entités histologiques. Radiologiquement, un kyste se définit comme une masse, circonscrite, bien limitée à prédominance liquidienne. Les kystes du sein sont le plus souvent bénins et ne représentent pas un facteur de risque de cancer du sein. Il s'agit du type le plus courant de masse palpable chez les femmes à partir de 35 ans et ce jusqu'à la ménopause (en l'absence de traitement hormonal de la ménopause), leur prévalence variant de 37,5 à 90 %, selon l'âge et les séries (NP3).

À l'échographie, on distingue trois types de kyste : les kystes simples, compliqués et complexes.

■ **Les kystes simples** sont les plus fréquents, ils correspondent à toute image anéchogène pure, à paroi fine, avec renforcement postérieur des échos quelle que soit sa taille (type I, II, III de la classification de Chang). Ils sont classés BI-RADS 2 et la VPN vis-à-vis du diagnostic de cancer est de 100 % (NP3).

Il n'est pas recommandé d'autres investigations en cas de kyste simple à l'échographie (Grade C).

■ **Les kystes compliqués** présentent un aspect échographique de kyste simple arrondi ou ovoïde avec une paroi fine, des contours réguliers, un renforcement postérieur mais un contenu finement échogène homogène. Dans des études de cohorte, la VPP de cancer rapportée

était de 2 % ou moins (NP3). Ils sont considérés comme probablement bénins avec un risque de lésion maligne très faible (Bi-RADS 3).

En cas de kyste compliqué, un contrôle échographique tous les six mois est recommandé pendant deux ans.

Chez les femmes à haut risque familial ou avec mutation génétique, les cancers du sein peuvent se présenter sous une forme trompeuse avec des contours réguliers ou des aspects pseudo-kystiques (cancer médullaire, très indifférencié). Compte tenu du caractère souvent rapidement évolutif de ces lésions, il est habituel de réaliser un prélèvement histologique plutôt qu'une surveillance échographique rapprochée (à 3-4 mois).

■ **Les kystes complexes** ont un aspect échographique de kystes échogènes et hétérogènes présentant l'association d'une composante kystique et solide ou de contenu kystique remanié, d'une paroi et/ou d'une cloison épaisse de plus de 0,5 mm, ou d'une masse solide intrakystique. L'association de deux ou plus de ces signes est très suspecte de malignité. Le taux de malignité associé à un kyste complexe est variable de 3 à 36 % (NP3). Un kyste complexe est classé BI-RADS 4 dans la classification BI-RADS de 2013.

En cas de kyste complexe, une biopsie percutanée est recommandée (Grade C).

Pour aider à la confrontation radiohistologique, la classification BI-RADS a introduit une sous-classification pour ces kystes complexes : BI-RADS 4a avec une VPP de malignité de 2-10 %, BI-RADS 4b avec une VPP de 10-50 % ; BI-RADS 4c avec une VPP > 70 %.

La mammographie et la tomosynthèse n'ont pas montré d'intérêt dans l'exploration d'un syndrome kystique échographique mammaire. L'élastographie mammaire a montré un intérêt dans la

caractérisation des kystes compliqués, permettant d'identifier un sous-groupe de patientes à risque de cancer par la découverte d'une lésion solide associée au kyste faisant reclasser le kyste compliqué (BI-RADS 4) en kyste complexe (BI-RADS 3). Cependant, la variabilité inter-observateurs de l'élastographie ne permet pas de proposer de recommandation sur son utilisation. Il n'existe pas de donnée sur l'apport de l'IRM dans la caractérisation des images kystiques échographiques du sein.

La place de la cytologie peut être discutée dans l'exploration d'un kyste mammaire. En cas de kyste simple, il n'est pas recommandé de réaliser une cytologie (Grade C) car elle est toujours bénigne (NP3). En cas de kyste compliqué, la cytologie peut avoir un intérêt pour caractériser le risque de cancer associé.

La réponse de la cytologie est de quatre types : cytologie bénigne, non-contributive, atypique et maligne. En cas de cytologie bénigne sur un kyste compliqué, il est recommandé un contrôle à six mois (Grade C).

En cas de cytologie non-contributive, atypique ou maligne réalisée sur un kyste compliqué, il est recommandé de réaliser une biopsie percutanée (Grade C).

En cas de liquide sanguin à la ponction d'un kyste, une cytologie systématique du liquide est recommandée (Grade C). L'arbre décisionnel de prise en charge des kystes mammaires est proposé en figure 7*.

Exploration des microcalcifications mammaires [16]

Les microcalcifications mammaires sont des images de tonalité calcique de moins de 1 mm dont la découverte et l'analyse reposent sur l'imagerie. Un foyer de microcalcifications correspond à la présence d'au moins cinq microcalcifications sur moins de



1 cm². Elles sont le plus souvent bénignes mais peuvent être révélatrices de lésions malignes ou à risque de malignité. Les différents systèmes de mammographie (analogiques, Direct Radiography et Computed Radiography) ont de bonnes performances pour la détection et l'analyse des microcalcifications (figures 8 et 9*) (NP2).

L'intérêt de l'échographie devant des microcalcifications BI-RADS 4 ou 5 est multiple, notamment pour évaluer la possibilité d'effectuer des prélèvements sous échographie, rechercher des arguments pour une composante invasive et rechercher d'autres lésions.

Il est utile de réaliser une échographie mammaire en cas de découverte de microcalcifications classées BI-RADS 4 ou 5 à la mammographie. Si la mammographie montre des microcalcifications BI-RADS 4 ou 5, il est recommandé d'obtenir un diagnostic histologique (Grade B).

Les données de la littérature sont contradictoires concernant l'analyse des microcalcifications par la tomosynthèse (3D); l'intérêt de cette technique seule ou en association à la mammographie 2D n'est pas démontré.

L'utilisation de la tomosynthèse seule ou en complément de la mammographie n'est pas recommandée pour la détection et l'analyse des microcalcifications (Grade C).

Il n'existe pas assez de données dans la littérature pour établir une recommandation sur l'indication de l'élastographie mammaire pour la détection et la caractérisation des microcalcifications.

L'IRM présente une sensibilité et une VPN insuffisantes pour la détection et la caractérisation des microcalcifications (NP2).

Il n'est pas recommandé de réaliser une IRM pour caractériser des microcalcifications vues en mammographie (Grade B).

Le taux de cancer associé à des microcalcifications BI-RADS 3 est très faible, inférieur à 3 %. La plupart des auteurs proposent au moins un contrôle à six mois puis à un an et un contrôle prolongé à deux voire trois ans.

En cas de microcalcifications BI-RADS 4 ou 5, sans signal échographique,

il est recommandé de réaliser une macrobiopsie avec une aiguille de calibre 11 G ou supérieur (Grade B). En l'absence de microcalcifications sur la radiographie des carottes, de nouveaux prélèvements sont recommandés (Grade B).

Prise en charge d'une prolifération épithéliale avec ou sans atypie du sein [17]

L'hyperplasie canalaire atypique (HCA), la métaplasie cylindrique atypique (MCA), l'hyperplasie lobulaire atypique (HLA), le carcinome lobulaire *in situ* (CLIS) sont une prolifération de cellules épithéliales monomorphes intéressant l'unité terminale ductulo-lobulaire, dont les critères diagnostiques histologiques sont définis par la classification OMS 2012. En cas de diagnostic d'HCA sur une macrobiopsie, le taux de sous-estimation (*i.e.* trouver un carcinome infiltrant du sein ou un carcinome canalaire *in situ* varie de 13 à 21 %) (NP3).

Les facteurs prédictifs de sous-estimation de lésions malignes (*in situ* ou invasive) en cas d'HCA sont la réalisation d'une microcalcification (14G) au lieu d'une macrobiopsie (9-11G), une mammographie BI-RADS 4/5 versus 3, une distorsion architecturale, une lésion cliniquement symptomatique, une masse, une traduction échographique, une taille radiologique initiale > 15 mm, la persistance du signal radiologique post-biopsie (calcifications résiduelles), des foyers multiples ≥ 3, des atypies cytonucléaires marquées et un pathologiste moins entraîné (NP3).

En cas de diagnostic de MCA à la biopsie percutanée (macrobiopsie), le taux de sous-estimation oscille entre 0 et 20 % (NP4). En cas de diagnostic d'HLA ou CLIS (définissant la néoplasie lobulaire) classique à la macrobiopsie, le taux de sous-estimation oscille entre 3 % et 17 %, modulé par la concordance radiohistologique (NP3). En cas de CLIS non classique, le taux de sous-estimation est plus important approchant 50 % (NP4).

En cas de cicatrice radiaire diagnostiquée sur une biopsie percutanée, le taux de sous-estimation varie de 8,2 % à 16,7 % (NP3). En cas de diagnostic de mucocèle avec atypie ou associée à un syndrome de masse, le taux de sous-estimation oscille entre 21 et 31 %. (NP3)

En cas de HCA, MCA, HLA, CLIS, cicatrice radiaire avec traduction radiologique, mucocèle avec atypie, diagnostiqués sur un prélèvement biopsique percutané, il est recommandé de réaliser une exérèse chirurgicale complémentaire (Grade C). En cas de disparition totale du signal radiologique après macrobiopsie, et de diagnostic d'HCA, MCA HLA, CLIS (à l'exclusion des CLIS pléomorphes ou avec nécrose), ou de cicatrice radiaire sans atypie, une abstention chirurgicale après concertation multidisciplinaire est possible (Grade C).

En cas d'exérèse chirurgicale, si les lésions d'HCA, de MCA, HLA, CLIS (à l'exclusion des CLIS pléomorphes ou avec nécrose), de cicatrice radiaire, de mucocèle, ne sont pas en exérèse *in sano*, il n'est pas utile de réaliser de reprise chirurgicale (Grade C).

L'HCA et la néoplasie lobulaire sont associées à une augmentation du risque de développer un cancer du sein ultérieur, pour les deux seins (RR = 4,34 (IC 95 % : 3,66-5,12)) (NP3). Le risque de progression de la MCA vers un cancer invasif semble bas : dans l'étude de De Mascarel et al. (2007), parmi les 84 cas de MCA isolées, suivis après biopsie chirurgicale, aucun cancer ne s'était développé après un suivi médian de 160 mois avec surveillance clinique et mammographique annuelle. Toutefois, la MCA était retrouvée associée à un carcinome canalaire *in situ* ou à un carcinome infiltrant dans 17 % des cas. En cas d'atypie sur une cicatrice radiaire ou une mucocèle, il n'existe pas de donnée sur un sur-risque de cancer.

En cas d'antécédent d'Hyperplasie Canalaire Atypique, d'hyperplasie Lobulaire Atypique, de Carcinome Lobulaire *In Situ*, il existe un risque relatif de cancer de 4 (risque intermédiaire) (NP3), une surveillance spécifique individuelle est recommandée en accord avec les recommandations de l'IHAS (Grade C). En cas de Métaplasie Cylindrique avec Atypie et en cas d'atypie associée à une cicatrice radiaire ou une mucocèle, il n'existe pas ou peu de données pour les surveiller différemment que les autres lésions avec atypie.

Il n'existe pas de données dans la littérature sur le risque de sous-estimation en



cas de diagnostic d'hyperplasie canalaire simple, d'adénose sclérosante, d'état fibrokystique à la biopsie percutanée. En cas de diagnostic de mucocèle sans atypie, le taux de sous-estimation à la biopsie percutanée oscille entre 0 et 2 % (NP4).

En cas de lésions d'hyperplasie canalaire simple, d'adénose simple, de mucocèle sans atypie diagnostiquée sur une biopsie percutanée, et après vérification de l'existence d'une bonne concordance radio-histologique, il n'existe aucune donnée pour recommander la chirurgie.

L'hyperplasie canalaire simple est associée à une légère augmentation du risque de cancer du sein (RR de 1,53, 95 % IC = 1,10-2,13). L'adénose sclérosante (*sclerosing adenosis*) fait partie du groupe des lésions "prolifératives sans atypie" et confère un RR de cancer en l'absence de lésion proliférative associée et d'atypie de 2,3 (IC 95 % 1,15-4,61) à 0,77 (95 % IC = 0,43-1,35). En cas de cicatrice radiaire, le risque relatif de développer un cancer du sein est de 2,63 (IC 95 % : 0,86-6) (NP3). En cas d'état fibrokystique, le RR de cancer associé oscille entre 1,05 (95 % IC 0,80 -1,39), et 1,27 (95 % IC 1,15 -1,41) (NP 4).

En cas d'HCS, d'adénose sclérosante simple, de cicatrice radiaire sans atypie, d'état fibrokystique, il n'est pas recommandé de surveillance spécifique en accord avec les recommandations de l HAS (Grade C).

Prise en charge d'une tumeur conjonctivo-épithéliale du sein^[18, 19]

Les fibroadénomes (FA) du sein sont des tumeurs bénignes avec une double composante épithéliale et conjonctive, avec une incidence de 13 % en population générale (NP4).

En cas de fibroadénome isolé, il existe un risque relatif de cancer dans les vingt ans de 1,7 (95 % CI 1,1 à 2,5) (NP3), soit un risque faible, qui ne nécessite pas de surveillance spécifique, selon les recommandations de l HAS (Grade C). En cas de fibroadénome associé à des lésions proliférantes et/ou à des atypies et/ou des antécédents familiaux, le risque relatif de dévelop-

per un cancer du sein dans les vingt ans oscille entre 3,7 (95 % CI 1,5-9,2), et 6,9 (95 % CI 1,5-30,6), respectivement (NP3), soit un risque modéré à élevé qui nécessite une surveillance spécifique, selon les recommandations de l HAS (Grade C). (Recommandations de l HAS pour les femmes à risque^[5]).

En l'absence de traitement, un FA peut garder la même taille, diminuer de taille ou augmenter de taille dans 55 %, 37 %, et 8 % des cas, respectivement (NP3). En cas de diagnostic de FA à la biopsie percutanée, une biopsie histologiquement discordante par rapport au contexte clinico-radiologique, ou associant des lésions complexes ou prolifératives ou d'atypie, un antécédent familial de cancer, il semble légitime de discuter la prise en charge en réunion de concertation multidisciplinaire. Si un traitement d'exérèse est retenu pour un FA, quelle qu'en soit l'indication, l'incision péri-aréolaire comparée à l'incision directe est associée à plus d'insensibilité du mamelon mais à un meilleur résultat esthétique à six mois (NP4). Les techniques d'exérèse ou de destruction percutanées ont été décrites et sont associées à un résultat esthétique satisfaisant et à une bonne satisfaction des patientes (NP4).

Si une exérèse chirurgicale est décidée pour un fibroadénome, afin d'obtenir un meilleur résultat esthétique, les incisions indirectes peuvent être privilégiées (Grade C). Les techniques d'exérèse ou de destruction percutanées peuvent être utilisées (Grade C). Les contraceptions œstro-progestatives ou progestatives (NP2) et le traitement hormonal de la ménopause (NP3) ne sont pas associées à un sur-risque de développer un FA. Une contraception œstro-progestative ou progestative n'est pas contre-indiquée en cas de fibroadénome mammaire (Grade B). Un traitement hormonal de la ménopause n'est pas contre-indiqué en cas d'antécédent personnel d'adénofibrome mammaire (Grade C).

Les tumeurs phyllodes du sein (TPS) sont des tumeurs mammaires rares associant une double composante lésionnelle fibro-épithéliale. La classification de l'OMS distingue trois catégories de TPS : bénin (grade 1), *borderline* (grade 2) et malin (grade 3).

La VPP de la biopsie percutanée pour le diagnostic de TPS est faible (52,7 %) (NP4).

Une exérèse chirurgicale est recommandée en cas de diagnostic histologique percutané de tumeur phyllode du sein (Grade C).

Les TPS de grade 1 et 2 sont respectivement associées à un risque de récidive local de 15 % et 17 % et à un risque de récidive à distance de 0,1 et 0,2 % (NP4). Le risque de récidive locale après traitement par tumorectomie d'une TPS grade 1 (bénigne) augmente en cas de berge atteinte (*non in sano*). En cas d'exérèse *in sano*, il n'existe pas de corrélation entre la taille de la marge et le risque de récidive (NP4). La récidive locale après traitement tumorectomie d'une TPS de grade 2 (*borderline*) est augmentée en cas de marges inférieures à 10 mm. (NP4).

En cas de tumeur phyllode du sein de grade 1 et 2, il est recommandé une tumorectomie en berge saine (*in sano*). En cas de tumeur phyllode du sein de grade 2 (*borderline*), il est conseillé des marges de 10 mm (Grade C). Il n'est pas recommandé de proposer une évaluation ganglionnaire ou une mastectomie à titre systématique pour les tumeurs phyllodes du sein de grade 1 et 2 (Grade C).

Il n'existe pas de données permettant de définir une surveillance spécifique des TPS de grade 1 et 2. Il n'est pas possible d'émettre de recommandations sur l'utilisation des hormones en cas d'antécédent personnel de TPS de grade 1 et 2.

Les tumeurs papillaires du sein ou papillomes du sein correspondent à des proliférations épithéliales à point de départ intra-canalaire et développées autour d'un axe conjonctivo-vasculaire.

Les lésions de papillomes sans atypie sont associées à un risque de sous-estimation de lésion invasive ou pré-invasive de 0 %-29 % (NP4). Les lésions de papillomes avec atypie sont associées à un risque de sous-estimation de lésion invasive ou pré-invasive de 6 %-70 % (NP2).

En présence d'une lésion papillaire sans atypie du sein, il est recommandé une disparition complète du signal radiologique (Grade C). Il n'est pas possible de recommander une technique particulière d'exérèse (chirurgie ou macrobiopsie percutanée). En cas de



lésion papillaire avec atypie du sein, une exérèse complète de la lésion par chirurgie est recommandée (Grade C).

En cas de traitement chirurgical d'un papillome, la présence d'atypie ou de lésions multiples est associée à un sur-risque de développer un cancer invasif du sein (RR : 2,04 à 7,01) (NP3). Pour les papillomes sans atypie non opérés (simple ablation par macrobiopsie), il n'existe pas de données suffisantes pour préconiser ou ne pas préconiser une surveillance spécifique. Il n'est pas possible de proposer une recommandation de surveillance spécifique en cas de papillome sans atypie.

En cas de papillome avec atypie, le risque relatif de développer un cancer est considéré comme modéré à élevé et nécessite une surveillance spécifique selon les recommandations de l'HAS (Grade C).

Il n'existe pas de donnée concernant la prise d'hormone (contraception ou traitement hormonal de la ménopause) en cas d'antécédent de papillome.

La tumeur d'Abrikossoff du sein ou tumeur à cellules granulaires (TGC) du sein est une tumeur bénigne du sein rare. L'association entre une TCG (tumeur d'Abrikossoff) et une tumeur maligne du sein (parfois distante de 2 cm) est retrouvée dans moins de 2 % des cas (NP4). Les présentations cliniques ou en imagerie des TCG ne sont pas spécifiques (NP4). La ponction cytologique et la biopsie percutanée ont une sensibilité de 68-93 % (NP4) et de 100 %, respectivement, pour le diagnostic de TCG (NP4). Des récidives de TCG sont observées dans 0 % à 8 % après l'exérèse chirurgicale et l'exérèse non *in sano* n'est pas associée à un sur-risque de récidive de la TGC (NP4). Il n'existe pas d'étude évaluant l'impact d'un traitement hormonal sur l'évolution d'une TGS.

En cas de diagnostic de tumeur à cellules granulaires à la biopsie percutanée, il n'existe pas de données permettant de recommander une exérèse systématique, en l'absence de discordance radio-histologique (Grade C). Il n'est pas recommandé de reprise chirurgicale en cas d'exérèse non *in sano* (Grade C).

Aucune recommandation ne peut être émise concernant les modalités de la surveillance. Il n'existe pas d'argument pour

contre-indiquer un traitement hormonal en cas d'antécédent de TGC.

L'adénomatose érosive du mamelon (AEM) est une lésion de la plaque aréolo-mamelonnaire qui représente 15 % des tumeurs du mamelon. Le principal diagnostic différentiel de l'AEM est la maladie de Paget. Une lésion cancéreuse concomitante est associée à l'adénomatose érosive du mamelon dans 12 à 14 % des cas (NP4). De multiples modalités d'exérèse ont été décrites dans la littérature : tumorectomie simple, exérèse partielle de la plaque aréolo-mamelonnaire, exérèse complète de la plaque aréolo-mamelonnaire, mastectomie, cryothérapie et chirurgie micrographique. Le risque de récidive d'AEM après chirurgie est exceptionnel et il n'existe pas de sur-risque de risque de cancer du sein par rapport à la population générale dans le suivi (NP4). Il n'existe pas de données sur le traitement hormonal en cas d'adénomatose érosive du mamelon.

En cas d'adénomatose érosive du sein, une exérèse chirurgicale est recommandée pour éliminer une maladie de Paget ou un cancer associé (Grade C). Il n'est pas recommandé de suivre spécifique en cas d'antécédent d'adénomatose érosive du sein.

Aucune recommandation ne peut être proposée concernant les modalités d'exérèse ou l'utilisation d'un traitement hormonal.

La cytostéatonécrose (CSTN) correspond à une autodigestion du tissu adipeux par ses propres lipases adipocytaires. Les cancers concomitants à une lésion de cytostéatonécrose sont retrouvés dans 2,9 % à 4,7 % des cas, avec à chaque fois un aspect suspect à l'examen clinique et à l'imagerie (NP4). La biopsie percutanée a un taux de faux négatif de 1,2 à 1,5 %, et est plus sensible que la cytoponction à l'aiguille fine (NP4). L'évolution spontanée de la cytostéatonécrose se fait vers une régression des lésions dans 30 % à 90 % des cas après 3 à 6 mois de surveillance et vers une stabilité des lésions dans 60 % à 90 % des cas (NP4). Un traitement antalgique par anti-inflammatoire non stéroïdien soulage dans 74 % des cas les douleurs associées à la cytostéatonécrose (NP4). Il n'existe pas de données concernant les modalités de surveillance. Il n'existe pas de données concernant l'utilisation d'un

traitement hormonal en cas d'antécédent de cytostéatonécrose.

En l'absence de discordance radio-clinique, l'abstention chirurgicale peut être proposée en cas de cytostéatonécrose (Grade C). Aucune recommandation ne peut être émise concernant la surveillance ou l'utilisation d'un traitement hormonal en cas de cytostéatonécrose.

La fibromatose mammaire ou tumeur desmoïde du sein est une prolifération fibroblastique qui représente moins de 0,2 % des tumeurs primitives du sein et 4 % des cas de fibromatose extra-abdominale. En cas de tumeur desmoïde, il n'existe pas de données permettant de conseiller la simple surveillance *versus* la chirurgie. Le taux global de récidive après exérèse chirurgicale varie de 18 à 29 % (NP4). En cas d'exérèse *in sano*, la récidive est observée dans 5 à 25 % des cas (NP4) et en cas d'exérèse non *in sano*, le taux de récidive varie de 55 % à 100 % (NP4). Il n'existe pas de relation entre la taille des marges d'exérèse et la récidive de la lésion (NP4). Aucune étude n'a évalué l'impact d'un traitement hormonal sur l'évolution d'une tumeur desmoïde du sein.

En cas d'exérèse chirurgicale pour tumeur desmoïde mammaire, une exérèse chirurgicale en berges saines est recommandée (Grade C). Il n'est pas possible de préciser une taille minimale de marge de sécurité à respecter.

Il n'existe pas de recommandation concernant les modalités de surveillance d'une patiente prise en charge pour une tumeur desmoïde mammaire ou l'utilisation d'un traitement hormonal.

L'hamartome du sein est une lésion bénigne rare, bien limitée, composée d'une quantité variable de tissu glandulaire, adipeux et fibreux (NP4). En cas d'hamartome isolé, il n'existe aucune donnée évaluant le risque associé de cancer du sein. Il n'existe pas de données concernant les modalités de prise en charge des hamartomes mammaires. Le taux de récidive des hamartomes mammaires après exérèse chirurgicale est estimé à 3,9 % (NP4). Il n'existe pas de donnée concernant la prescription d'un traitement hormonal.

En cas d'hamartome mammaire, en l'absence de discordance clinico-radio-



histologique, il n'est pas recommandé de réaliser une chirurgie ou une surveillance spécifique (Grade C).

Aucune recommandation sur la prescription d'un traitement hormonal en cas d'antécédent personnel d'hamartome mammaire n'est possible.

Un hémangiome mammaire est une tumeur vasculaire rare, se développant dans le parenchyme mammaire ou le tissu sous cutané adjacent (NP4). Le principal diagnostic différentiel est l'angiosarcome mammaire. Une tumeur palpable de plus de 2 cm, une augmentation récente du volume, un caractère pulsatile et un aspect violacé angiomeux de la peau semblent plus fréquemment associés à un hémangiosarcome (NP4). La transformation d'un hémangiome en angiosarcome est considérée comme extrêmement rare (non quantifié dans la littérature). En cas d'abstention thérapeutique, il existe une stabilité des lésions à 24 mois (NP4). Aucun traitement médicamenteux n'est validé dans la prise en charge des hémangiomes mammaires (NP4). En cas de tumorectomie, il n'existe pas de données concernant les berges à respecter. (NP4). En cas d'exérèse chirurgicale, aucune récidive n'a été rapportée après un suivi allant de 6 mois à 11 ans (NP4). Aucune donnée n'existe sur le traitement hormonal et hémangiome mammaire.

En cas d'hémangiome mammaire et de tumeur palpable de plus de 2 cm, d'augmentation récente du volume, de caractère pulsatile et d'aspect violacé angiomeux de la peau ou de discordance clinico-radio-histologique, il est recommandé une exérèse chirurgicale (Grade C).

En cas d'hémangiome, il n'est pas possible de proposer de recommandations sur les berges à respecter en cas d'exérèse chirurgicale, sur un traitement médical, sur la surveillance ou sur l'utilisation d'un traitement hormonal.

Le lipome est une tumeur bénigne, à croissance lente, mésenchymateuse primaire qui représente 4 % à 5 % de toutes les tumeurs bénignes dans le corps. La fréquence des lipomes dans la population

générale est de : 1 à 2,1/1 000. En cas de lipome mammaire, on retrouve une stabilité ou une disparition de la lésion dans 77 % et 21 % des cas, respectivement (NP4). La liposuccion a été incriminée dans le risque de dissémination de tumeurs malignes et de perte de la sensibilité cutanée, d'hématomes post-opératoires et du risque controversé de récidive plus élevé qu'après excision directe (NP4). Après exérèse chirurgicale, il n'est pas décrit de récidive locale après un suivi allant jusqu'à trois ans (NP4).

En cas de lipome mammaire et d'absence de discordance clinico-radio-histologique, il n'est pas recommandé d'exérèse chirurgicale (Grade C). En cas de lipome mammaire, la liposuccion n'est pas conseillée (Grade C).

Il n'est pas possible d'émettre des recommandations sur la surveillance d'un lipome.

La papillomatose juvénile est définie histologiquement par un stroma fibrotique, des kystes donnant un aspect en *Swiss cheese* et la présence d'une épithélioise floride avec parfois des atypies. Il s'agit d'une affection rare affectant les femmes jeunes avant l'âge de 20 ans dans 69 % des cas (NP4). Des lésions associées (CLIS, carcinome sécrétoire juvénile, carcinome infiltrant, carcinome papillaire) sont retrouvées associées à la papillomatose chez 15 % des patientes au moment du diagnostic, dont 4 % de cancer du sein (NP4). En cas de tumorectomie, il existe un risque de récidive de la papillomatose de 15 %, sans qu'il ne soit possible de faire une liaison avec le statut des berges (NP4). Il n'existe pas de donnée sur l'utilisation d'un traitement hormonal et la papillomatose juvénile du sein.

Il n'est pas possible d'émettre des recommandations en cas de papillomatose juvénile du sein.

L'hyperplasie stromale pseudo-angiomeuse nodulaire du sein (PASH) est une lésion mésenchymateuse bénigne rare caractérisée par des fentes anastomotiques bordées de cellules aplaties donnant un aspect pseudo-vasculaire. L'incidence des lésions de PASH est estimée à 6,4 %

des lésions bénignes du sein (NP4). Des lésions de CCIS, d'HLA, d'HCA sont retrouvées associées à une PASH dans moins de 5 % des cas (NP4). L'évolution spontanée des PASH, en dehors de toute chirurgie, est marquée par une stabilité des lésions dans plus de 80 % des cas sur des durées de suivi allant de 6 à 60 mois (NP4). Une augmentation de la taille de la PASH est possible. En cas de PASH, le risque d'apparition d'un cancer du sein après traitement chirurgical est équivalent à celui de la population générale (risque relatif: 1,03. CI95 % 0,71-1,44) (NP4).

En cas d'hyperplasie stromale pseudo-angiomeuse du sein, il n'est pas recommandé d'exérèse chirurgicale (Grade C). En cas d'antécédent d'hyperplasie stromale pseudo-angiomeuse du sein, il n'est pas recommandé de surveillance spécifique (Grade C).

Il n'est pas possible d'émettre des recommandations en cas de PASH sur l'utilisation d'un traitement hormonal.

La tumeur syringomateuse du mamelon est extrêmement rare. Elle se traduit par un nodule ou une ulcération ou encore une rétraction du mamelon, unilatérale, associée à un écoulement mamelonnaire. L'exérèse chirurgicale non *in situ* est associée à un taux de récidive locale de 45 % (NP4). Il n'existe pas de données sur la taille des marges à respecter pour moduler ce risque de récidive (NP4). Il n'existe pas de données sur l'utilisation des traitements hormonaux et les tumeurs syringomateuses du mamelon.

En cas de tumeur syringomateuse du mamelon, aucune recommandation n'est possible concernant l'indication d'une prise en charge chirurgicale. En cas de tumeur syringomateuse du mamelon et d'exérèse chirurgicale, il est recommandé une exérèse *in situ* (Grade C), sans qu'il ne soit possible de recommander une taille de marges minimale. Aucun geste ganglionnaire n'est recommandé (Grade C).

En cas de tumeur syringomateuse du mamelon, aucune recommandation n'est possible concernant la surveillance ou l'utilisation d'un traitement hormonal. ■



RÉFÉRENCES

- [1] Lavoue V, Fritel X, Antoine M, Ballester M, Beltjens F, Bendifallah S, et al. *Clinical practice guidelines from the French College of Gynaecologists and Obstetricians: Benign breast tumor - Aims, methods and organization.* J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2015; Epub ahead of print.
- [2] Rédaction de l'argumentaire scientifique - Élaboration de recommandations de bonne pratique et des recommandations. Fiche méthodologique de la HAS; 2010.
- [3] Méthode recommandations pour la pratique clinique - Élaborations de recommandations de bonne pratique. Fiche Méthodologique de la HAS; 2010.
- [4] Grille d'évaluation de la qualité des recommandations de bonne pratique (dérivée de la grille AGREE II). Fiche méthodologique de la HAS; 2011.
- [5] Dépistage du cancer du sein en France: identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. HAS; 2011.
- [6] Legendre G. Exploration d'un syndrome de masse clinique non inflammatoire du sein: Recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) 2015.
- [7] Touboul C. Exploration d'une inflammation du sein en dehors de la grossesse et de la période d'allaitement: recommandations du CNGOF. 2015.
- [8] Laas E. Recommandations du CNGOF pour la prise en charge des mastites inflammatoires et infectieuses du sein en dehors de la grossesse et de la période d'allaitement. 2015.
- [9] Ouldamer L. Exploration d'un écoulement mamelonnaire du sein uni ou bilatéral: recommandations du CNGOF. 2015.
- [10] Boulanger L. Exploration d'une lésion cutanée mammaire: recommandation du CNGOF. 2015.
- [11] Ngo C. Syndrome douloureux mammaire: recommandations du CNGOF. 2015.
- [12] Mauvais-Jarvis P, Sterkers N, Kuttenn F, Beauvais J. [The treatment of benign pathological conditions of the breasts with progesterone and progestogens. The results according to the type of breast condition (260 case records) (author's transl)]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1978; 7: 477-84.
- [13] Nappi C, Affinito P, Di Carlo C, Esposito G, Montemagno U. Double-blind controlled trial of progesterone vaginal cream treatment for cyclical mastodynia in women with benign breast disease. J Endocrinol Invest. 1992; 15: 801-6.
- [14] Chopier J. Imagerie mammaire du syndrome de masse, distorsion architecturale et asymétrie: recommandations du CNGOF. 2015.
- [15] Uzan C. Exploration d'un syndrome kystique mammaire: recommandation du CNGOF. 2015.
- [16] Channing's F. Exploration des microcalcifications mammaires: recommandations du CNGOF. 2015.
- [17] Coutant C. Prise en charge des proliférations épithéliales du sein avec et sans atypies: hyperplasie canalaire atypique, métaplasie cylindrique avec atypie, néoplasies lobulaires, proliférations épithéliales sans atypie, mastopathie fibrokystique, adénose, cicatrices radiales, mucocèles, lésions prolifératives apocrines. Recommandation du CNGOF. 2015.
- [18] Bendifallah S. Prises en charge des tumeurs bénignes du sein épidémiologiquement fréquentes de type adénofibrome, phyllode (grade 1 et 2), papillome: recommandations du CNGOF. 2015.
- [19] Canlorbe G. Prises en charge des tumeurs bénignes épidémiologiquement rares de type Abrikossof, adénomateuse érosive du mamelon, cytostéatonécrose, fibromateuse mammaire, galactocèle, hamartome, hémangiome, lipome, papillomatose juvénile, hyperplasie stromale pseudo-angiomeuse (PASH), et tumeur syringomateuse du mamelon: recommandation du CNGOF. 2015.

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



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





RÉFLEXION SUR UNE PRATIQUE

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR SUR ÉPISTOMIE...

...Et si la cryothérapie thérapeutique était une solution?

2015-2016
Étude prospective sur
52 dossiers avec étude
comparative sur 30 dossiers
avec la CRYOTHÉRAPIE
ALKANTIS

UNE ÉTUDE SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR À DOUBLE ISSUE

Cette Étude a permis au Centre Hospitalier de La Rochelle de modifier le protocole interne en s'interrogeant sur les pratiques autour de la réfection du périnée mais aussi sur le type d'analgésie associé à ce geste.

Les soignants n'ont pas aujourd'hui souhaité reconsiderer leur prescription d'antalgiques; lorsque la deuxième partie de l'étude sera finalisée, ils présenteront l'étude comparative au CLUD et au Comité de recherches cliniques de l'hôpital et prendront ensemble la décision finale.

Par contre, y annexer une cryothérapie thérapeutique leur a semblé être une solution efficace et complémentaire pour le confort de la parturiente.



L'AVIS DES PROFESSIONNELS

Mme KISSELEFF – Sage-Femme Coordinatrice – CH La ROCHELLE

Comment traitez-vous aujourd'hui la prise en charge de la douleur sur épistomie?

- APD ou infiltration locale lors de la réfection de l'épistomie (xylocaïne ou ropivacaïne);
- Antalgiques de palier 1: paracétamol;
- Antalgiques de palier 2: Kétoprofène ou Tramadol.

En post-partum immédiat c'est-à-dire dès la salle de naissance: application d'une compresse glacée type Alkantis.

Après le retour en chambre: si besoin une autre compresse peut être prescrite.

Quels sont les avantages de cette compresse Alkantis?

Les avantages sont multiples. Grâce à son principe de fonctionnement et à sa composition (technopolymères de sodium), le concept permet un contact sec, sans aucune condensation, avec une diffusion d'un froid continu pendant 3 heures sans risque de brûlure puisque le froid est contrôlé entre 5 et 12 degrés.

Nous utilisons des vessies de glace, avec toutes les manipulations que l'on connaît (entretien de la poche, enveloppement dans un linge pour éviter les brûlures, changement de vessie toutes les 20 minutes, etc.).

L'utilisation d'Alkantis est plus simple et « sans aucune fuite ».

Elle apporte également un soulagement immédiat et un confort au patient. Dommage qu'il n'existe qu'une seule taille de compresse.

Quels motifs vous ont poussé à faire une étude sur la prise en charge de la douleur avec la compresse Alkantis?

Il ne s'agissait pas au départ d'une étude pour la compresse Alkantis. Le Dr Leborgne, gynécologue et Mme Aulneau, sage-femme, ont réalisé une évaluation des pratiques professionnelles autour de l'épistomie, avec pour but d'établir un protocole de service.

Cette étude a permis d'établir des recommandations allant de la technique de suture à employer, l'analgésie pendant la réfection, la définition d'un protocole antalgique en post-partum.

L'Alkantis a été ajouté sur une deuxième évaluation portant sur 30 dossiers pour la valeur ajoutée que pouvait représenter un complément de froid thérapeutique dans la prévention des œdèmes/hématomes et de ce fait diminuer la douleur et l'inconfort ressentis par la patiente.



LE CH DE LA ROCHELLE en quelques chiffres

MATERNITÉ DE NIVEAU IIB

- 1600 accouchements en 2015
- 5 Salles de naissance
- 4 Salles Pré-travail
- 1 Bloc opératoire réservé aux césariennes

PERSONNEL

- 9 Obstétriciens
- 1 Anesthésiste 24h/24h
- 9 Pédiatres
- 37 Sages-femmes
- 3 Coordonatrices sages-femmes
- 1 Cadre supérieur

68,18 % PÉRIDURALES

20 % (2014) - **17 %** (2015) ÉPISIOTOMIES

20,59 % CÉSARIENNES

Quelle méthode avez-vous appliquée ?

Nous avons mis en place une étude prospective avec un questionnaire adapté à nos interrogations et complété par les sages-femmes. Nous avons opté pour cette étude avec un premier recensement sans utilisation de froid thérapeutique et une deuxième évaluation fondée sur une étude comparative avec la compresse de cryothérapie Alkantis.

- 52 dossiers pour la première partie sans l'utilisation d'Alkantis,
- 30 dossiers pour l'étude comparative avec Alkantis.

Quels ont été les résultats de cette étude ?

Nous avons observé :

- Une diminution du nombre d'épisiotomies de 20 % à 17 %.
- Une diminution de la prise d'antalgique de palier 1 (-8 % à J1, -27 % à J4).
- Lorsque le niveau de douleur nécessite un palier 2, on observe la continuité dans la prise à J3.
- Une régression très rapide des œdèmes : 50 % au retour en chambre ; 11 % à J1.
- Pas d'effet sur un hématome constitué, c'est pourquoi il est important d'utiliser Alkantis dès la salle de naissance.

Votre protocole de prise en charge de la douleur a-t-il été redéfini ?

Cette analyse nous a permis de modifier notre protocole actuel tant sur l'approche et la réfection en elle-même du point de vue technique mais aussi à adopter une évolution de nos pratiques professionnelles autour de l'épisiotomie :

- **Recommandation pour la technique de suture :** 3 plans avec fils résorbables à la peau ou « un fil un noeud ». Attention : PAS de « Blair Donati ».
- **Analgésie systématique au moment de la réfection :** APD ou infiltration.
- Ajout de la cryothérapie Alkantis en systématique dès que la suture est terminée.

Pouvez-vous nous révéler la synthèse sur la prise en charge de la douleur de la patiente ?

- Satisfaction des patientes au retour en chambre : 47 % tout à fait satisfaite, 47 % plutôt satisfaite, 5,9 % plutôt pas satisfaite.
- **Satisfaction à J3 :** 75 % tout à fait satisfaite, 25 % plutôt satisfaite.

Pouvez-vous nous dire combien, en moyenne, vous utilisez d'Alkantis pour une patiente et quels sont les critères ?

Le protocole spécifie une compresse en post-partum et si besoin une deuxième en suites de couches.

Avez-vous eu des difficultés à faire adhérer votre équipe à l'utilisation de la compresse Alkantis ?

Non, car la mise en place systématique de la compresse Alkantis est intégrée au protocole de service.

En ce qui concerne les suites de couches, la glace était déjà utilisée sous forme de vessie de glace entraînant des difficultés tant sur la diffusion du froid, sur le temps de préparation et de remplacement dont les aides soignantes ont tout de suite mesuré l'intérêt.

Avez-vous eu d'autres contraintes ?

Principalement sur le plan financier pour intégrer le produit à la pharmacie, une ligne budgétaire de plus doit toujours s'accompagner d'un enjeu mesurable.

Grâce à l'étude que nous avons réalisée et qui a conclu à un meilleur confort et à la satisfaction de la parturiente, le CLUD nous a aidées dans cette démarche afin de faire référencer la compresse Alkantis.

Réduire les antalgiques est-il pour vous important et pourquoi ?

La prescription d'antalgiques ne doit pas être la seule réponse possible à la prise en charge de la douleur et à l'inconfort des patientes suite à une épisiotomie. La réponse doit être globale, allant de la qualité du geste effectué jusqu'aux thérapeutiques utilisées.

L'étude comparative se poursuit avec de premiers résultats fortement encourageants.



Connaissez-vous la Cryothérapie thérapeutique ? Ni brûlure, ni nécrose

AlkantiS® est un dispositif médical produisant une température contrôlée entre 5°C et 12°C efficace jusqu'à 3 h (Test Apave 2258860 et 50405561)

- Contrôle la douleur sur **épisiotomie, hémorroïdes** et **engorgements mammaires**
- Réduction des **œdèmes** et des **hématomes** sur épisiotomie et césarienne

AlkantiS® est un dispositif médical stérile de Classe 1 - Marquage CE n°1014 - FDA.
Procédé breveté à l'international - (UE, USA, Asie...).
Dispositif fabriqué par Alkantis SA et distribué en France par Vygon.



VYGON

Value Life

Nouveauté 2016

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

Chittumma P, Kaewkliattikun K, Winyasirivach B. 2007. Comparison of the effectiveness of ginger and vitamin B6 for treating nausea and vomiting in early pregnancy: a randomized, double-blind controlled trial. *J Med Assoc Thai*. Jan.;90(1):17-23.



Convenient aussi pour
le mal de transport

Mowrey DB, Clayton DE. 1982. Motion sickness, ginger and psychophysics. *Lancet*; 655-6.

Han-Chung Lien et al. 2003. Effects of ginger on motion sickness and gastric slow-wave dysrhythmias induced by circumferential American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology; Vol 284 (3):G481-G4892002.

Gingembre et Vitamine B6
antiémétiques
Motilia chaut antidyspepsique

Fabien Kjær Sk Dahl C, Asping U. 1990. Ginger treatment of hyperemesis gravidarum. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*; 38:19-24.

Halkemann 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.

Disponibilité :
Super et hypermarchés
(rayon laits infantiles)
Boutique en ligne :
<http://francebebe.fr/shop/>



www.francebebe.fr

Une recette simple avec des ingrédients sains et naturels



Dossier *L'allaitement*

L'allaitement est un sujet sur lequel nous revenons régulièrement car il fait partie de notre pratique quotidienne.

Multiples questions, multiples réponses, essayons de retrouver de la logique et de la simplicité.

S'arrêtant un jour face au développement de l'enfant, son relais est important pour continuer cet équilibre et cette richesse que le lait de mère apporte.

C'est aussi tout un réseau de soutien et de conseil: un pharmacien s'engage pour comprendre et accompagner les femmes allaitantes.

SOMMAIRE DU DOSSIER

18

PICASSO ET L'ALLAITEMENT

21

DURÉE DE L'ALLAITEMENT
MATERNEL EXCLUSIF
ET INTRODUCTION
D'UNE ALIMENTATION
COMPLÉMENTAIRE

27

LAIT MATERNEL, LAIT
ARTIFICIEL, À QUEL SEIN
SE VOUER?
PRATIQUE ET TRAVAIL SUR
L'ALLAITEMENT MATERNEL
EN PHARMACIE



DOSSIER

Par DR JANE MORTON, PÉDIATRE MD. PROFESSEUR ÉMÉRITE À L'UNIVERSITÉ DE STANFORD (E-U)

TRADUCTION DE CHANTAL AUDOIN

PICASSO ET L'ALLAITEMENT

→ Picasso et Steve Jobs avaient en commun de voir l'élégance dans la simplicité. En soutenant l'allaitement avec simplicité, pouvons-nous changer les choses ? Pouvons-nous laisser de côté les règles et les gadgets, et revenir à un objectif cohérent, simple à apprendre et à enseigner ? Peut-être que les seules choses à retenir sont celles qui comptent réellement le plus. Je vais vous expliquer comment je relie les derniers résultats de la recherche aux objectifs de base les plus essentiels et les plus faciles à mémoriser, que chaque nouvelle mère a besoin de comprendre, dès la toute première heure et quelle que soit la façon dont son accouchement s'est déroulé.

I est clair qu'il faut plaider pour des changements dans les pratiques hospitalières, quand jusqu'à 20 % des mères ont cessé d'allaiter à 1 mois en raison de problèmes essentiellement évitables. Les facteurs démographiques et les pratiques obstétricales nous confrontent au défi d'une population croissante de dyades à risque, comprenant essentiellement des enfants légèrement prématurés, dont on sait qu'ils sont sujets à des complications dans l'allaitement. Ces complications sont liées à une production insuffisante et à un transfert suboptimal du lait ; elles entraînent des durées d'hospitalisation plus longues, des ré-hospitalisations et la chute brutale et prématurée de l'allaitement évoquée précédemment.

Une approche simple et proactive pour prendre en charge toutes les dyades devrait réduire le nombre des complications d'allaitement et des interventions

chronophages cherchant à y remédier. Ce type d'approche pourrait inspirer davantage de professionnels de santé qui ne savent pas être "réellement présents" pour apporter leur aide et partager avec les femmes ces moments merveilleux où elles deviennent mères.

À quoi donc pourrait ressembler cette stratégie simple et préventive ? Je vous propose de la limiter à seulement trois objectifs pour les trois premiers jours : A, B et C ; **A pour "attachment"**, c'est-à-dire prise du sein (rendue confortable et efficace), **B pour "breastmilk"**, c'est-à-dire production de lait maternel (stimulée pour qu'elle soit solidement établie) et **C pour "calories"** (apportées au nourrisson grâce à une prise optimale de lait). Je vous propose aussi de ramener à seulement deux le nombre des "vérités élémentaires" à transmettre pour chaque objectif.

→ A = PRISE DU SEIN

Plus l'intervalle entre sa naissance et sa première tétée est long, plus un bébé risque d'avoir une succion dysfonctionnelle.

Une mauvaise prise du sein s'améliore avec un contact mère-enfant ininterrompu et une production optimale de lait.

→ B = PRODUCTION DE LAIT MATERNEL

Le facteur temps est déterminant pour la production : celle-ci dépend de la précocité, de la fréquence et de l'efficacité du prélèvement de colostrum dès la première heure de vie. Plus du colostrum est prélevé, surtout dans la première heure, plus la mère produira de lait par la suite.

La production, clé de voûte de l'allaitement, est le facteur le plus fortement associé à la durée et à l'exclusivité de l'allaitement.

→ C = CALORIES

Il n'est jamais possible de suralimenter un bébé au lait maternel dans les 3 premiers jours de vie. Autrement dit, plus un bébé reçoit de colostrum, moins il risque de souffrir des complications d'une sous-alimentation (hypoglycémie, perte de poids excessive, ictere et croissance suboptimale).



Texte présenté à la Journée Internationale de l'Allaitement du 1er avril 2016.
Avec leur aimable autorisation.
www.lllfrance.org

Pour le nourrisson né à terme sans complications, les besoins sont peu élevés et les réserves sont adéquates : on peut mettre l'accent en priorité sur A (prise du sein) et B (stimulation de la production lactée). Mais pour le nourrisson à risque, les besoins sont plus élevés : ce sont donc les objectifs C et B qui sont prioritaires.

Ce que la nouvelle mère fait (ou ne fait pas) dès la première heure, si cruciale, après l'accouchement, a un impact sur ces trois objectifs. Enseigner à une future mère, en prénatal, les bénéfices de l'expression manuelle (et, si nécessaire, du don de lait à la cuillère) apporte des réponses à beaucoup de ses questionnements du type « *Et si... ?* » et la prépare aux suites de son accouchement, quelles qu'elles soient. Quand une mère pratique l'expression manuelle, le contact de ses mains sur sa poitrine est tout à fait naturel, ne suggère pas qu'il y a un problème et ne médicalise pas l'expression du lait, contrairement à l'utilisation d'une machine.

De Picasso à Steve Jobs, les artistes et les inventeurs ont trouvé qu'il est important de chercher à préserver la simplicité : cela vaut aussi pour nous qui diffusons un savoir. L'essentiel, c'est d'intégrer la simplicité, la répétition et la logique dans un cadre pédagogique. En accordant une importance prioritaire à la première heure de chaque bébé, en permettant aux femmes, pendant les quelques premiers jours après la naissance, d'acquérir des compétences simples susceptibles de prévenir les sérieuses complications dues à une production lactée insuffisante et à un transfert suboptimal de lait, nous donnerons la possibilité à chaque mère d'allaiter exclusivement, tout en préservant la sécurité de son nouveau-né. ■

LL
L'ESSENTIEL, C'EST D'INTÉGRER
LA SIMPLICITÉ, LA RÉPÉTITION
ET LA LOGIQUE DANS UN CADRE
PÉDAGOGIQUE.

77

Les D.O.
N° 461
Août-Septembre 2016

**+ PRATIQUE**

accès privilégié sur le site internet contenant les dernières parutions, 12 newsletters par an, revue téléchargeable au format PDF.

+ ACCESSIBLE

sur ordinateur, tablette, portable et smartphone via internet

+ SIMPLE

moteur de recherche performant, accès simplifié aux articles

+ ÉCOLOGIQUE

0 papier,
0 carbone

« LES DOSSIERS DE L'ALLAITEMENT » DEVIENNENT MENSUELS ET NUMÉRIQUES

« Les Dossiers de l'Allaitement » sont une revue mensuelle, destinée aux professionnels de santé qui s'intéressent à l'allaitement, et qui souhaitent s'informer afin de soutenir efficacement les mères allaitantes rencontrées dans leur pratique professionnelle.

Chaque mois, vous pouvez y lire des articles variés alliant les aspects pratiques et théoriques de la lactation et de l'allaitement.

Abonnement
30€/an

Abonnement
Membre LLLF
20€/an

Inscription en ligne

[www.llfance.org/professionnels/
les-dossiers-de-l-allaitement](http://www.llfance.org/professionnels/les-dossiers-de-l-allaitement)

Contact & Informations

abonnements.da@llfance.org

Une publication de  www.llfance.org

La Leche League France,
proche de vous au quotidien.

Création/mise en page Radice, Team Freelance - 06 62 45 25 84 - radice-co.fr / Crédit Photo : shutterstock.com

■ “ATTACHMENT” - PRISE DU SEIN

A perfect latch – *Une prise du sein parfaite*. <http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/FifteenMinuteHelper.html>

■ “BREASTMILK PRODUCTION” PRODUCTION DE LAIT MATERNEL

Steps for hands-on pumping – *Étapes pour l'expression manuelle*. <http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/MaxProduction.html>

■ “CALORIES”

Des paramètres caloriques et nutritionnels faciles à mémoriser avec deux fois le chiffre 10 et deux fois le chiffre 5 :

• Deux fois le chiffre 10 (approximativement)

- Une perte de poids est normale mais pas > 10 %.
- Reprise du poids de naissance vers le 10^e jour.

• Deux fois le chiffre 5 (approximativement)

- Le volume moyen de la prise alimentaire, le premier jour, est de 5 ml (une cuillère à café).
- L'indicateur d'une prise de lait suffisante, ce sont des selles jaune clair vers le 5^e jour (cf. l'article de Shrago et al.).

>



DOSSIER

Par DR JANE MORTON, PÉDIATRE MD. PROFESSEUR ÉMÉRITE À L'UNIVERSITÉ DE STANFORD (E-U)

RÉFÉRENCES :

- AAP's (American Academy of Pediatrics) Model Hospital Breastfeeding Policy : Safe and Healthy Beginnings: A Resource Toolkit for Hospitals and Physicians' Offices.
- Becker GE, Smith HA, Cooney F. Methods of milk expression for lactating women. Cochrane review 2015. http://www.cochrane.org/CD006170/PREG_methods-of-milk-expression-for-lactating-women
- Bertini G, Breschi R, Dani C. *Physiological weight loss chart helps to identify high-risk infants who need breastfeeding support*. Acta Paediatr 2015; 104 (10) : 1024-1027.
- Carberry AE, Raynes-Greenow CH, Turner RM. *Breastfeeding within the first hour compared to more than one hour reduces risk of early-onset feeding problems in term neonates: A cross-sectional study*. Breastfeeding Medicine 2013 Dec ; 8 (6) : 513-514.
- Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. *Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss*. Pediatrics 2003; 112: 607-619.
- DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. *Effect of maternity-care practices on breastfeeding*. Pediatrics 2008 Oct; 122 Suppl 2: S43-49.
- Dollberg S. *A comparison of intakes of breast-fed and bottle-fed infants during the first two days of life*. J Am Coll Nutr 2001 ; 20 (3) : 209-211.
- Evans KC, Evans RG, Royal R, Esterman AJ, James SL. *Effect of caesarean section on breast milk transfer to the normal term newborn over the first week of life*. Arch Dis Child Fetal Neonatal 2003; 88: F380-382.
- Feldman-Winter L, Barone L, Milcarek B, Hunter K, Meek J, Morton J, et al. *Residency curriculum improves breastfeeding care*. Pediatrics 2010 Aug ; 126 (2) : 289-97. Epub 2010 Jul 5. (www.aap.org/breastfeeding/curriculum).
- Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, Li SX, Walsh EM, Paul IM. *Early Weight Loss Nomograms for Exclusively Breastfed Newborns*. Pediatrics 2015 ; 135 (1) e16-e23. URL: <http://pediatrics.aappublications.org/content/135/1/e16>.
- Flaherman VJ, Kuzniewicz MW, Li S, Walsh E, McCulloch CE, Newman TB. *First-day weight loss predicts eventual weight nadir for breastfeeding newborns*. Arch Dis Child Fetal Neonatal 2013 Nov ; 98 (6) : F488-92. doi: 10.1136/archdischild-2012-303076. Epub 2013 Jul 17.
- Flaherman VJ, Gay B, Scott C, Avins A, Lee KA, Newman TB. *RCT Comparing Hand Expression with Breast Pumping for Mothers of Term Newborns Feeding Poorly*. Arch Dis Child Fetal Neonatal 2012 Jan ; 97 (1) : F18-23. doi: 10.1136/adc.2010.209213. Epub 2011 Jul 11.
- Flaherman VJ, Aby J, Burgos AE, Lee KA, Cabana MD, Newman TB. *Effect of Early Limited Formula on Duration and Exclusivity of Breastfeeding in At-Risk Infants: An RCT*. Pediatrics 2013 Jun ; 131 (6) : 1059-1065.
- Furman, L. *Early limited formula is not ready for prime time*. Pediatrics 2013, June ; 131 (6) : 1182-1183.
- Goyal NK, Attanasio LB, Kozhimannil KB. *Hospital Care and early breastfeeding outcomes among late preterm, early term and term infants*. Birth 2014; 41 (1) : 330-338.
- Hill PD, Aldag JC, Zinaman M, Chatterton RT. *Predictors of preterm infant feeding methods and perceived insufficient milk supply at week 12 postpartum*. J Hum Lact 2007 Feb ; 23 (1) : 32-38.
- Hill PD, Aldag JC, Chatterton RT, Zinaman M. *Comparison of milk output between mothers of preterm and term infants*. Hum Lact 2005 Feb ; 21 (1) : 22-30.
- Jones E. *Crossover study measuring expressed milk with and without breast massage*. Arch Dis Child Fetal Neonatal 2001 ; 85: F91-95.
- Kacica MA, Kreiger L, Johnson GD. *Breastfeeding Practices in New York State Maternity Hospitals: Results from a Statewide survey*. Breastfeeding Medicine 2012; 7 (6) : 409.
- Kumar A, Dabas P, Singh B. *Spoon feeding results in early hospital discharge of LBW babies*. J Perinatology 2010 ; 30: 209-217.
- Larkin T, Kiehn T, Murphy PK, Uhryniak J. *Examining the use and outcomes of a new hospital-grade breast pump in exclusively pumping NICU mothers*. Adv Neonatal Care 2013 Feb ; 13 (1) : 75-82.
- Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn L. *Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year*. Pediatrics 2008; 122 (2) : S69-S76.
- Lind JN, Perrine CG, Li R. *Relationship between use of labor pain medications and delayed onset of lactation*. J Hum Lact 2014 ; 30 (2) : 167-173.
- Lussier M, Brownell E, Proulx T, Bielecki D, Marinelli K, Bellini S, Hagadorn J. *Daily breast milk volume in mothers of very low birth weight neonates: A repeated measures randomized trial of hand expression versus electric breast pump expression*. Breastfeeding Medicine 2015.
- Macdonald PD, Ross SR, Grant L, Young D. *Neonatal weight loss in breast and formula fed infants*. Arch Dis Child Fetal Neonatal 2003; 88: F472-F476.
- Mangel L, Ovental A, Batscha N, Arnon M, Yakoni I, Dolberg S. *Higher fat content in breast-milk expressed manually: A randomized trial*. Breastfeeding Medicine 2015; 10 (7) : 352-354.
- McLaurin KK, Hall CB, Jackson EA, Owens OV, Mahadevia PJ. *Persistence of morbidity and cost differences between late-preterm and term infants during the first year of life*. Pediatrics 2009; 123: 653-659.
- Merewood A, Morton JA. *Inside Track: Using your hands to express your milk*. J Hum Lact 2013; 29: 635.
- Morton J, Hall J, Pessl M. *5-Steps to Improve Bedside Breastfeeding Care: Proposal for a Shared, Sustainable, Proactive Model*, 2013. Awhonn's Nursing for Women's Health Vol 17, issue number 6, p. 478-488.
- Morton J, Hall JY, Wong RJ, Thairu L, Benitz WE, Rhine WD. *Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants*, J Perinatol 2009 Nov ; 29 (11) : 757-64. Epub 2009 Jul 2.
- Morton J, Wong RJ, Hall JY, Pang W, Lai C, Hartmann P, Rhine W. *Combining hand techniques with electric pumping increases the caloric content of milk in mothers of preterm infants*. J Perinatol 2012 Jan 5. doi: 10.1038/jp.2011.195
- Morton J. *Rethinking bedside care: A shared, sustainable, and proactive model*. J Hum Lact 2012 Feb ; 28 (1) : 11-13.
- Morton J. *The importance of hands; a commentary*. J Hum Lact 2012, Volume 28, Issue 3, p. 276-277.
- Morton J. *Perfect storm or perfect time for a bold change*. Breastfeeding Medicine 2014, Vol 9 (4) : 180-183.
- Morton J. *A proposal for policy makers implementing Baby-friendly care*. Accepted for publication in Breastfeeding Medicine on 6/20/2014. Summary of report from the 7th Breastfeeding Summit, Washington D.C. June 3 & 4, 2014.
- Naveed M, Manjunath CS, Sreenivas V. *An autopsy study of stomach capacity and birth weight*. Indian J Gastroenterol 1992; 11 : 156-158.
- Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. *Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding*. Pediatrics 2013 Mar ; 131 (3) : e726-32. doi: 10.1542/peds.2012-1295. Epub 2013 Feb 18.
- Ohyama M, Watabe H, Hayasaka Y. *Manual expression and electric breast pumping in the first 48 h after delivery*. Pediatr Int 2010; 52: 39-43.
- Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Kelechi T, Mueller M. *Effect of early breast milk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low birth weight infants: a pilot study*. J Perinatol 2012 Mar ; 32 (3) : 205-9. doi: 10.1038/jp.2011.78. Epub 2011 Sep 8.
- Parker LA, Sullivan S, Krueger C, Mueller M. *Association of Timing of Initiation of Breastmilk Expression on Milk Volume and Timing of Lactogenesis Stage II Among Mothers of Very Low-Birth-Weight Infants*. Breastfeeding Medicine 2015; 10 (2) : 84-91.
- Perrine CG, Scanlon KS, Li R, Odom E, Grummer-Strawn LM. *Baby-Friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention*. Pediatrics 2012 Jul ; 130 (1) : 54-60. doi: 10.1542/peds.2011-3633. Epub 2012 Jun 4.
- Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philippis LH, Modi N, Hyde MJ. *Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature*. Am J Clin Nutr 2012; 95 (5) : 1113-1135.
- Saxton A, Fahy K, Rolfe M, Skinner V, Hastie G. *Does skin-to-skin contact and breast feeding at birth affect the rate of primary postpartum haemorrhage: Results of a cohort study*. Midwifery 2015; 31 (11) : 1110-1117.
- Shrager LC, Reifsnyder E, Insel K. *The neonatal bowel output study: indicators of adequate breast milk intake in neonates*. Pediatr Nurs 2006 May-Jun ; 32 (3) : 195-201.
- Stanford website: <http://newborns.stanford.edu/Breastfeeding/index.html>
See : The Perfect Latch, Hand Expression, Maximizing Milk Production.
- Slusher TM et al. *Comparison of maternal milk (breastmilk) expression methods in an African nursery*. Breastfeed Med 2012 Apr ; 7 (2) : 107-111.
- Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, Jensvold NG, Escobar GJ, Lieu TA. *Proportion of mothers who breastfed, by week, among low-risk mothers, Kaiser Permanente, E. M. Pediatrics 2003; 112: 108-115*.
- Tita AT, Landon MB, Spong CY, Lai Y, Leveno KJ, Varner MW, Moawad AH, Caritis SN, et al. *Timing of elective repeat cesarean delivery at term and neonatal outcomes*. N Engl J Med 2009 Jan 8 ; 360 (2) : 111-120.
- Wagner EA, Chantry CJ, Dewey KG, Nommsen-Rivers LA. *Breastfeeding Concerns at 3 and 7 days postpartum and feeding status at 2 months*. Pediatrics 2013; 132 (4) : 865-875.
- Ward Platt M, Deshpande S. *Metabolic adaptation at birth*. Semin Fetal Neonatal Med 2005; 10 (4) : 341-350.
- Wang ML, Dorer DJ, Fleming MP, Catlin EA. *Clinical outcomes in near-term infants*. Pediatrics 2004; 114: 372-376.
- Yilmaz G, Caylan N, Karacan CD, Bodur I, Gokcay C. *Effect of cup feeding and bottle feeding on breastfeeding in late preterm infants: a randomized controlled study*. J Hum Lact 2014; 30 (2) : 174-179.
- Zanardo V, Svegliato G, Cavallini F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P, Trevisanuto D. *Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding?* Birth 2010; 37 (4) : 275-279.



Par DR ADRIANO CATTANEO, ÉPIDÉMIOLOGISTE RETRAITÉ, ANCIEN RESPONSABLE DE L'UNITÉ DE RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DE SANTÉ INTERNATIONALE - CENTRE DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE, COLLABORATEUR DE L'OMS À L'INSTITUT POUR LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE - IRCCS BURLOGAROFOLI - TRIESTE (ITALIE)

DOSSIER

TRADUCTION DE ANNE-CÉCILE LECEUVRE



Texte présenté à la Journée Internationale de l'Allaitement du 1^{er} avril 2016.
Avec leur aimable autorisation.
www.lllfrance.org

DURÉE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF ET INTRODUCTION D'UNE ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE

→ INTRODUCTION

- 1- Quand allez-vous arrêter d'allaiter votre bébé ?
- 2- Quand allez-vous donner à votre bébé d'autres aliments et boissons, en plus du lait maternel ?
- 3- Quels aliments et boissons allez-vous donner à votre bébé, en plus du lait maternel ?

Si un anthropologue nutritionnel avait posé les questions ci-dessus aux femmes a) il y a dix mille ans, b) il y a mille ans, et c) il y a cent ans, la réponse spontanée et franche par a) toutes les femmes, b) la grande majorité des femmes à travers le monde, et c) la grande majorité des femmes dans des communautés qui ne sont pas encore totalement médicalisées aurait été : *Quelle question stupide!*

Des réponses plus détaillées par les mêmes catégories de femmes auraient été :

- 1- Quand il ou elle sera en mesure de satisfaire pleinement tous ses besoins (y compris les besoins non nutritifs) avec d'autres aliments et boissons.
- 2- Quand il ou elle va montrer qu'il ou elle a besoin d'autres aliments et boissons, et sera en mesure de les prendre (attraper, porter à sa bouche, garder dans la bouche, mâcher, et avaler).
- 3- Les aliments et boissons que nous sommes habitués à avoir à la maison, quoi d'autre ?

Des anthropologues médicaux ont en effet montré que c'était ainsi que se passaient les choses avant que la nutrition du nourrisson et du jeune enfant soit dominée par des professionnels de santé (médecins, pédiatres, sages-femmes, infirmières, nutritionnistes, psychologues, etc.) dans la seconde moitié du XIX^e siècle dans les pays industrialisés et dans la première moitié du XX^e siècle dans le monde entier. Incidemment, ce sont aussi les périodes où l'industrie a pris en charge la production d'aliments et de boissons en lieu et place des familles, et où le marketing a mis en place des stratégies qui ont conduit à un changement rapide des habitudes alimentaires, du "fait maison" aux aliments et boissons industriels ultra-transformés. Avant cette transition, les nourrissons étaient allaités exclusivement jusqu'à environ six mois. Ils avaient ensuite une période variable, mais en tout cas longue, de diversification alimentaire avec des aliments et des boissons faits maison. Cette période, conduisant à un sevrage complet du sein, était plus courte (mais jamais de moins de deux ans) dans les lieux et les périodes de prospérité, où la nourriture était abondante. Elle était plus longue, jusqu'à sept ans, dans les lieux et temps de disette, quand il y avait pénurie de nourriture et que le lait maternel pouvait sauver la vie des jeunes enfants¹.

→ LA MÉDICALISATION DE L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT

Jusque vers 1850, les professionnels de santé ont rarement osé prescrire un calendrier pour l'introduction d'aliments et boissons en complément du lait maternel. Les rares recommandations enregistrées jusqu'au milieu du XIX^e siècle faisaient référence à un certain stade de développement de l'enfant (par exemple, l'éruption des dents) ou vraisemblablement à un facteur de protection (par exemple, une saison douce). Les premières recommandations citant l'âge sont apparues après 1850 et elles mentionnent toutes une tranche d'âge entre 6 et 10 mois². Au début du XX^e siècle, la prescription d'âge s'est progressivement abaissée pour atteindre un minimum de 3 mois en 1946, comme recommandé par le Dr Benjamin Spock aux États-Unis³. De 1950 à 1990, l'âge recommandé pour l'introduction des aliments complémentaires fluctuait entre 2 et 4 mois. Parmi les pédiatres américains ayant répondu à une enquête en 1954, l'introduction des solides a été recommandée avant l'âge de 8 semaines pour 66 % des bébés, et avant l'âge de 3 mois pour 88 % d'entre eux. Les recommandations de Sackett ont été plus extrêmes, en 1953, prescrivant l'introduction de céréales à 2-3 jours de vie, de légumes tendres à 10 jours et de fruits tendres à 17 jours⁴.

Qui est apparu en premier, de l'œuf ou la poule ? Dans notre cas : quel a été le premier élément ? La recommandation d'une introduction précoce d'aliments, suivie par la production de ces aliments ? Ou bien la disponibilité et la commercialisation des aliments pour nourrissons de moins de six mois, suivie de la recommandation par les pédiatres ? La réponse



DOSSIER

Par **DR ADRIANO CATTANEO**, ÉPIDÉMIOLOGISTE RETRAITÉ, ANCIEN RESPONSABLE DE L'UNITÉ DE RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DE SANTÉ INTERNATIONALE - CENTRE DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE, COLLABORATEUR DE L'OMS À L'INSTITUT POUR LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE - IRCCS BURLOGAROFOLLO - TRIESTE (ITALIE)

n'est pas facile. Une explication plausible est que, après la promotion des substituts de lait maternel à la fin du XIX^e et au début du XX^e siècle, les taux d'allaitement maternel et sa durée ont progressivement baissé, en premier lieu parmi les populations urbaines aisées des pays industrialisés, puis parmi les citadins pauvres, pour finalement se propager aux populations rurales⁵. Incidemment, la même tendance a été observée une à trois générations plus tard dans les pays en voie de développement. Cependant, les substituts du lait maternel disponibles jusque dans les années 1960 étaient loin d'être sûrs; une grande proportion de nourrissons nourris artificiellement, même parmi les populations urbaines riches, a souffert de plusieurs formes de malnutrition, y compris des carences vitaminiques et minérales, en plus d'infections. Ces substituts de lait maternel, composés généralement de lait de vache déshydraté, d'eau et de sirop de maïs, devaient être complétés par des sources de vitamines et de minéraux. Huile de foie de morue et jus d'orange ont été couramment utilisés, ainsi que d'autres produits faits maison. Mais l'industrie a rapidement compris le potentiel d'un nouveau marché et a répondu à la demande avec des aliments enrichis pour bébés. Pour être donnés aux très jeunes enfants, ces aliments pour bébés devaient être liquides, adaptés au biberon (mais le nettoyage et la stérilisation des biberons et tétines étaient difficiles à ce moment-là, même dans les milieux riches), ou semi-solides pour l'alimentation à la cuillère. Les compléments qui fournissaient les vitamines et les minéraux manquants étaient évidemment bénéfiques pour les bébés, et les pédiatres ont commencé à adapter leurs recommandations à cette nouvelle situation. Jusqu'à ce que l'introduction de solides en plus des substituts du lait maternel, et avant que les nourrissons n'y soient prêts au niveau de leur développement, fasse partie de notre culture. Un exemple clair de la façon dont une première erreur peut conduire à de mauvaises pratiques qui sont ensuite représentées et perçues comme normales.

→ LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a été créée en 1948, mais n'aborde le sujet de l'allaitement maternel avec quelques recommandations qu'en 1989. Dans la déclaration conjointe (avec l'UNICEF) sur le rôle particulier des services de maternité dans la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement maternel, le document qui a donné naissance à l'Initiative Hôpital Ami des Bébés, l'OMS a indiqué qu'idéalement, l'allaitement maternel exclusif doit être la norme pour les 4 à 6 premiers mois de vie⁶. Quatre ou six mois? Cette dualité a conduit à plus d'une décennie de débats. D'un côté, des groupes, des associations et des institutions défendant l'allaitement ont insisté pour l'indication d'un seuil unique, à 6 mois. De l'autre côté, ceux qui jusque-là avaient recommandé une introduction plus précoce d'autres aliments, soutenus par l'industrie des aliments pour bébés, maintenaient que 4 mois était la limite d'âge appropriée pour l'allaitement maternel exclusif. La bataille a été menée aux niveaux institutionnel et opérationnel, mais également dans les milieux universitaires.

Les scientifiques et les chercheurs ont considéré encore et encore le soi-disant "dilemme du sevrage": le choix entre les effets protecteurs connus de l'allaitement maternel exclusif contre la morbidité infectieuse, et l'insuffisance théorique du lait maternel seul pour satisfaire les besoins en énergie et en micronutriments du nourrisson au-delà de quatre mois d'âge⁷⁻⁸.

Pour trouver une échappatoire, au début du siècle, l'OMS a commandité deux revues d'études:

■ **LA PREMIÈRE** a examiné l'adéquation nutritionnelle de l'allaitement maternel exclusif pour un nourrisson né à terme au cours des six premiers mois de vie. Cet examen a montré que les apports moyens du lait maternel fournissent de l'énergie et des protéines en quantité suffisante pour répondre aux exigences moyennes des nourrissons pendant les 6 premiers mois de vie⁹. Puisque le potentiel de croissance de l'enfant induit la production de lait maternel, les apports en lait correspondent vraisemblablement aux besoins énergétiques et protéiques. Les besoins globaux en micronutriments sont également comblés par les apports moyens en lait maternel. Toutefois, l'examen a révélé que les niveaux de vitamine A et B6 dans le lait maternel dépendent fortement de l'alimentation maternelle et de l'état nutritionnel; que le niveau de vitamine D est insuffisant pour répondre aux besoins des nourrissons, de sorte que les enfants dépendent de l'exposition au soleil ou des apports exogènes; que le lait maternel est une faible source de fer et de zinc, que leurs niveaux ne peuvent être modifiés par la supplémentation maternelle, le stock à la naissance répondant aux besoins des 6 premiers mois, et que les nourrissons exclusivement allaités peuvent être à risque de carence durant la seconde moitié de la première année.

■ **LA DEUXIÈME ÉTUDE** a examiné la durée optimale de l'allaitement maternel exclusif en matière de nutrition, de santé et de développement des enfants, en comparant les nourrissons exclusivement allaités pendant six mois à des nourrissons allaités exclusivement pendant 3-4 mois, puis en allaitement mixte jusqu'à six mois¹⁰. Les chercheurs ont appliqués les méthodes développées par la Collaboration Cochrane pour les revues systématiques et les méta-analyses à 16 études indépendantes qui ont satisfait aux critères de sélection: 7 dans des pays en voie de développement (dont deux essais contrôlés randomisés menés au Honduras) et 9 dans des pays développés (toutes des études d'observation). Ni les résultats des essais randomisés ni ceux des études observationnelles ne suggèrent que les nourrissons allaités exclusivement jusqu'à six mois ont présenté une prise de poids ou une croissance en taille insuffisante, que ce soit dans les pays développés ou en développement. Les données sur le fer étaient rares, mais dans des pays en développement, où les stocks de fer néonataux peuvent être sub-optimaux, la revue a suggéré que l'allaitement exclusif sans supplémentation en fer peut compromettre le statut hématologique des nourrissons. En ce qui concerne la santé, les nourrissons allaités exclusivement jusqu'à six mois ont connu moins de diarrhées que ceux du groupe



allaitements mixtes à 3-4 mois. Dans l'ensemble, il n'y avait aucune preuve d'un "dilemme du sevrage", et les auteurs ont conclu que « *bien que les nourrissons devraient toujours être considérés individuellement, afin qu'un défaut de croissance ou d'autres effets indésirables ne soient pas ignorés et que les interventions appropriées soient effectuées, les preuves disponibles ne démontrent pas de risques apparents à recommander, en termes de politique de santé publique, un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie à la fois dans les pays développés et en développement.* ».

Sur la base des deux revues ci-dessus, dont les résultats ont été discutés lors d'une consultation d'experts tenue à Genève fin mars 2001, l'Assemblée Mondiale de la Santé (WHA) a approuvé en mai 2002 la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant¹¹. La Stratégie Mondiale a déclaré que « *en tant que recommandation mondiale de santé publique, les nourrissons devraient être allaités exclusivement pendant les six premiers mois de vie pour atteindre une croissance, un développement et une santé optimaux. Par la suite, pour répondre à leurs besoins nutritionnels en évolution, les nourrissons devraient recevoir des aliments complémentaires nutritionnellement appropriés et sûrs tout en poursuivant l'allaitement jusqu'à deux ans ou au-delà.* ».

→ LA RECOMMANDATION DE L'OMS APPROUVÉE ET REJETÉE

La résolution WHA qui comprenait la Stratégie Mondiale a été approuvée à l'unanimité par tous les États membres de l'OMS. D'autres agences des Nations Unies impliquées dans la nutrition du jeune enfant (par exemple l'UNICEF, l'ONUSIDA, le HCR) ont incorporé la Stratégie Mondiale dans leur politique. La recommandation pour l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois a été incluse dans les politiques nationales de la plupart des pays développés et en développement dans les années suivantes. Elle a également été adoptée par de nombreuses associations professionnelles (par exemple l'American Academy of Pediatrics, l'Academy of Breastfeeding Medicine, Società Italiana di Pediatria, Asociación Española de Pediatría, Association Internationale des Consultants en Lactation, La Leche League) et de nombreuses ONG nationales et internationales. Les recherches menées après 2002 ont appuyé la recommandation de l'OMS. Par exemple :

- Les auteurs de la revue systématique sur la durée optimale de l'allaitement maternel exclusif ont mis à jour leur revue en 2012¹². Ils ont ajouté sept nouvelles études d'observation à leur méta-analyse, quatre dans des pays en développement et trois dans des pays développés. Les résultats et conclusions sont demeurés inchangés.
- Une étude d'observation menée en Écosse, et non incluse dans la revue actualisée mentionnée ci-dessus, a porté sur 50 nouveau-nés pour tester si et comment les pratiques d'allaitement et la lactation humaine sont adaptées pour satisfaire leurs besoins énergétiques pendant 6 mois. Sur les 47 nourrissons restant à la fin de l'étude, 41 ont été

nourris exclusivement au sein jusqu'à six mois. Les apports de lait, mesurés d'une façon très précise (méthode de l'eau doublement marquée), ont été plus élevés que prévu à 15 et 25 semaines d'âge et ont augmenté de manière significative entre les repères de temps. La croissance des nourrissons était normale par rapport aux normes de croissance de l'enfant de l'OMS. Les apports énergétiques étaient adéquats par rapport aux besoins. Aucune manifestation de fatigue maternelle en rapport avec l'allaitement n'a été rapportée¹³.

- Un essai contrôlé randomisé, également non inclus dans l'examen actualisé mentionné ci-dessus, a concerné 119 nouveau-nés en Islande et les a assignés au hasard à 4 ou 6 mois d'allaitement exclusif ou à l'introduction d'aliments complémentaires avec poursuite de l'allaitement. Une centaine de nourrissons ont été retenus à la fin de l'étude, soit 50 par groupe. L'apport en lait maternel a été mesuré avec précision en utilisant des isotopes stables, tandis que l'apport d'aliments complémentaires a été pesé sur trois jours dans le groupe contrôle. Les résultats montrent que l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois ne compromet pas la croissance du nourrisson ni de sa composition corporelle, et que l'apport énergétique chez les nourrissons allaités exclusivement est similaire à celui de nourrissons recevant des aliments complémentaires. Les résultats anthropométriques et la composition corporelle ne diffèrent pas significativement entre les groupes¹⁴. Notez que cette recherche a été, paradoxalement, planifiée et exécutée par des chercheurs qui doutaient des recommandations de l'OMS et voulaient démontrer qu'elles étaient incorrectes, au moins dans les pays riches¹⁵.

Malgré tout ce qui précède, la recommandation de l'OMS a également été, et est encore, rejetée et désapprouvée. Des dizaines d'articles, y compris une revue systématique¹⁶, ont été écrits à l'encontre de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois. La main invisible du marché, cependant, pourrait être dévoilée derrière ces tentatives de porter atteinte à la recommandation de l'OMS. La revue systématique mentionnée ci-dessus, par exemple, a été partiellement financée par une subvention éducative de Nestlé UK Ltd. La publication qui a eu une influence majeure sur les pratiques professionnelles et qui peut avoir entravé l'amélioration des taux d'allaitement maternel exclusif est une recommandation du comité de nutrition de l'ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition)¹⁷.

>

LL

EN TANT QUE RECOMMANDATION MONDIALE DE SANTÉ PUBLIQUE, LES NOURRISSONS DEVRAIENT ÊTRE ALLAITÉS EXCLUSIVEMENT PENDANT LES SIX PREMIERS MOIS DE VIE POUR ATTEINDRE UNE CROISSANCE, UN DÉVELOPPEMENT ET UNE SANTÉ OPTIMAUX.

77



DOSSIER

Par DR ADRIANO CATTANEO, ÉPIDÉMIOLOGISTE RETRAITÉ, ANCIEN RESPONSABLE DE L'UNITÉ DE RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DE SANTÉ INTERNATIONALE - CENTRE DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE, COLLABORATEUR DE L'OMS À L'INSTITUT POUR LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE - IRCCS BURLOGAROFOLI - TRIESTE (ITALIE)

Regardons un peu plus en détail :

1

■ LA PREMIÈRE CHOSE À NOTER est une contradiction entre le commentaire ESPGHAN sur l'alimentation complémentaire et celui sur l'allaitement maternel publié un an plus tard¹⁸. Le premier affirme que « *l'alimentation complémentaire ne doit pas être introduite chez un enfant avant 17 semaines, et tous les nourrissons devraient commencer la diversification alimentaire avant 26 semaines* », c'est le « *4 à 6 mois de la vie* » de la déclaration conjointe OMS/UNICEF de 1989. Le second stipule que « *l'allaitement exclusif pendant 6 mois environ est un objectif souhaitable, mais un allaitement partiel ainsi que l'allaitement maternel pour des périodes plus courtes sont également précieux. La poursuite de l'allaitement après l'introduction d'une alimentation complémentaire doit être encouragée tant que cela est souhaité conjointement par la mère et l'enfant* ». Ceci équivaut à demander la mise en place d'une limitation de vitesse à 80 km/h tout en ayant des panneaux de signalisation conseillant une vitesse entre 80 et 100 km/h.

2

■ DEUXIÈMEMENT. Sur quelle preuve se base une telle recommandation catégorique (*ne doit pas être introduit à tout enfant... tous les nourrissons devraient commencer*) ? Le commentaire sur l'alimentation complémentaire ne décrit ni les méthodes utilisées pour la recherche documentaire, ni les critères utilisés pour sélectionner les articles, ni les méthodes utilisées pour évaluer la qualité des études, pas plus qu'il ne décrit comment les données utilisées pour étayer les conclusions et recommandations ont été extraites et analysées. Toutes les preuves proviennent d'études observationnelles que l'ESPGHAN rejette pour d'autres recommandations (par exemple que le fait de retarder ou d'éviter l'introduction des aliments allergéniques empêche ou retarde le développement de l'allergie). La recommandation ne donne aucun détail sur le niveau de preuve ou sa force. Le commentaire ne discute pas les implications de la mise en œuvre de la recommandation et ne mentionne pas que certaines consultations interdisciplinaires et intersectorielles avec diverses parties prenantes aient eu lieu. On peut facilement en conclure que la recommandation est juste un "avis d'expert" d'un groupe sélectionné de gastro-entérologues pédiatriques, le niveau de preuve le plus bas dans la médecine factuelle.

3

■ ENFIN, une note sur la première page du commentaire sur l'alimentation complémentaire stipule que « *les déclarations de conflits d'intérêts des membres du Comité sur la Nutrition (CoN) sont soumises chaque année au secrétaire du CoN et sont disponibles sur demande* ». Combien de lecteurs ont écrit au Secrétaire du CoN pour demander ces déclarations ? Pas beaucoup, sans doute. Une note sur la première page du commentaire sur l'allaitement maternel stipule que « *les auteurs ne rapportent pas de conflits d'intérêts* ». Notez que 12 des 13 auteurs des commentaires (alimentation complémentaire) et 14 auteurs (allaitement) apparaissent dans les deux articles, dont le premier auteur (les auteurs sont dans l'ordre alphabétique). Le premier au-

teur est, depuis 2009, membre du panel Autorité Européenne de Sécurité des Aliments (EFSA) qui a émis l'avis relatif à l'étiquetage de 4 à 6 mois pour les aliments complémentaires industriels¹⁹. Incidemment, 3 membres sur 7 de ce groupe appartiennent à l'ESPGHAN. En tant que membre de la commission, le premier auteur des commentaires ESPGHAN devait présenter une déclaration de conflits d'intérêts, posté sur le site de l'EFSA. La déclaration, en date du 17 mars 2010, montre qu'il a travaillé et écrit pour Ferrero, Danone, Dicofarm, Dietetic Metabolic Food, Heinz, Hipp, Humana, Martek, Mead Johnson, Mellin, Milupa, Nestlé, Noos, Ordesa, SHS/Nutricia, et pour la Fédération des fabricants d'aliments pour nourrissons.

→ QUAND ALLEZ-VOUS DONNER À VOTRE BÉBÉ D'AUTRES ALIMENTS ET BOISSONS, EN PLUS DU LAIT MATERNEL ?

Il ne fait aucun doute que la recommandation de l'OMS d'allaiter exclusivement jusqu'à six mois représente actuellement la meilleure recommandation scientifiquement validée disponible. Cela signifie-t-il que tous les nourrissons devraient recevoir uniquement du lait maternel jusqu'à six mois et commencer à recevoir d'autres aliments et boissons à six mois et un jour ? Évidemment pas. La recommandation de l'OMS, comme clairement indiqué dans la Stratégie Mondiale, est une recommandation de santé publique qui s'applique aux populations. Il est important de former et surveiller les pratiques de santé et de nutrition des populations de façon professionnelle, réglementaire, juridique et statistique, d'élaborer des politiques pour des actions de santé publique, d'améliorer les choses pour les populations, ce qui signifie élaborer et faire respecter les lois et règlements pour l'étiquetage, la commercialisation, etc. Cela ne concerne pas les individus, parce que chaque enfant est différent, a un statut en nutriments différent, un métabolisme, un développement psychomoteur et une culture différente, ainsi que différents déterminants sociaux. Comme toute autre étape du développement (ramper, s'asseoir, se mettre debout, marcher, parler, etc.), la volonté (et la nécessité) de manger et boire quelque chose d'autre en plus du lait (espérons-le du lait maternel, mais le même principe vaut pour les nourrissons nourris au biberon) se trouve être étalée dans le temps en une sorte de courbe en cloche légèrement asymétrique. Le milieu de la courbe correspond à environ six mois d'âge, parce que la majorité des enfants est prête (et a besoin) d'aliments complémentaires autour de cet âge, plus ou moins quelques semaines. Mais certains enfants peuvent être prêts à cinq mois, et quelques autres, sans doute plus, à sept ou huit mois. Et, comme dans toutes les distributions biologiques, il existe des valeurs extrêmes avec des bébés qui peuvent être prêts à quatre ou à neuf mois, et exceptionnellement même à trois et dix.

Comment pouvons-nous donc savoir quand un enfant est prêt (et a besoin) d'aliments complémentaires ? Théoriquement, nous devrions tester ses fonctions digestive et rénale et ses voies métaboliques, ou mesurer ses niveaux de macro- et micro-nutriments (principalement le fer, le zinc et certaines



vitamines) pour identifier une diminution de leurs réserves. Ceci est clairement impossible; même l'association la plus spécialisée de pédiatres ou de nutritionnistes n'oseraient proposer une telle procédure. La seule chose que nous pouvons faire est d'observer le développement psychomoteur de chaque enfant et de lui offrir des aliments complémentaires quand nous pensons qu'il ou elle est prêt. Quand il ou elle montre la capacité de saisir, mettre à la bouche, garder dans la bouche, mâcher et avaler en toute sécurité. À ce moment-là, l'enfant peut généralement s'asseoir sans aide, tenir sa tête droite, coordonner ses yeux avec les mouvements de ses mains et de sa bouche, regarder la nourriture et est intéressé à essayer de manger; il est capable de garder la nourriture dans sa bouche sans la repousser (c'est-à-dire qu'il a perdu le réflexe d'extrusion de la langue qui était essentiel pour téter). Avez-vous mal jugé le stade de développement de votre bébé, c'est-à-dire qu'il ou elle fait certaines des activités décrites ici, mais ne mange pas vraiment? Ne vous inquiétez pas; attendez juste 2 ou 3 jours ou une semaine et essayez à nouveau. Tôt ou tard, votre bébé va manger, parce qu'aucun bébé n'est programmé à mourir de faim. Heureusement, des millions d'années d'évolution chez les mammifères (et proto-mammifères), et des centaines de milliers d'années d'évolution chez l'homme (bien avant l'apparition de l'homo sapiens sur la terre), ont permis que le besoin accru en éléments nutritifs d'un organisme en croissance et le développement de sa capacité à obtenir ces éléments nutritifs et d'en faire le meilleur usage se produisent simultanément.

→ QUELS ALIMENTS ET BOISSONS ALLEZ-VOUS DONNER À VOTRE BÉBÉ, EN PLUS DU LAIT MATERNEL?

S'il n'y a aucune preuve d'association avec le risque d'allergie, comme spécifié dans le commentaire ESPGHAN sur la diversification complémentaire, il n'y a pas besoin de vous inquiéter de l'ordre d'introduction des aliments et boissons à offrir. Les premiers stocks qui s'épuisent étant ceux de certains micronutriments (fer, zinc, vitamine D), les parents devraient offrir comme premiers aliments complémentaires ceux qui sont riches en ces nutriments: la viande et le poisson ou, pour les familles végétariennes, les légumineuses et les noix. Ils ne devraient certainement pas donner la priorité à des soupes de légumes ou des purées de fruits. De plus, les bébés aiment les arômes et saveurs qu'ils connaissent déjà et se méfient des saveurs et des goûts qu'ils n'ont jamais essayés auparavant. Comme ils ont déjà essayé, via le placenta et le lait maternel, les saveurs et goûts des aliments et des boissons pris par leur mère pendant la grossesse et l'allaitement, les premiers aliments et boissons devraient être ceux qui sont habituellement consommés par la mère. Si les parents proposent un nouveau goût ou une nouvelle saveur, ils doivent s'attendre à une certaine résistance; les bébés peuvent avoir besoin de goûter ces nouveaux aliments à plusieurs reprises avant de commencer à les aimer. En ce sens, offrir des aliments complémentaires industriels représente un problème: les bébés devront passer par une double

transition, d'abord du lait (idéalement du lait maternel) aux aliments industriels pour bébés (arômes et saveurs qu'ils n'ont jamais essayés avant), puis, tôt ou tard, des aliments industriels pour bébés aux plats familiaux (parce qu'ils ont peu de "chance" de continuer à consommer des aliments industriels toute leur vie). Pourquoi les parents devraient passer par les troubles de deux transitions s'ils peuvent les éviter toutes les deux? En outre, les aliments industriels pour bébés ont toujours et partout les mêmes saveurs, goût et consistance (annulant ainsi la richesse de la cuisine locale), ils ne sont pas plus sûrs que les aliments familiaux sains et sécuritaires, peuvent contenir des produits chimiques, des mycotoxines, des métaux lourds, ne sont jamais à la hauteur de ce qu'ils prétendent, et contiennent souvent des ingrédients de faible qualité (en particulier les graisses). Enfin, ils sont coûteux et éthiquement et écologiquement néfastes.

Nous apprenons en faisant. Les nourrissons imitent leurs parents et aiment manger et boire ce que leurs parents mangent et boivent. En outre, ils acquièrent les capacités nécessaires pour manger et boire en s'alimentant eux-mêmes. En permettant aux bébés d'atteindre leur nourriture, de l'attraper, de la mettre à la bouche, de la mâcher et de l'avaler en toute sécurité, les parents les aident à apprendre rapidement toutes les capacités qui leur sont nécessaires. D'où la préférence pour des aliments complémentaires que les bébés peuvent saisir eux-mêmes, aliments que l'on appelle des "finger-food" par opposition aux produits alimentaires liquides ou semi-solides qui doivent être donnés par les parents avec une cuillère. Tenir une cuillère ou une fourchette, la remplir avec de la nourriture et la mettre en toute sécurité en bouche est une capacité psychomotrice complexe que les nourrissons apprendront plus tard, quand leur besoin en nutriments augmentera. Inutile de dire que le fait de proposer des aliments à saisir avec la main doit se faire de façon sécuritaire. Les aliments doivent être choisis avec soin sur la base du développement psychomoteur observé, ils doivent être de taille suffisante, et un adulte doit être présent tout le temps pour aider le bébé. En ce qui concerne les quantités de nourriture, pourquoi un bébé qui jusqu'à six mois a été considéré comme capable d'autoréguler la quantité de lait maternel dont il ou elle a besoin devrait perdre cette capacité quand d'autres aliments et boissons sont ajoutés à son alimentation? Les bébés savent quand ils ont faim, et arrêtent de manger lorsque leur sentiment de satiété bien développé leur dit qu'ils ont terminé. Qu'ils décident eux-mêmes de la quantité de nourriture et de boisson dont ils ont besoin; il ne faut pas les forcer.

>

LL

LES BÉBÉS SAVENT QUAND ILS ONT FAIM,
ET ARRÈTENT DE MANGER LORSQUE LEUR
SENTIMENT DE SATIÉTÉ BIEN DÉVELOPPÉ LEUR
DIT QU'ILS ONT TERMINÉ.

77



DOSSIER

Par DR ADRIANO CATTANEO, ÉPIDÉMIOLOGISTE RETRAITÉ, ANCIEN RESPONSABLE DE L'UNITÉ DE RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET DE SANTÉ INTERNATIONALE - CENTRE DE SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE, COLLABORATEUR DE L'OMS À L'INSTITUT POUR LA SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE - IRCCS BURLOGAROFOLLO - TRIESTE (ITALIE)

Y a-t-il des aliments qui doivent être bannis ? Le lait (de préférence du lait maternel, sinon une préparation commerciale pour nourrissons) reste la principale source de nourriture pour de nombreux mois. Le lait de vache ou d'autres mammifères est inapproprié en tant que nourriture principale jusqu'à environ 12 mois ; son utilisation doit être limitée, par exemple comme ingrédient dans les recettes familiales habituelles. Après 12 mois, le lait entier peut être proposé librement dans le cadre d'un régime familial sain et varié, si l'enfant aime. L'utilisation de sel et de sucre devrait également être limitée, mais cette recommandation d'alimentation saine est valable pour toute la famille, pas uniquement pour les nourrissons et les jeunes enfants. Le miel non pasteurisé devrait être évité dans la première année de vie pour le risque rare mais grave de botulisme infantile. Thé et boissons sucrées devraient également être évités, ils ne fournissent pas d'éléments nutritifs, contiennent du sucre en excès, et peuvent lier le fer ; l'eau est la boisson idéale. Les suppléments de micronutriments (fer, zinc, vitamines A, D, B6, B12) sont certainement nécessaires chez les nourrissons et les populations défavorisées, mais pas au sein des communautés ayant un faible taux de malnutrition, sauf si une carence est identifiée.

→ MANGER, UN ACTE RELATIONNEL

Nourrir un bébé et un jeune enfant fait partie de la physiologie et de la biologie. Mais comme pour les adultes, l'alimentation doit être considérée comme une part importante des relations humaines. L'attention aux éléments nutritifs et à la croissance est importante, mais les parents ne doivent pas oublier la nécessité d'une atmosphère détendue et agréable, ils devraient faire des repas une occasion d'interaction sociale et de développement cognitif, ils devraient répondre aux signaux de faim qu'ils reçoivent de leurs enfants avec des encouragements doux et sans confrontation. Les repas devraient toujours se dérouler aux moments et dans les lieux habituels de la famille, sans distraction (par exemple, éteindre la télévision). En d'autres termes, parents et enfants devraient profiter des repas et être heureux. Rappelez-vous que les bébés sont des sujets, et non des objets, laissons-les choisir.

→ LE RÔLE DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

L'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire existaient et ont évolué bien avant que les professionnels de santé commencent à réfléchir à leur sujet. L'évolution a rendu ces processus très robustes. La priorité n° 1 pour les professionnels de santé est d'éviter de les déranger et les modifier, et de les laisser se dérouler le plus naturellement possible. Pour cela, les professionnels de santé ne doivent pas oublier la physiologie, ou devraient la réapprendre s'ils l'ont oubliée. Leur rôle est d'être des facilitateurs et d'offrir du soutien, en responsabilisant les parents, plutôt que de les remplacer ou agir d'une manière prescriptive ou paternaliste. Ils devraient offrir aux parents une information complète et fondée sur des preuves libres de tout intérêt commercial, de sorte que les parents puissent prendre leurs propres décisions éclairées.

Ensuite, ils doivent aider les parents à mettre ces décisions en pratique. Si quelques conseils sur les bases d'une alimentation saine sont nécessaires, ils devraient concerner toute la famille, parce que les nourrissons et les jeunes enfants se nourriront correctement si toute la famille le fait aussi. Les professionnels devraient également se rappeler que l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant concerne non seulement la nutrition et la santé, mais qu'il s'agit aussi d'une activité sociale, culturelle et économique. Ils devraient donc prendre en compte le contexte local et les circonstances sociales qui peuvent avoir une incidence importante sur la mise en pratique de tous les conseils et recommandations de santé publique. En un mot, les professionnels de santé devraient essayer de démédicaliser la nutrition du nourrisson et du jeune enfant. ■

BIBLIOGRAPHIE

1. Sellen DW. Lactation, complementary feeding and human life history. In: The Evolution of Human Life History. Paine RL and Hawkes K, eds., School of American Research Press, Santa Fe, NM, pp. 155-197, 2006
2. Parseval GD, Lallemand S. Cent'anni di puericultura. Milano: Emme, 1980
3. Spock B. The Common Sense Book of Baby and Child Care. New York: Duell, Sloan, and Pearce, 1946
4. Fomon SJ. Infant feeding in the 20th century: formula and beikost. J Nutr 2001; 131: 409S-420S
5. The prevalence and duration of breast-feeding: A critical review of available information. Division of Family Health World Health Organization. World Health Stat Q 1982; 35: 92 – 116.
6. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: the special role of maternity services. A joint WHO/UNICEF statement. WHO, Geneva, 1989
7. Rowland MGM. The weanling's dilemma: are we making progress? Acta Paediatr Scand 1986; s323: 33-42
8. McDade TW, Worthman CM. The weanling's dilemma reconsidered: a bi-cultural analysis of breastfeeding ecology. J Dev Behav Pediatr 1998; 19: 286-99
9. Butte NF, Lopez-Alarcon MG, Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. WHO, Geneva, 2002
10. Kramer MS, Kakuma R. The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review. WHO, Geneva, 2002
11. World Health Assembly. Global strategy for infant and young child feeding. WHO, Geneva, 2002
12. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 8. Art. No.: CD003517. DOI : 10.1002/14651858.CD003517.pub2
13. Nielsen SB, Reilly JJ, Fewtrell MS et al. Adequacy of milk intake during exclusive breastfeeding: a longitudinal study. Pediatrics 2011; 128; e907
14. Wells JC, Jonsdottir OH, Hibberd PL et al. Randomized controlled trial of 4 compared with 6 months of exclusive breastfeeding in Iceland: differences in breast-milk intake by stable-isotope probe. Am J Clin Nutr 2012; 96: 73 – 9
15. Fewtrell MS, Morgan JB, Duggan C et al. Optimal duration of exclusive breastfeeding: what is the evidence to support current recommendations? Am J Clin Nutr 2007; 85: 635S-638S
16. Lanigan JA, Bishop J, Kimber AC, Morgan J. Systematic review concerning the age of introduction of complementary foods to the healthy full-term infant. Eur J Clin Nutr 2001; 55: 309 – 20
17. ESPGHAN Committee on Nutrition. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008; 46: 99-110
18. ESPGHAN Committee on Nutrition. Breastfeeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2009; 49: 112-25
19. EFSA Panel on Dietetic Products Nutrition and Allergies. Scientific opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants. The EFSA Journal 2009; 7:1-38



LAIT MATERNEL, LAIT ARTIFICIEL À QUEL SEIN SE VOUER ?

PRATIQUE ET TRAVAIL SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL EN PHARMACIE

→ La pharmacie est une profession médicale et commerciale, une plaque tournante où le public s'adresse pour poser des questions qui touchent à la santé, l'hygiène, la diététique. L'ensemble des pharmacies constitue un réseau couvrant l'ensemble du territoire national, disponible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. À toute heure, des questions peuvent être posées par les parents d'un nouveau-né : il leur suffit de passer la porte de leur pharmacie la plus proche. Une réponse leur sera toujours donnée.

La pharmacie rencontre les femmes qui vont donner la vie. Une femme enceinte consulte plus fréquemment. Le pharmacien constate des prescriptions de suppléments en fer, en acide folique notamment. Plus rarement pour les nausées, encore plus rarement pour d'autres complications que les sages-femmes, et les obstétriciens connaissent très bien.

Rappelons que l'allaitement maternel est la meilleure des préventions. Pour la santé du nouveau-né, où les recommandations internationales sont fortes et crédibles, et pour la santé de la mère, où les recommandations internationales sont crédibles et modérées. La recommandation OMS est 6 mois d'allaitement exclusif et 24 mois d'allaitement après l'introduction des solides aux environs des 6 mois de l'enfant.

En ce qui concerne l'allaitement maternel, les professionnels de santé, dont les pharmaciens, ont une formation initiale d'une ou deux heures pendant lesquelles l'enseignement se concentre sur les similitudes entre le lait maternel et les préparations pour nourrissons. Le constat est qu'un pharmacien ne sait presque rien de l'allaitement à la remise de son doctorat.

LL
**LA RECOMMANDATION OMS EST 6 MOIS
D'ALLAITEMENT EXCLUSIF ET 24 MOIS
D'ALLAITEMENT APRÈS L'INTRODUCTION DES
SOLIDES AUX ENVIRONS DES 6 MOIS DE L'ENFANT.**

77

→ **LA PREMIÈRE PRATIQUE EST DE SE FORMER À L'ALLAITEMENT**

Comprendre les mécanismes physiologiques, psychologiques et sociologiques qui incitent les jeunes mères à l'allaitement. C'est un processus dynamique qui évolue dans le temps et implique deux organismes vivants. Les généralités, les certitudes ne sont pas de mise. Chaque allaitement est un cas particulier qui demande une réponse adaptée. Tout dépend de la qualité de l'information fournie aux futurs parents, de la motivation de la mère et du bébé, de son environnement familial, de son environnement médical et socioculturel. Il dépend du travail fait dans la maternité le plus souvent, puis du suivi des sages-femmes en postnatal.

Il dépend aussi bien du travail réalisé en pharmacie. Tous ces éléments demandent du temps et un suivi pendant le long processus de croissance du nourrisson. S'assurer que les messages ont été compris, mis en œuvre, est une démarche nouvelle dans la profession pharmaceutique : l'éducation thérapeutique des patients.

Dans notre pharmacie, nous avons consacré plus de 200 heures en formation pour l'ensemble des pharmaciens diplômés depuis 2014, en diversifiant le plus possible les sources : JNA, JRA, JIA, formation la Leche League⁽¹⁾, Breastfeeding Medicine Academy⁽²⁾, participations régulières à la SMAM (Semaine mondiale de l'allaitement). Toutes ces sources de formation sont indépendantes de l'industrie des substituts du lait maternel. D'autres formations comme le DIULHAM⁽³⁾, les réseaux de santé périnatalité – par exemple le réseau Ombrell – sont également accessibles, ainsi que l'IPA et le CREFAM⁽⁴⁾.

→ **POUR INFORMER LES MÈRES, FAVORISER UN ALLAITEMENT ÉPANOISSANT**

Les pharmacies ont l'habitude de relayer les messages de santé publique. Elles ont toute leur place pour informer des recommandations OMS pour la diététique du nourrisson. Deux ans d'allaitement maternel, dont six mois exclusifs avant la diversification. Si ce message arrive trop tardivement, si par exemple le bébé est déjà alimenté au biberon avec une préparation pour nourrisson, ce message devient inutile, culpabilisant pour la mère.



DOSSIER

Par **FRÉDÉRIC ROUSSEL**, DOCTEUR EN PHARMACIE, MEMBRE DE LA LECHE LEAGUE,
MEMBRE RSPP (RÉSEAU DE SANTÉ PÉRINATAL PARISIEN), PAPA'LLAITANT

C'est la raison de :

1 Faire passer ce message avant l'accouchement par une question ouverte : « *Qu'avez-vous choisi pour l'alimentation de votre bébé à venir ?* » et, en fonction des réponses faites par les parents, apporter une information claire, à jour. Cette information en elle-même n'est pas suffisante. C'est la première marche du chemin menant à un allaitement épanouissant pour la mère. Les questions qui se posent sont d'ordre pratique.

2 Que faire pour nourrir mon nouveau-né ?

Que faire si bébé ne tète pas efficacement pendant la première heure après l'accouchement. Nous savons tous qu'une mère n'ayant pas donné le sein voit ses chances d'allaiter à la demande diminuer d'heure en heure. Notre pratique en la matière est d'expliquer l'expression manuelle du lait maternel à toutes les mères, ainsi que le préconise le Pr Jane Morton, pédiatre⁽⁵⁾.

3 Rassurer les parents avant l'accouchement.

Souvent, l'accouchement est perçu comme une épreuve. Suivi pendant la grossesse, entretien précoce prénatal, choix du mode d'accouchement, du lieu, et cours de préparation à l'accouchement. Notre pratique est de rassurer les parents en leur expliquant que leurs choix sont les bons – quels que soient leurs choix – que le dispositif prévu est le plus sûr, qu'ils vont revenir avec une expérience de vie, que les pères ont un rôle important dans l'allaitement maternel, en les informant du groupe des Papa'llaitants⁽⁶⁾, Allaitement Maternel 2.0⁽⁷⁾ et le site de la Leche League⁽⁸⁾. Nous les informons aussi sur les questions administratives – CAF et CPAM.

4 En ce qui concerne notre pratique, nous évitons de vendre des articles d'hygiène, des biberons, des tétines pour minimiser le risque de confusion sein/tétine. Pour la plupart d'entre eux, ils sont inutiles avant le retour au domicile. Nous les rassurons également en les informant du dispositif prévu en ville : sages-femmes, pédiatres, conseillères en allaitement IBCLC, ostéopathes, dispositif PRADO (PRogramme d'Accompagnement du retour à Domicile). Nous leur communiquons l'ensemble des professionnels de santé agissant dans un sens positif pour l'allaitement maternel.

Enfin, **nous informons aussi sur les numéros de SOS Allaitement et du Lactarium**. En ce qui concerne le Lactarium, l'idée sous-entendue est que la cliente aura peut-être plus de lait que nécessaire. C'est une façon astucieuse de déminer le terrain du « *Mais vous n'avez peut-être pas assez de lait !* ». Vous avez certainement constaté les dégâts que peut faire cette insinuation. Cela entraîne le plus souvent des compléments, dont l'utilisation met en péril la lactation maternelle.

Parler de votre lactarium régional, c'est aussi augmenter les chances de vie de grands prématurés⁽⁹⁾.

5 Conformément à la charte de l'IBFAN⁽¹⁰⁾, la pharmacie amie de l'allaitement, en relais des hôpitaux amis des bébés, s'abstient de toute promotion pour les substi-

tuts du lait maternel. À l'image des parents, les pharmacies impliquées ont à faire le choix de l'allaitement maternel.

6 Nous affichons des images de nourrissons au sein. Ce sont des images d'allaitement maternel. L'allaitement maternel est la norme chez les mammifères. L'espèce humaine en fait partie. Le travail du pharmacien reprend le plus souvent après le 3^e jour du bébé, ce qui correspond au séjour en maternité de la mère et du nourrisson.

→ RASSURER LES PARENTS APRÈS L'ACCOUCHEMENT

À la sortie de maternité, les parents viennent chercher le nécessaire pour leur famille nouvellement élargie. Ce dont la mère a besoin pour se soigner, ce dont les parents auront besoin pour soigner bébé. Tout y passe : les mamelons souvent crevassés, le bébé à changer, tétines, biberons, lait artificiel au cas où, vitamine K, vitamine D, produits pour le soin du cordon, compresses, parfois couches. Des heures à rassembler toute la liste des courses.

C'est aussi une façon de se rassurer, que tout est fait pour que la paix règne dans le foyer, une fièvre acheteuse quasi pathologique attisée par les "boîtes roses", le couponnage et le harcèlement marketing.

Une pharmacie "Amie des bébés" cherche à accompagner cette nouvelle famille. Rassurer les parents sur l'essentiel, bébé est en bonne santé, la maman aussi. C'est le moment de remettre la brochure de l'INPES *Le guide de l'allaitement maternel – brochure*⁽¹¹⁾, la revue *Hot Milk Magazine*⁽¹²⁾, de parler peau à peau, portage physiologique.

Notre pratique d'un discours positif de soutien est encouragée par les mères qui en bénéficient. C'est ainsi que les sages-femmes de notre secteur géographique recommandent à leurs patientes de faire appel aux services de notre pharmacie.

Une mère nous a contactés téléphoniquement ces dernières semaines, originaire de l'Est de la France, suite à la recommandation d'une de ses amies. Nous abordons très souvent les questions touchant à l'iatrogénie médicamenteuse et l'allaitement.



**FAIRE PASSER CE MESSAGE AVANT
L'ACCOUCHEMENT PAR UNE QUESTION OUVERTE
« QU'AVEZ-VOUS CHOISI POUR L'ALIMENTATION
DE VOTRE BÉBÉ À VENIR ? » ET APPORTER UNE
INFORMATION CLAIRE, À JOUR.**





Le plus souvent nous allons rassurer les mères qui ont besoin d'un médicament. Le corps médical, les pharmaciens – nous l'avons vu plus haut – insuffisamment formés à l'allaitement maternel, prescrivent trop souvent à tort l'arrêt de l'allaitement, suite à la lecture du *Vidal®* ou encore à lecture de la notice du médicament.

Ces sources documentaires sont biaisées par le "principe de précaution". Pour qu'une notice prévoie une compatibilité avec l'allaitement maternel, le fabricant doit mener des études dans le but de prouver de façon positive l'innocuité du médicament pour le nourrisson.

Deux facteurs s'opposent à ces études :

- ① **Le premier est d'ordre économique.** Une étude très coûteuse qui se chiffre en millions d'euros, l'étude ne sera pas rentable, elle ne sera donc pas menée, donc pas de preuve positive, *in fine* pas de compatibilité prouvée avec l'allaitement maternel.
- ② **Le second est lié au faible taux d'allaitement constaté en France**, non pas en sortie de maternité, mais à 1 mois. Les populations concernées sont très faibles, le retour d'expérience est aussi par conséquent très faible, les études des industries pharmaceutiques ont encore moins de chance d'être rentables.

Comme aucun médicament n'est réputé compatible avec l'allaitement maternel dans les documents usuels, il est urgent d'informer les pharmaciens, les médecins :

- qu'il existe deux bases de données : lecrat.fr ⁽¹³⁾ et e-lactancia.org ⁽¹⁴⁾,
- qu'ils peuvent les inclure dans leurs "favoris". Ces bases sont renseignées pour l'usage de ces médicaments et leur éventuelle toxicité pour les nourrissons allaités. C'est un système dit de preuves négatives : il n'a pas été constaté de soucis avec l'utilisation du médicament, il est donc possible de l'utiliser sans trop de crainte.

lecrat.fr est une base française documentée par l'Hôpital Armand Trousseau qui répond en fonction des dénominations communes internationales, des noms de marque, des pathologies, et aussi par classe thérapeutique. Cette base permet de trouver des alternatives thérapeutiques en cas d'impossibilité. Elle est également documentée pour la grossesse.

e-lactancia.org est une base de données espagnole de qualité qui est bilingue espagnol/anglais. Les molécules répertoriées sont plus nombreuses que dans lecrat.org. Les médicaments sont annotés avec quatre catégories de risque, très faible (vert), faible (jaune), élevé (orange), très élevé (rouge).

En jargon de pharmacien un CAS CLINIQUE est un cas de comptoir :

— « Mon ophtalmologiste m'a prescrit un arrêt d'allaitement de 48 heures pour une prescription Skiacol®, et ma pharmacienne m'a déconseillé d'allaiter avec ce médicament. Que dois-je faire ? »

Notre réponse :

— « L'indication est en vue d'une mydriase avant une mesure de réfraction de l'œil. En action locale, le risque systémique est amoindri. En effet ce médicament agit au niveau de la cornée. »

LeCrat n'est pas documenté. Le principe actif est le Cyclopentolate. **E-lactancia** nous donne un risque modéré, amoindri par l'utilisation d'un mouchoir appliqué sur le cul-de-sac conjonctival 2 minutes après l'instillation.

En conclusion, un arrêt temporaire d'allaitement prescrit et conseillé à tort. Il suffisait de vérifier auprès de sources fiables et reconnues, et de donner un message de prévention.

→ RASSURER LES PARENTS QUI ONT UNE PRESCRIPTION DE TIRE-LAIT

Notre conseil est de dire aux parents d'attendre la fin du premier mois de l'allaitement avant d'utiliser cet outil.

Il s'avère toutefois que les sages-femmes, les maternités, ou des pédiatres prescrivent la location d'un tire-lait pour stimuler la lactation, ou bien pour soulager un engorgement, plus rarement pour une mastite. C'est également dans le cas où le nourrisson est né prématuré. L'idée dans ces cas sera une résolution du problème et une utilisation ponctuelle en vue de sa résolution. L'objectif est de remettre bébé au sein le plus rapidement possible. Sauf exception, avant la fin du premier mois de vie, notre conseil est d'utiliser ce dispositif médical dans le cadre de la prescription. Ce ne sera qu'à la reprise du travail de la mère, à partir du 3^e mois du nourrisson, que cet outil pourra être utilisé entre 2 et 3 fois par jour sur le lieu de travail.

Quand nous louons un tire-lait, nous remettons des supports d'information sur la conservation du lait maternel, sur les méthodes de conservation du lait, et mettons en garde par rapport à une activité exceptionnelle de la lipase qui peut rendre le lait maternel conservé impropre à la consommation. Il suffira à la cliente de faire un test et de nous contacter si elle constate une activité importante de cette enzyme. Nous déconseillons de façon catégorique l'utilisation du four micro-ondes pour le chauffage du lait maternel, ainsi que sa décongélation, le cas s'étant produit dans notre clientèle.

Nous informons chaque mère de l'importance de la taille des téterelles. Tous les êtres humains ne chaussent pas la pointure 42 ! La taille des mamelons est variable, si la téterelle

>

L

LE CORPS MÉDICAL, LES PHARMA CIENS...
INSUFFISAMMENT FORMÉS À L'ALLAITEMENT
MATERNEL, PRESCRIVENT TROP SOUVENT À
TORT L'ARRÊT DE L'ALLAITEMENT, SUITE À LA
LECTURE DU VIDAL®...

77



DOSSIER

Par **FRÉDÉRIC ROUSSEL**, DOCTEUR EN PHARMACIE, MEMBRE DE LA LECHE LEAGUE,
MEMBRE RSPP (RÉSEAU DE SANTÉ PÉRINATAL PARISIEN), PAPA'LLAITANT

est trop grande, une partie de l'aréole deviendra douloureuse. Si la taille est trop petite, la mère risque des congestions des canaux non drainés, cela rend le tire-lait inefficace. Une réglette avec des gabarits de mamelons est remise à chaque location. Pour les clientes qui ont des difficultés à estimer leur taille de mamelons, nous proposons un essayage qui leur évite des achats inutiles et nous assure que le tire-lait sera efficace et confortable pour l'utilisatrice.

Nous parlons également de l'allaitement aux signes précoce d'éveil du nourrisson et d'allaitement à la demande. L'allaitement à la demande est rassurant pour le bébé, et donne confiance à la mère qui se rend compte de mieux en mieux quel est le besoin de son bébé. C'est ainsi que chaque mère devient la meilleure experte en allaitement maternel!

Pour une location pendant les premières semaines, nous proposons un tire-lait type maternité. Pour un allaitement installé, nous proposons des tire-lait compacts fournis avec une glacièrre permettant une conservation du lait maternel plus aisée à la reprise du travail.

Nous évoquons la possibilité de poursuivre l'allaitement maternel à la reprise du travail. La proposition est de prendre un rendez-vous un mois environ avant la reprise du travail.

→ RASSURER LES PARENTS À LA REPRISE DU TRAVAIL

C'était le thème de la SMAM 2015: « *Concilier allaitement maternel et reprise du travail* »⁽¹⁵⁾. La CoFAM a édité une brochure téléchargeable qui est un condensé de tous les guides validés scientifiquement pour la reprise du travail. Avec la cliente, nous établissons, en fonction de ses choix et de son environnement, un schéma sur l'organisation dans laquelle travaille la mère, et comment l'enfant sera gardé. Au vu de ces éléments et de l'âge du nourrisson, nous établissons ensemble les grandes lignes de l'organisation au quotidien.

Les lignes seront différentes en fonction de l'âge du nourrisson, de la capacité de stockage de la mère, de son environnement professionnel et du mode de garde de l'enfant. Nous insistons particulièrement sur la nécessité pour la mère de rassurer les assistantes maternelles qui ne sont pas toujours familiarisées aux bébés allaités. Certaines mères tiennent à tout prix à donner à leur bébé le lait maternel au biberon avant la reprise du travail. Il arrive que ceux-ci le refusent, car ils ne comprennent pas l'intérêt du biberon puisqu'ils se servent directement au sein, plus rassurant et familier. Alors que le nourrisson en crèche ou avec l'assistante maternelle s'adaptera.

Suivant les cas, les mères tirent 1, 2 ou 3 fois par jour leur lait au travail. Le premier objectif est de maintenir une lactation compatible avec les besoins du bébé. C'est aussi pour les mères un moyen de trouver du confort pendant les heures d'absence du bébé qui ne tète pas. C'est également une prévention d'engorgements tardifs.

→ PARTICIPER, FAVORISER, ANIMER LES ÉCHANGES ENTRE LES SAGES-FEMMES, LES CONSEILLÈRES EN LACTATION IBCLC ET NOS CONFRÈRES

Le partage des connaissances devient une priorité, pour une meilleure compréhension des enjeux de l'allaitement maternel, c'est la raison de cet article.

Il en dépend de notre crédibilité à tous: pharmaciens, sages-femmes, conseillères en allaitement IBCLC, médecins, pédiatres, soignants hospitaliers. Nous avons besoin d'harmoniser nos discours basés sur les récents développements de l'actualité scientifique dans le domaine de l'allaitement maternel. C'est à ce prix que l'allaitement maternel progressera en France.

Ainsi, nous avons participé au congrès de la Breastfeeding Medicine Academy, à la Journée Internationale de l'Allaitement, aux JNA (Journées nationales de l'allaitement), au JRA (Journées régionales de l'allaitement), à venir la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel 2016: « *Allaitement maternel, une clé pour le développement durable* » (cf. rubrique Actualité, page 37).

Au plaisir de vous y rencontrer.

BIBLIOGRAPHIE

1. La Leche League formation Am-F <http://www.allaitement-maternel-formation.com/>
2. Breastfeeding Medicine Academy <http://www.bfmed.org/Meeting/ConfDetails.aspx>
3. DIULHAM: http://www.diuallaitemtmaternal.sitew.fr/#DIULHAM_, A
4. CREFAM: <http://www.crefam.com/>
5. Dr Jane A. Morton, MD Professor, Department of Pediatrics Stanford University.
Expression manuelle du lait maternel. <https://www.youtube.com/watch?v=D75fONlhICY>
6. Les Papa'llaitants: <https://www.facebook.com/papallaitantsbreastfeedingdads/>
7. Allaitement maternel 2.0 <https://www.facebook.com/pharmacie.marceau/>
8. La Leche League: <http://www.lllfrance.org/>
9. IBFAN: <http://www.ibfan.org/>
10. Lactarium de France <http://sdp.perinat-france.org/ADLF/index.php>
11. INPES: http://inpse.santepubliquefrance.fr/30000/pdf/0910_allaitement/Guide_allaitement_web.pdf
12. Hot Milk Magazine <http://www.hotmilkmagazine.com/>
13. Le Crat: <http://lecrat.fr/>
14. e-lactancia: <http://www.e-lactancia.org/>
15. CoFAM http://www.coordination-allaitement.org/images/informer/cofam_pdf_comparatif_de_brochures_allaitement_et_travail_27_nov_2014.pdf



LE SOMMEIL DE LA FEMME ENCEINTE

INTRODUCTION

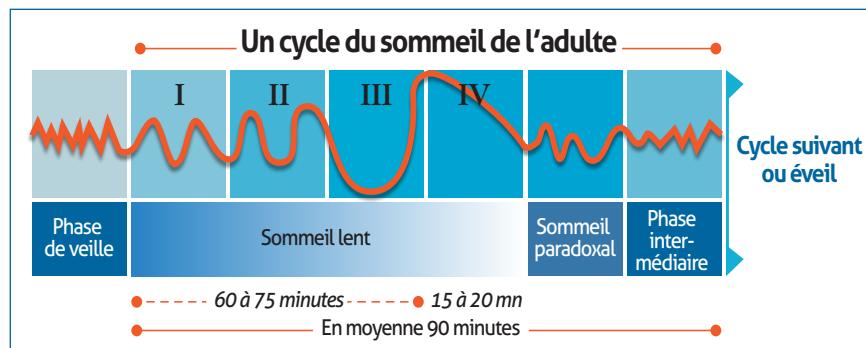
Le sommeil est une fonction complexe mais indispensable au bien-être de chacun. Le ressenti quant à la qualité de ce sommeil est subjectif et propre à chaque individu. Cependant, les plaintes des femmes concernant des troubles du sommeil sont fréquentes pendant la grossesse. En effet, entre 70 % et plus de 90 % des femmes selon les études évoquent avoir des troubles du sommeil.

Ces troubles sont liés aux modifications hormonales, morphologiques et parfois psychologiques induites par la grossesse. Ils sont plus fréquents et invalidants au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse. Ils disparaissent généralement quelques semaines après l'accouchement.

DÉFINITIONS

Le sommeil se répartit chez l'adulte en une seule période qui dure en moyenne 6 à 8 heures. Cette période est composée de 4 à 6 cycles d'environ 90 minutes chacun. Chaque cycle est divisé en plusieurs phases :

■ **Phase de veille.** État de somnolence où le besoin de sommeil est marqué, des signes d'endormissement



apparaissent comme le bâillement, le picotement des yeux, l'inattention à l'environnement.

■ **Sommeil lent.** Il est lui-même divisé en 4 stades, du sommeil lent léger au sommeil lent profond. Plus l'individu évolue vers le stade 4, plus il est difficile à réveiller. L'activité musculaire du sujet diminue jusqu'à disparaître dans le stade 4. La respiration passe d'instable en stade 1 à régulière dans les autres stades. Le sommeil lent profond est abondant en début de nuit pour diminuer et disparaître au cours du ou des dernier(s) cycle(s).

■ **Sommeil paradoxal.** Sommeil de rêves. Les séquences sont plus longues en fin de nuit. Il termine le cycle de sommeil.

LA GROSSESSE

Au 1^{er} trimestre

- Augmentation du temps de sommeil nocturne, attribué à l'effet sédatif de la progestérone, environ 9 heures/24 heures.
- Somnolence diurne fréquente.
- Efficacité du sommeil diminuée.

Au 2^e trimestre

- Période d'accoutumance.
- Sommeil de meilleure qualité en général, environ 8 heures/24 heures.

Au 3^e trimestre

- Changement du sommeil dans sa composition, diminution des phases de sommeil lent profond donc du sommeil réparateur de la fatigue physique et du sommeil paradoxal, réparateur de la fatigue psychique.



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



- Diminution des heures de sommeil, < 8 heures/24 heures.
- Fréquence accrue des troubles du sommeil.

CAUSES

■ Modifications hormonales

- Augmentation du niveau d'œstrogènes = facilitation de l'œdème de la muqueuse nasopharyngienne.
- Augmentation du taux de prolactine = fragmentation du sommeil, réveils nocturnes plus fréquents.

■ Modifications respiratoires

- Ascension du diaphragme liée au volume fœtal, qui peut conduire au syndrome d'apnée obstructive du sommeil.
- Réduction de taille des voies aériennes supérieures au 3^e trimestre.
- Modifications aggravées si gain de poids important.

■ Modifications physiques

Prise de poids excessive = augmentation significative des ronflements, des réveils nocturnes, d'une somnolence excessive, des sensations anormales dans les jambes.

TYPES DE TROUBLES

■ **Insomnie.** Difficulté à initier le sommeil et à le maintenir, avec des réveils précoces et/ou un sommeil de mauvaise qualité, prévalence de 50 % à plus de 80 % selon les études. Les causes sont multiples, les levers réguliers pour uriner, les reflux gastro-œsophagiens qui peuvent réveiller, la difficulté de trouver une position de sommeil confortable, les douleurs lombaires, l'anxiété avec la perspective de l'accouchement...

■ **Syndrome des jambes sans repos (SJSR).** Maladie neurologique, sensorielle et motrice qui affecte le sommeil. Il se caractérise par un besoin irrépressible de bouger les jambes, avec une aggravation au repos et la nuit et un soulagement des troubles par le mouvement. Ce syndrome n'est pas bien connu et est souvent attribué à une insuffisance veineuse. Prévalence variable selon les études de 11,3 % à 26,6 %. L'amélioration est rapide après l'accouchement, ce qui donne une part importante à l'influence hormonale, notamment au taux plus

élevé d'œstrogènes. Ce syndrome est bénin et transitoire.

■ Syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS).

Caractérisé par des apnées périodiques au cours du sommeil. L'incidence est peu connue chez la femme enceinte, mais elle reste rare. Parmi les facteurs de risque, on retrouve la surcharge pondérale, l'œdème du nasopharynx, les ronflements importants, l'hypertension artérielle et les antécédents de retard de croissance intra-utérin. Les complications les plus fréquentes de ce syndrome sont l'hypertension gravidique, la prééclampsie et le retard de croissance intra-utérin. La ventilation en pression positive continue est le traitement de choix.

PRISE EN CHARGE - TRAITEMENT

Il faut pouvoir évoquer le sommeil avec une femme enceinte pour l'informer sur les changements qui s'opèrent pendant la grossesse, pour la conseiller et l'orienter en cas de troubles. Il est primordial d'identifier les causes des troubles pour mieux les prendre en charge.

■ Les règles hygiéno-diététiques

- Avoir une bonne literie, une température adaptée dans la chambre, maximum 20 °C, dormir en position latérale.
- Éviter les substances stimulant la vigilance en fin de soirée (caféine, alcool, tabac).
- Privilégier un dîner léger, ajuster les apports hydriques pour diminuer la nycturie.
- Pratiquer une activité physique modérée et régulière dans l'après-midi (marche, piscine).
- Éviter les conflits avant le coucher, éviter de regarder la télévision au lit.
- Se coucher dès l'apparition des premiers signes (bâillement, picotement des yeux...).
- Privilégier des activités de détente en soirée comme la relaxation, le yoga, des massages, des étirements...

■ Traitements

Ils seront adaptés en fonction de la cause des troubles:

- Homéopathie.
- Phytothérapie, tisanes à base de camomille pour diminuer l'anxiété.
- Acupuncture, ostéopathie, kinésithérapie.

- Médicamenteux: les apparentés aux benzodiazépines (mais attention au syndrome de sevrage), les antihistaminiques. Il faut peser la balance bénéfice/risque, privilégier des traitements à court terme et prévenir l'automédication pendant la grossesse.

■ Orientation

- Demander l'avis à un médecin si les troubles sont importants et que les conseils n'ont pas suffi.
- En fonction de l'étiologie, orienter vers d'autres professionnels (psychologue, psychiatre, conseillère conjugale, assistante sociale).

CONCLUSION

Les troubles du sommeil, bien que fréquents pendant la grossesse, sont le plus souvent transitoires. L'accompagnement et l'écoute des femmes sont essentiels pour pouvoir au mieux les prendre en charge. Il n'existe pas de traitement type, celui-ci doit être adapté à chaque femme et à chaque type de trouble. La prescription de médicaments est possible mais ne doit pas être réalisée en première intention. Une attention particulière doit être portée sur le sommeil pendant la grossesse car certaines études montrent un lien entre les troubles du sommeil et la dépression, que ce soit pendant la grossesse ou dans le post-partum. ■

BIBLIOGRAPHIE

- BEAU G. *Les troubles du sommeil au troisième trimestre de la grossesse*. Mémoire Sage-femme, Université Paris Descartes, 2013, 79 p.
- NEAU J-P, PAQUEREAU J., MEURICE, J-C. *Sommeil et grossesse*. Médecine du sommeil, 2009, 6 (4): 119-25.
- PAQUEREAU J., *Physiologie du sommeil normal*. La revue du praticien, 2007, 57 (14): 1529-41.
- PIEN GW, SCHWAB RJ., *Sleep disorders during pregnancy*. Sleep, 2004, 27 (7): 1405-17.

NOUVEAUTE EN POST PARTUM
TRAITEMENTS PAR CHAMPS ELECTROMAGNETIQUES PULSES

**1
ANTI
INFLAMMATOIRE**

**2
CICATRISATION**

**3
RELAXATION**

**4
HÉMATOME**

**5
DOULEUR**

**6
ŒDEME**

YSY CEMP



Les signaux électro-magnétiques pulsés engendrent au niveau de la membrane cellulaire une accélération des échanges ioniques en rétablissant le potentiel électrique membranaire perturbé.

Traitements rapides (20 minutes), simples et efficaces.

Traitements mains libres réalisés tout habillé et protocoles exclusifs.

1 journée de formation offerte lors de l'achat.

Congrès RA2M Marseille du 8 au 10 septembre 2016

Salon Réeduca Paris Porte de Versailles du 16 au 18 septembre 2016 - Stand C48

Congrès Infogyn Pau du 6 au 8 octobre 2016 - Stand 66

Depuis bientôt 20 ans, YSY Médical accompagne les professionnels de santé et développe des solutions fiables et innovantes.

YSY MEDICAL



w w w . y s y - m e d i c a l . f r

Pour toute information, contactez-nous :

Tél. : 04 66 64 05 11 – Fax : 04 66 29 11 43 - Email : contact@ysy-medical.fr



Conciliation des traitements médicamenteux en établissement de Santé

CONTEXTE

La survenue d'événements indésirables liés aux soins constitue un thème de préoccupation majeure pour les patients, les professionnels de santé et les pouvoirs publics. Les enquêtes nationales sur les événements indésirables liés aux soins (ENEIS) en 2004 et 2009, ont montré que 43 % des événements indésirables graves évitables étaient liés au médicament^[1].

Les erreurs médicamenteuses peuvent survenir à tous les points du circuit du médicament. Le circuit du médicament est le processus de la prise en charge thérapeutique médicamenteuse d'un patient, il est interdisciplinaire et est constitué des étapes de prescription, de dispensation, d'administration et de suivi thérapeutique. Ce circuit est interconnecté avec un circuit logistique qui concerne le médicament en tant que produit, de l'achat jusqu'à sa délivrance, en passant par le stockage^[2].

Dans le parcours de soins du patient à l'hôpital, les points de transition (admission, sortie et transferts) sont identifiés comme des étapes à risque dans la prise en charge médicamenteuse. En effet, la transmission d'information, notamment sur le traitement, est souvent incomplète, et est à risque d'iatrogénie.

C'est pour répondre à cette problématique que la déclinaison de conciliation des traitements médicamenteux s'est développée.

En 2006, l'OMS a lancé le projet High 5s dont l'objectif était de déterminer la faisabilité et l'efficacité de solutions standardisées pour cinq problèmes identifiés comme prioritaires. Les problématiques étaient les suivantes : la précision de la prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins, la prévention des erreurs de site en chirurgie, l'utilisation des médicaments concentrés injectables, les défaillances dans les transmissions infirmières et les infections associées aux soins.

La France a rejoint le projet en 2009 et s'est engagée dans le travail sur la précision de la prescription des médicaments aux points de transition du parcours de soins. Cinq pays ont participé à ce projet : la France, l'Allemagne, l'Australie, les États-Unis et les Pays-Bas. Les établissements français concernés sont : le CHU de Bordeaux, le CH de Compiègne-Noyon, le CHU de Grenoble, le CH de Lunéville, la Clinique de Moutier-Rozeille, le CHU de Nîmes, l'hôpital Bichat-Claude Bernard de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, le CH de Saint-Marcellin, et les HU de Strasbourg.

Pour ce travail sur la précision de la prescription des médicaments aux points de transition, les établissements ont mis en œuvre et ont évalué un protocole opérationnel standardisé : *Standard Operating Protocol Medication* ou *SOP Med'Rec*. Durant cette étude, le nombre d'erreurs médicamenteuses interceptées et corrigées par la conciliation était proche de 1 par patient. Au regard des cinq années d'expérience, la conciliation est reconnue comme un élément important dans la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient et de prévention contre l'iatrogénie médicamenteuse^[3].

DÉFINITION

La conciliation des traitements médicamenteux est définie comme étant un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluri-professionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé, aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts^[3].

La conciliation peut être rétroactive ou proactive.

• **ELLE EST RÉTROACTIVE** lorsque l'identification des traitements pris par le patient est réalisée après la rédaction de la nouvelle prescription. La conciliation rétroactive permet alors d'intercepter et de corriger les erreurs de prescriptions.

• **ELLE EST PROACTIVE** lorsque les traitements sont identifiés avant la rédaction de la nouvelle ordonnance, le prescripteur dispose alors d'emblée des informations nécessaires sur le traitement du patient pour rédiger son ordonnance. La conciliation proactive permet de prévenir les erreurs de prescription

La conciliation peut être réalisée à l'admission des patients, lors d'un transfert et à sa sortie d'hospitalisation.

DÉROULEMENT DE LA CONCILIATION

Le processus de conciliation médicamenteuse est constitué de plusieurs étapes.

■ **LA PREMIÈRE ÉTAPE** est la recherche d'informations sur le traitement du patient : ses traitements habituels prescrits ou non prescrits (automédication). Lors de cette étape, il est recommandé d'utiliser plusieurs sources afin de garantir la fiabilité des informations obtenues (professionnels de santé, entretien avec le patient, dossier pharmaceutique). Cette étape repose sur une coopération pluri-professionnelle : les différents acteurs de santé du réseau du patient sont sollicités (médecin traitant, sage-femme, pharmacien de ville, infirmier de ville...). Le bon déroulement du processus de conciliation repose sur la qualité des informations obtenues lors de cette étape.

■ **LA DEUXIÈME ÉTAPE** est la formation d'un bilan médicamenteux optimisé (BMO). Le BMO est la liste de tous les traitements pris par le patient. Il est le résultat d'une synthèse des informations sur tous les médicaments identifiés ; il comporte pour chaque médicament le

La suite du texte de juillet "Le management stratégique des cadres hospitaliers... au rythme des réformes" annoncée dans ce numéro n'a pu, pour des raisons techniques, y figurer. Nous espérons pouvoir vous la proposer dans un prochain numéro des DO et tenons à nous excuser auprès de notre fidèle lecteur. **Les D.O.**



nom commercial ou la dénomination commune (DC), le dosage, la forme galénique, la posologie (dose, rythme, horaires) et la voie d'administration si besoin. Il peut être complété de tout autre produit de santé (produit diététique, dispositif médical, etc.).

Le bilan médicamenteux optimisé est un état des lieux des médicaments d'un patient à un instant donné, contrairement à l'historique médicamenteux qui trace l'évolution des médicaments d'un patient sur une période donnée (recueil de prescriptions, dispensations et administrations) [44, 15].

■ **LA TROISIÈME ÉTAPE** est la comparaison du BMO avec la nouvelle prescription. Elle permet de repérer les divergences entre les deux documents.

■ **LA QUATRIÈME ÉTAPE** est la caractérisation des divergences observées. Cette étape nécessite une coopération médecin-pharmacien. Toutes les divergences identifiées à l'étape précédente sont caractérisées avec le médecin prescripteur comme intentionnelles ou non intentionnelles de sa part.

■ Enfin, le médecin modifie sa prescription en cas de divergence non intentionnelle.

BÉNÉFICES DE LA CONCILIATION DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

À l'admission, les informations sur le traitement du patient sont souvent incomplètes et non exhaustives, ceci peut être à l'origine d'erreur de prescription comme

une omission de traitement ou une erreur de posologie. La littérature montre que pour 47 à 67 % des patients, une erreur ou une divergence interviendrait sur leur ordonnance lors de leur admission. Ces erreurs seraient responsables d'événements indésirables graves dans 18 à 59 % des cas. Une conciliation médicamenteuse à l'admission permet d'intercepter et de corriger ces divergences [6].

À sa sortie, le traitement du patient est souvent modifié, il est important que ces modifications soient comprises par le patient et transmises au professionnel de santé du secteur ambulatoire. L'objectif de la conciliation de sortie est de permettre la bonne transmission des informations sur le traitement au patient et aux soignants qui le prennent en charge après sa sortie. La littérature montre qu'une conciliation médicamenteuse réalisée à la sortie du patient permet d'intercepter des erreurs médicamenteuses [7] et de diminuer le nombre de visites aux urgences et de réhospitalisation après la sortie du patient [8].

INCITATION

En France, depuis la fin de l'expérience Med'Rec en 2015, les pouvoirs publics souhaitent impulser l'activité de conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé.

En 2015, la Direction Générale de l'Offre de soins (DGOS) a mené une enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé. Cette enquête, relayée par les OMEDIT (Observatoire des



L'objectif de la conciliation de sortie est de permettre la bonne transmission des informations sur le traitement au patient et aux soignants.



Médicaments, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique), avait pour objectifs de disposer d'un état des lieux des pratiques de la conciliation médicamenteuse en France et d'identifier les besoins pour le déploiement de cette démarche.

L'enquête a permis de mettre en évidence les freins au développement de la conciliation : un manque de disponibilité des professionnels, un manque d'outil, des systèmes d'information/logiciel métier inadaptés, une méthodologie complexe à mettre en œuvre et un manque de formation initiale et continue. Il ressort de cet état des lieux des besoins d'évaluation et d'impulsion de la pharmacie clinique et d'accompagnement, notamment en matière de formation des professionnels.

Pour répondre aux besoins identifiés lors de cette enquête et pour soutenir le développement de la conciliation médicamenteuse, un financement national et un financement régional sont octroyés au déploiement de la conciliation médicamenteuse.

Au niveau national, un appel à projets a été lancé par la DGOS [9]. Il s'intitule



ÉTATS NAUSÉEUX DE DÉBUT DE GROSSESSE

- **Actif 100% naturel**
à base de gingembre concentré
- **Action en 30 minutes**
- **Posologie recommandée :**
2 comprimés / jour
- **Disponible à l'hôpital et en pharmacie de ville**
- **Boîte de 36 comprimés**



Cooper - Place Lucien Auvert - 77020 Melun Cedex





« *Pharmacie clinique en établissement de santé* » articulé autour du parcours de soins et en particulier sur l'organisation de la sortie d'hospitalisation du patient. Il vise à accompagner financièrement des établissements de santé à impulser ou consolider des activités de pharmacie clinique portant sur la prise en charge par des médicaments et/ou des dispositifs médicaux, couplé à une démarche d'évaluation qualitative et médico-économique.

Au niveau régional, une partie du Fonds d'Intervention Régional (FIR) est prévue pour impulser des pratiques de conciliation médicamenteuse, notamment par la mise en place de formations et de mesures de déploiement^[10]. En Ile-de-France, un appel à projets régional intitulé « *Mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse en Ile-de-France* » a été lancé. Les projets devront cibler les personnes âgées (≥ 75 ans) et/ou traitées par chimiothérapies anticancéreuses. L'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France demande que les projets portent sur la mise en place d'un partenariat sanitaire/ambulatoire/médico-social facilitant le partage d'informations, et/ou l'élaboration et le déploiement d'un outil de conciliation médicamenteuse optimisant l'activité de conciliation de l'établissement.

La DGOS coordonne des programmes de recherche sur la performance des systèmes de soins (PREPS). Ces PREPS expérimentent et évaluent des organisations permettant une meilleure qualité des soins et des pratiques. Depuis 2012, parmi les PREPS octroyés par la DGOS, six sont en lien avec la conciliation médicamenteuse. Ces PREPS portent à la fois sur l'organisation, les liens ville/hôpital et conjuguient la composante économique^[12]. Parmi les premiers résultats, il apparaît que la conciliation diminue la survenue de dysfonctionnements médicamenteux chez les patients et qu'elle diminue l'exposition des patients à un problème iatrogène.

Des difficultés apparaissent également : la conciliation médicamenteuse est une activité chronophage (entre 15 et 51 minutes dans l'expérience Med'Rec) et une grande variabilité inter-établissement existe. Cette variabilité semble être liée à l'apprentissage de la pratique^[13].

La DGOS incite fortement les établissements à se former mais ne préconise pas d'outil national particulier. Certaines démarches sont déjà avancées comme le programme Formaconcil.

Formaconcil est un programme de formation à la Conciliation des Traitements

LL

Il apparaît que la conciliation diminue la survenue de dysfonctionnements médicamenteux chez les patients et qu'elle diminue l'exposition des patients à un problème iatrogène.

77

médicamenteux porté par la SFPC (Société Française de Pharmacie Clinique) et le Réseau des OMEDIT de France (RESOMEDIT). Le premier objectif de ce programme est de mettre en place la conciliation médicamenteuse auprès des acteurs de terrains et la pérenniser. Le second objectif est d'intégrer cette démarche dans la dynamique du parcours de soins du patient en termes de qualité et sécurité de la prise en charge médicamenteuse.

La conciliation médicamenteuse, en intégrant la formation initiale et continue des professionnels de santé, s'inscrit de façon pérenne dans l'amélioration et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. ■

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA). *Rapport final Comparaison des deux études ENEIS 2004 et 2009 Mars 2011*.
- [2] *Le circuit du médicament à l'hôpital - IGAS - Inspection générale des affaires sociales*. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article232>. [Consulté le : 26-août-2016].
- [3] HAS, *Initiative des HIGH 5s. Médication Réconciliation. Rapport d'expérimentation sur la mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux par neuf établissements de santé français*, sept-2015. [En ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/rapport_dexpérimentation_sur_la_mise_en_œuvre_conciliation_des_traitements_medicamenteux_par_9_es.pdf. [Consulté le : 11-août-2016].
- [4] Haute Autorité de Santé, *annexe I. Mode opératoire de la conciliation des traitements médicamenteux à l'admission*. [En ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/annexe_1_mode_operatoire_de_la_conciliation_des_traitements_medicamenteux_a_ladmission.pdf. [Consulté le : 11-août-2016].
- [5] Haute Autorité de Santé - *Certification des Logiciels d'Aide à la Prescription (LAP)*. [En ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_671889/fr/certification-des-logiciels.
- [6] Instruction N°DGOS/PF2/2015/65 du 9 mars 2015 relative à la mise en œuvre d'une enquête nationale sur le déploiement de la conciliation médicamenteuse dans les établissements de santé.
- [7] C. R. Musgrave, N. A. Pilch, D. J. Taber, H. B. Meadows, J. W. McGillicuddy, K. D. Chavin, et P. K. Baliga, *Improving transplant patient safety through pharmacist discharge medication reconciliation*, Am. J. Transplant. Off. J. Am. Soc. Transplant. Am. Soc. Transpl. Surg., vol. 13, n° 3, p. 796-801, mars 2013.
- [8] J. L. Kwan, L. Lo, M. Sampson, et K. G. Shojania, *Médication reconciliation during transitions of care as a patient safety strategy: a systematic review*, Ann. Intern. Med., vol. 158, n° 5 Pt 2, p. 397-403, mars 2013.
- [9] DGOS, *Instruction N° DGOS/PF2/2016/49 du 19/02/2016 relative à l'appel à projet de mise en œuvre de la pharmacie clinique en établissement de santé*. [En ligne]. Disponible sur : http://www.omedit-idf.fr/wp-content/uploads/2016/03/instructionAAP_national_phcli.pdf. [Consulté le : 11-août-2016].
- [10] Circulaire N° SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2015.
- [11] E. Dufay, *Le parcours de soins. Qualité et sécurité des soins liées aux produits de santé. La conciliation des traitements médicamenteux*. [En ligne]. Disponible sur : http://www.omedit-basse-normandie.fr/gallery_files/site/1533/1534/1571/2192/2825/5534.pdf. [Consulté le : 29-juill-2016].
- [12] *Programme de recherche sur la performance du système des soins - PREPS - Appels à projets - Ministère des Affaires sociales et de la Santé*. [En ligne]. Disponible sur : <http://social.sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/appels-a-projets/article/programme-de-recherche-sur-la-performance-du-systeme-des-soins-preps>. [Consulté le : 25-juill-2016].
- [13] X. Pourrat, *Relations Pharmaceutiques Hôpital-Ville et Iatrogénie Médicamenteuse (REPHVIM). Essai randomisé multicentrique en cluster en cross-over*. [En ligne]. Disponible sur : <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1620-iqs-seminaire-recherche-230616-rephvim-xavier-pourrat0/0.html>. [Consulté le : 01-sept-2016].
- [14] SFPC et Resomedit, *Formaconcil : Programme de Formation à la Conciliation des Traitements Médicamenteux (CTM)*. [En ligne]. Disponible sur : <http://sfpc.eu/fr/item1/finish/34-documents-sfpc-public/1545-forma-concil-présentation-dgos-resomedit-sfpc-12-nov-2015/0.html>. [Consulté le : 11-août-2016].



LOIS ET DÉCRETS

En continuité de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Décret n° 2016-743 du 2 juin 2016 relatif aux compétences des sages-femmes en matière d'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse et en matière de vaccination

La sage-femme peut désormais réaliser des interruptions volontaires de grossesse (IVG) par voie médicamenteuse jusqu'à la 5^e semaine de grossesse et aussi vacciner l'entourage de la femme et de l'enfant pendant la période postnatale.

Pour pratiquer des IVG médicamenteuses, la sage-femme devra justifier d'*« une pratique suffisante et régulière des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses dans un établissement de santé attestée par le directeur de cet établissement sur justificatif présenté par le responsable médical concerné »*. Elle est autorisée à délivrer les médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG, la première prise de ces médicaments devant cependant être effectuée en sa présence.

L'activité sera réalisée dans le cadre d'une convention type passée avec un établissement de santé permettant ainsi la prise en charge de la patiente en cas de complication. Enfin, la sage-femme peut prescrire un arrêt de travail n'excédant pas 4 jours calendaires, renouvelable une fois.

La sage-femme est désormais autorisée à vacciner l'entourage de la mère et du nouveau-né, dès la grossesse et pendant les huit semaines qui suivent l'accouchement.

Sont visées les personnes vivant sous le même toit que l'enfant, celles fréquentant régulièrement son domicile et celles qui sont chargées de sa garde régulière. La sage-femme devra inscrire dans le carnet de santé, le carnet de vaccination ou le dossier médical partagé de la personne, la dénomination du vaccin administré, son numéro de lot et la date de son administration. En l'absence de dossier médical partagé ou de carnet de vaccination électronique, elle transmet ces informations dans le respect du secret professionnel au médecin traitant de cette personne.

Arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 12 octobre 2011 modifié fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes

Sont ajoutés à la liste en lien avec la pratique de l'IVG médicamenteuse:

- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) dans le cadre de l'IVG, à l'exclusion des AINS indiqués spécifiquement dans la prise en charge symptomatique d'affections rhumatismales;
- Association de paracétamol et de poudre d'opium uniquement pour la prise en charge de la douleur dans le cadre de

l'interruption de grossesse par voie médicamenteuse (IVG);

- Les médicaments anti-progestatifs et prostaglandines nécessaires à la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse.

Sont ajoutés à la liste en lien avec la pratique de la vaccination auprès de femmes:

- Est ajouté à la liste des vaccinations celui contre la varicelle.

Arrêté du 8 août 2016 modifiant l'arrêté du 22 mars 2005 modifié fixant la liste des vaccinations que les sages-femmes sont autorisées à pratiquer

La sage-femme est autorisée à pratiquer chez les personnes de l'entourage de l'enfant ou de l'entourage de la femme enceinte les vaccinations contre la rubéole, la rougeole et les oreillons, vaccination contre le tétanos; vaccination contre la diphtérie; vaccination contre la poliomyélite; vaccination contre la coqueluche, vaccination contre l'hépatite B, vaccination contre la grippe, vaccination contre les infections invasives à méningocoque, vaccination contre les infections invasives à Haemophilus influenzae de type B.

La sage-femme peut désormais vacciner contre la varicelle mais uniquement les femmes.

SEMAINE MONDIALE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL DU 9 AU 16 OCTOBRE 2016

"L'allaitement, source de développement durable"

À partir d'un thème international proposé par Waba (Word Alliance for Breastfeeding Action), la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM) impulse et coordonne en France la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM). La SMAM permet chaque année la mise en œuvre d'actions visibles par le plus grand nombre dans le but d'améliorer les connaissances en allaitement et l'intérêt pour celui-ci.

En 2016, le thème retenu est: **Allaitement source de développement durable**.

La SMAM est un événement attendu et incontournable qui se déroulera du **9 au 16 octobre 2016**.

Lors de cette semaine consacrée à l'allaitement maternel s'enchâînent débats, rencontres, expositions, etc. organisés par les professionnels de santé et les associations de soutien.

LES OBJECTIFS DE LA SMAM 2016

- Sensibiliser la société sur le fait que l'allaitement est source de développement durable.
- Impulser une variété d'actions à tous les niveaux sur l'allaitement dans la perspective du développement durable.
- Impliquer un large éventail d'acteurs dans la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement maternel.

NOS ACTIONS

- Réaliser des supports pour la SMAM.
- Mettre à disposition des ressources bibliographiques, disponibles sur le site.
- Recenser les actions SMAM dans toute la France.
- Organiser la SMAM-Pride, l'événement de lancement de la SMAM organisé par la CoFAM;
- Répondre aux sollicitations des médias tout au long de cette semaine.



D'INFO

Rendez-vous sur le site de la CoFAM <http://www.coordination-allaitement.org> pour connaître toutes les actions proposées cette année par les professionnels de santé et les associations à partir du mois de septembre.



COMMUNIQUÉS

COMMUNIQUÉS DE PRESSE DU 26 AOÛT 2016 DE L'ORDRE NATIONAL DES SAGES-FEMMES

GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES RENOUVELLE SON APPEL AUX SAGES-FEMMES

Dans le cadre de sa mission humanitaire de **prise en charge médico-psycho-sociale des femmes et des enfants des camps du nord de la France** (mission CAMINOR), Gynécologie Sans Frontières (GSF) renforce son action et lance un **nouvel appel aux sages-femmes** afin de doubler ses équipes sur place, pour des missions courtes de 2, 3 ou 4 semaines. En effet, depuis le 15 novembre 2015, GSF est en mission dans les camps de réfugiés-migrants du Nord Pas-de-Calais. Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, qui soutient l'action de GSF, avait déjà relayé l'appel de l'association dans un communiqué le 19 mai dernier. Face à l'augmentation constante du nombre de migrants et au nécessaire renforcement de la présence de GSF, le Conseil de l'Ordre se mobilise à nouveau aujourd'hui pour tenter de recruter des sages-femmes bénévoles le temps d'une mission.

Si vous êtes intéressé(e), merci de bien vouloir adresser votre candidature à l'adresse e-mail: gsf.caminor@gmail.com

+ D'INFO

Plus d'informations sur la mission CAMINOR sur ce lien:
<http://gynsf.org/mission-camps-de-refugies-migrants-du-nord-pas-de-calais/>

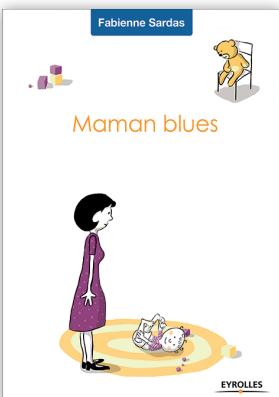
WEB

PLATEFORME D'E-LEARNING PARENTAL

Parole de Mamans lance la première plateforme d'e-learning parental: la "**Parole de Mamans Academy**" #PDMacademy. Elle propose des modules sous forme de MOOC, animés par des professionnels de la grossesse et la petite enfance. Pour découvrir la plateforme:

www.paroledemamans-academy.com

KIOSQUE



Éditions Eyrolles
Collection: Comprendre et agir

186 pages - Prix: 18 €

ISBN: 978-2-212-56405-1

www.editions-eyrolles.com/

Maman blues

Du bonheur et de la difficulté de devenir mère

● Fabienne Sardas

Je vais bientôt être maman mais pourquoi je ne ressens pas l'euphorie que tout le monde exprime? Est-ce normal de ne pas aimer être enceinte? Est-ce que je risque de faire un baby blues après l'accouchement? Est-ce que je serai une bonne mère, capable de prendre soin de mon bébé et de l'aimer?

La maternité et l'arrivée d'un enfant sont aujourd'hui des événements anticipés, planifiés, contrôlés, voire idéalisés. Cependant la grossesse est un processus qui soumet le corps de la femme à une temporalité inflexible et bouleverse bon nombre d'acquis: contraintes et restrictions, changements hormonaux et anxiété face au suivi médical mettent la future mère à rude épreuve. Ce temps de la remise en cause est aussi celui de l'interrogation, car devenir maman ne va pas de soi nous explique Fabienne Sardas. Les certitudes volent en éclat, les liens familiaux sont questionnés. La maternité implique pour chacune la nécessité de se décentrer, de croire en sa capacité à donner et à faire aussi bien, voire mieux, que sa propre mère, tout en acceptant sa propre vulnérabilité.

Fabienne Sardas est psychologue-psychanalyste, membre du GIREP (Groupe International du Rêve Éveillé en Psychanalyse). Elle a exercé pendant plus de dix ans dans une maternité parisienne.



Face à l'avortement

● Gaëlle de Decker

«Et pourtant, le fait de circuler dans tous les services de gynécologie m'a permis de me rendre compte qu'il s'agissait des mêmes femmes! Cela m'a beaucoup aidée de comprendre ça: celles qui sont enceintes, celles qui ont un parcours de stérilité et celles qui, à un moment donné, avortent... Ce sont les mêmes femmes.»

Brigitte, assistante sociale

Le malaise s'installe lorsque le médecin responsable de l'unité d'orthogénie, absent pour raisons de santé, n'est pas remplacé.

Les équipes s'interrogent. C'est dans cette période de tourmente que Gaëlle de Decker décide de tenir un journal de bord. Elle y témoigne dans un style accessible et vivant de son travail de psychologue-psychanalyste avec les femmes ayant recours à l'avortement mais aussi auprès des équipes soignantes qui les prennent en charge. L'auteure nous propose une traversée au cœur d'un centre IVG, des bureaux de consultation à l'hôpital de jour, en passant par le bloc opératoire, pourtant fermé à toute personne «étrangère au service». Mais elle persiste, décloisonne les lieux et crée des espaces de parole: toute parole mérite d'être prise en compte, celle des femmes mais aussi celle des soignants. Reconnaître la valeur de la parole est de la responsabilité du psychanalyste. Cela semblait important de le rappeler à une époque où nos systèmes de soins semblent plus soucieux de rentabilité que d'humanité.

Gaëlle de Decker, psychologue dans le département de gynécologie obstétrique du CHU de Montpellier, est psychanalyste. Elle a co-écrit *Rester vivant avec la maladie. Clinique psychanalytique en cancérologie et en soins palliatifs*, sous la direction de Jérôme Alric, paru aux Éditions Erès en 2015.



Du déplacement physique au déplacement culturel : l'influence de la culture d'origine sur la maternité des femmes migrantes

L'aspiration de chacun à la vie, à la liberté réelle et à l'égalité sociale pousse des millions de femmes, d'enfants et d'hommes à chercher des conditions décentes d'existence dans d'autres contrées¹. De nouveau au cœur du débat public², le diagnostic de ces situations sensibles ignore trop souvent la situation des femmes migrantes enceintes ou de celles qui viennent d'accoucher. Plein de foi, des ONG, des associations et des praticien(ne)s œuvrent au quotidien, en « respectant leur dignité humaine »³ et en adaptant leurs codes culturels et cultuels, au suivi médical, psychologique et social de ces femmes.

Depuis le milieu du XIX^e siècle, des populations venues de l'Europe du Sud et de l'Est s'installent dans l'Hexagone. Michèle Tribalat, démographe et chercheuse à l'I.N.E.D., indiquait à ce sujet en 2004 dans la revue *Population* : « La France comptait près de 500 000 Belges lors du recensement de 1886 et c'est en 1931 que le nombre d'Italiens a atteint un maximum (808 000), devançant celui des Polonais (508 000) et des Espagnols (352 000). Après la Seconde Guerre mondiale, [...] des « Français musulmans » d'Algérie sont venus travailler en métropole après avoir obtenu la liberté de circulation en 1946. Ils étaient 331 000 à la veille de l'indépendance ».⁴

Par la suite, d'autres populations venues du Maghreb, de l'Afrique subsaharienne, du Moyen-Orient et de l'Asie s'installèrent en France. Il s'agissait principalement d'hommes venus répondre à l'effort de guerre entre 1914 et 1918, d'intellectuels partis en exil ou de travailleurs venus occuper une activité économique.

Main-d'œuvre peu coûteuse, ces hommes étaient recrutés dans les mines de charbon du Nord de la France ou du bassin minier de Lorraine, pour travailler sur les chaînes de montage des usines, sur les chantiers ou dans les exploitations agricoles.

De cette époque, l'image de la femme migrante ou immigrée⁵ ne s'est pas épanouie, comme si ces dernières étaient invisibles. L'image de leur grossesse et de leur accouchement reste aussi un mystère, comme cachée, elle n'apparaît finalement à visage découvert qu'après avoir épulché les registres de l'état civil.

UN SYSTÈME PARALYSÉ ?

Selon les modèles familiaux et les pratiques culturelles et cultuelles du pays d'origine, et souvent à cause de la barrière

de la langue, la propension à la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement de ces femmes était très variable. Bien que l'assistance des proches (des femmes exclusivement) au domicile de la femme enceinte, pour surveiller la grossesse, l'avant et l'après accouchement restait la norme, l'intégration dans un réseau de médicalisation, même discrète, se fit jour.

Pour permettre aux hommes immigrés – et aux femmes immigrées dans une moindre mesure – d'intégrer ces réseaux, des initiatives apparaissent, avec l'idée de « *respecter les mœurs, les coutumes, les croyances et les langues* » pour paraphraser les propos du Comité Laffont⁶.

TROIS EXEMPLES

- **D'abord, évoquons la prise en charge des populations nord-africaine à l'hôpital franco-musulman de Bobigny** créé en mars 1935 et dont le fonctionnement s'inscrivait dans une gestion « coloniale » des patients⁷; « *Dans les années 1930, le recrutement du personnel hospitalier privilie- gie les médecins et soignants qui ont une connaissance des rites* »

1. Dominique Schnapper, *La Démocratie providentielle, essai sur l'égalité contemporaine*. Paris, Gallimard, 2002, 336 p.
2. <http://www.interieur.gouv.fr/Le-ministre/Interventions-du-ministre/Situation-migratoire-a-Calais> - Discours de Bernard Cazeneuve, en date du 2 septembre 2016 à Calais.
3. <http://www.gynsf.org>
4. Michèle Tribalat, *Une estimation des populations d'origine étrangère en France en 1999*. Population, 2004, 1, 59, p. 402.
5. Le Haut Conseil à l'intégration définit la population immigrée comme composée des personnes nées étrangères à l'étranger et résidant en France.
6. M. Laffont fut professeur de clinique obstétricale et de puériculture du premier âge.
7. www.histoire-immigration.fr



alimentaires et funéraires du Maghreb et de la langue arabe et berbère »⁸. Ahmed Boukhelloua écrivait dans sa thèse pour le Doctorat en Médecine au sujet de l'établissement d'un corps d'infirmières pour l'hôpital de Bobigny : « Les infirmières auraient, indépendamment des connaissances médicales théoriques et pratiques, des notions sur les coutumes et la psychologie des Indigènes Nord-Africains. Mais on ne pourrait leur faire aborder de pareilles études sans leur enseigner au préalable l'arabe parlé en Afrique du Nord et le Kabyle »⁹.

- **Ensuite, évoquons le cas des Espagnols arrivés durant la Seconde Guerre mondiale.** Pour les réfugiés espagnols, juifs et tsiganes, l'institutrice suisse Élisabeth Eidenbenz (1913-2011) crée en février 1939 la Maternité d'Elne dans le Roussillon qui vécut jusqu'en avril 1944. Près de 600 enfants y virent le jour. Souvenons-nous que dans les camps qui accueillaient les réfugiés, presque aucun nouveau-né ne survivait. Chacun participa à la réussite de cette initiative et au premier chef les sages-femmes détachées de l'École d'infirmières de Perpignan¹⁰.

- **Enfin, comme dans le cas des femmes nord-africaines ou espagnoles, les femmes polonaises enceintes installées dans le Nord de la France** ne parlaient pas la langue française, et n'étaient donc pas suivies par le corps médical. Elles accouchaient principalement au domicile, d'ailleurs il n'existe aucune maternité¹¹. Les enfants mort-nés et le nombre de décès de nourrissons étaient élevés comme le précise Janine Ponty : « Comme en témoignent les premiers registres de l'état civil, les premiers décès polonais furent ceux des enfants en bas âge »¹². Seule la Goutte de Lait, inaugurée à Auchel en 1903, permit de faire baisser la mortalité infantile.

- **Il y eut aussi des cas dans lesquels, la femme étrangère enceinte fut maltraitée**¹³. Le professeur d'histoire contemporaine Françoise Thébaud cite dans un de ces articles paru en 2010, un extrait de *Madame Soixante bis* dans lequel la xénophobie d'un praticien à l'égard d'une femme enceinte immigrée est manifeste. Lisez plutôt : « D'autres pages racontent la visite médicale et soulignent l'apostrophe d'un interne à une jeune Polonaise : « Pologne, lève ton cul ! »¹⁴

- **Le cas des femmes immigrées italiennes en région parisienne fut encore différent.** En effet, les Italiens, dès 1920, disposaient de l'assistance du *fascio* à Paris qui « organisait gratuitement le voyage en Italie des femmes enceintes désirant y accoucher »¹⁵.

Depuis la fin du XX^e siècle, une véritable course d'endurance s'est engagée pour que l'accueil des femmes immigrées en consultation d'obstétrique s'améliore. Les recherches et les réflexions mobilisent davantage les énergies sur cet aspect d'autant que depuis le début du XXI^e siècle, « les femmes représentent environ la moitié des migrants récemment arrivés dans les États membres de l'Union européenne » comme le précise Mirjana Morokvasic de l'Institut des Sciences sociales du Politique¹⁶.

UN NOUVEL ÉLAN

Depuis quelques années, les chercheurs anglo-saxons, canadiens, français comme Alexandra Nacu¹⁷ et suisses s'interrogent sur la façon de prendre en charge les femmes enceintes et

les parturientes immigrantes, migrantes, étrangères, exilées, demandeurs d'asile, réfugiées, sans-papiers ou clandestines en considérant la part de croyances, l'influence de la religion, principalement le christianisme et l'islam et des représentations¹⁸.

À ce sujet, au début de l'année 2016, la directrice scientifique et médicale de l'Association MANA¹⁹, Claire Mestre, indiquait dans la revue *Spirale* : « L'accueil d'un bébé en maternité est un thème important qui appartient à la médecine et aussi à l'anthropologie. En médecine, il s'accompagne d'une réflexion hygiénique (pasteurienne) et psychologique qui se modifie selon les périodes, les connaissances accumulées du nouveau-né et son lien avec sa mère. Des anthropologues ont mené des études comparatives dans différentes cultures sur la maternité et les pratiques de maternage, afin de recueillir les gestes qui s'accompagnent de sens et de subtilités symboliques : ils montrent combien cet accueil est pétri de représentations en accord avec le milieu, l'appartenance familiale, et l'idée que l'on se fait d'un bébé »²⁰.

Dans la même veine, la figure charismatique de la science obstétricale, le professeur Émile Papiernik (1936-2009), défendit avec beaucoup de force cette idée et affirma l'utilité, pour être un bon accoucheur, d'être un peu ethnologue. « Cette curiosité de la diversité du monde me paraît essentielle pour faire n'importe quel métier, mais en obstétrique, je dirais qu'elle est vitale. »

DES ORGANISATIONS, DES ASSOCIATIONS ET DES CHERCHEURS(EUSES) AUX AVANT-POSTES

« Pays d'immigration depuis plus d'un siècle » écrit en 2007 la revue *La santé de l'homme*, « la France entretient pourtant avec cette question des relations complexes, évoluant en fonction de la situation économique et politique ». Pas avare en chiffres sur le taux de natalité des populations immigrées, en France, l'INSEE fournit les données détaillées des statistiques d'état civil sur les naissances selon la nationalité des parents et l'INED rappelle qu' « une naissance sur six en France est de mère immigrée, alors que seulement un habitant sur douze est immigré ».

Pour accompagner sur le terrain les femmes immigrées en soins prénataux et d'accouchement, en dehors des établissements de soins, de nombreuses organisations et associations existent. Dans le cas du camp de Grande-Synthe dans les Hauts-de-France, c'est l'association Gynécologie ans frontières qui vient en aide *in situ* aux femmes enceintes et aux jeunes mères²¹.

Il faut aussi signaler que les bénévoles qui oeuvrent dans les camps de réfugiés en France ont aussi un rôle majeur en faisant de la médiation entre les femmes et les associations.

Dans la France entière, des praticiens et des praticiennes s'inscrivent dans cette approche de compréhension transculturelle.

Prenons trois cas.

- **D'abord à Paris**, les patientes immigrées font l'objet d'un suivi du Comité médico-social pour la Santé des Migrants et de consultations transculturelles à l'hôpital Avicenne de Bobigny.
- **Ensuite à Toulouse**, des consultations « Santé migrants » se tiennent au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse en lien avec le Comité de Coordination pour la Promotion et en Solidarité des communautés en difficulté : migrants et tsiganes.
- **Enfin, une réunion ethno-culturelle est organisée au Centre Hospitalier Intercommunal Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois**²² pour mieux suivre les femmes



d'origine étrangère car, comme l'observent certains auteurs, « les femmes étrangères ont un suivi de grossesse de moins bonne qualité que les Françaises et il persiste des inégalités face aux événements périnataux »²³.

Les pays membres de l'Union européenne en font autant en matière de consultations gynécologiques et obstétriques transculturelles²⁴.

Deux exemples s'imposent.

- **En Italie, « Cittadinanzattiva, avec le soutien du Ministère Italien du Travail et des Politique Sociales, a réalisé un projet concernant l'amélioration de l'accès des femmes immigrées au parcours conduisant à la naissance »**²⁵.
- **En Belgique, dès 1970, l'hôpital d'Anvers** mit en place de la médiation culturelle pour accompagner les femmes étrangères, puis ce fut le cas à Bruxelles en 1986 ce qui amena la création de l'association Femmes et Santé et enfin, en 1991, le Fonds Fédéral d'Impulsion à la Politique des Immigrés créa un réseau d'interprètes sociales et médicales interculturelles à Bruxelles. En 1997, en Flandre, des médiateurs culturels fonctionnaient officiellement²⁶.

Un sérieux coup d'accélérateur fut cependant donné ces dernières années lorsque les flux migratoires légaux et illégaux s'intensifièrent. Le constat était posé : la prise en charge des

patientes étant standardisée, les femmes originaires de pays étrangers furent déstabilisées. Pour mieux comprendre ce processus, de nombreuses sages-femmes et chercheurs(ses) rédigèrent ces dix dernières années leur mémoire sur la thématique de l'anthropologie obstétrique en tentant de décrypter l'influence de la culture d'origine sur la maternité.

Les mémoires présentés ci-après ont apporté un élan vital à la réflexion²⁷.

- Erminia Petrel travailla sur l'influence de la culture marocaine sur la maternité des femmes de la première et deuxième génération²⁸.
- En 2007, A. Gaillard rédigea un mémoire sur « *La prise en charge en maternité des femmes turques ne comprenant pas le français* »²⁹.
- En 2008, S. Prudhomme signa un mémoire sur le thème « *Intégration des pratiques culturelles dans les maternités pour un accompagnement de qualité : étude sur une population d'Afrique de l'Ouest* »³⁰.
- En 2010, Maud Lagniet présenta un mémoire intitulé « *Sans papiers, mais pas sans risques... Grossesse et accouchement chez les femmes en situation irrégulière* »³¹.
- En 2013, Camille Supplisson s'engagea pour son mémoire de sage-femme dans une recherche sur le thème « *Suivi et*

>

8. <http://odysseo.generiques.org> et lire Katia Kukawka, *Avant Avicenne, l'hôpital franco-musulman de Bobigny*. La revue du praticien, 2006, 56, pp. 1154-1157.
9. Ahmed Boukhelloua, *L'Hôpital Franco-Musulman de Paris*. Thèse pour le Doctorat en Médecine présentée et soutenue publiquement le 26 juin 1934 à l'Université d'Alger.
10. De nombreuses naissances avaient aussi lieu dans la colonie espagnole de Saint-Denis (quartiers Franc-Moisin, Cornillon, la Petite Espagne et La Campa) près de Paris.
11. Comme l'écrit le poète Michel Robakowski dans le recueil *Un peu de pluie au passage du vent*: « Ô ma mère pendant la guerre, qu'il était doux de caresser les cheveux, de nouveau épicerie au retour de mon père, quand l'amour me fit naître dans cette maison [...] ».
12. Janine Ponty, *Les Polonais du Nord ou la mémoire des corons*. Paris, Autrement, 1998, p. 56.
13. Françoise Thébaud, *Du soin et rien d'autre? Les logiques sociales du grand déménagement*. Spirale, 2010, 2, 54, pp. 31-37.
14. Henriette Vallet, *Madame 60 bis*. Paris, B. Grasset, 1934, 243 p.
15. L'ACSE – Marché d'étude n° 2006 35 DED 03 – *Histoire et mémoire des immigrations en régions et dans les départements d'Outre-Mer – Lot n° 12: Région Ile-de-France – Récit historique* - p. 29. Lire l'article de Ralph Schor, *Les immigrés italiens en France et l'engagement fasciste, 1922-1939*. Parlements(s), Revue d'histoire politique, 2011, 3, HS7, pp. 130-140.
16. Mirjana Morokvasic, *Une (in) visibilité multiforme*. Plein Droit, 2007, 4, 75, p. 27.
17. Alexandra Nacu est rattachée au Centre de sociologie des organisations, CNRS-Sciences-Po.
18. Élise Pestre, *Giving birth in exile: motherhood as reterritorialization*. The American Journal of Psychoanalysis, septembre 2015, 75, 3, pp. 304-319 - A. Battaglini, S. Gravel, L. Boucheron, M. Fournier, J.-M. Brodeur, C. Poulin, S. Deblois, S. Durand, C. Lefebvre Et B. Heneman, *Quand migration et maternité se croisent: perspectives des intervenantes et des mères immigrantes*. Service Social, 49, 1, pp. 35-69 - A. Battaglini, S. Gravel, L. Boucheron, M. Fournier, *Les mères immigrantes, pareilles pas pareilles! Facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale*. Montréal, 2000, Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal Centre. Direction de la santé publique - Christine Davoudian, « *Maternité d'exil* ». La clinique lacanienne, 2007, 1, 12, pp. 69-13. P. Zelkowitz, J. Schinazi, L. Katofsky, J.-F. Saucier, M. Valenzuela, R. Westreich et J. Dayan, *Factors associated with depression in pregnant immigrant woman*. Transcultural Psychiatry, 41, 4, 445-464 et Chantal Razurel, *En période périnatale, le soutien social a-t-il un effet protecteur sur la santé mentale des femmes migrantes?* Haute école de santé de Genève, août 2015, 129 p.
19. <http://www.cliniquetransculturelle-mana.org>
20. Claire Mestre, *Les premiers soins institutionnels au bébé*. Spirale, 2016, 2, 78, p. 114.
21. À la fin du mois de janvier 2016, Gynécologie Sans Frontières dénombrait quarante femmes enceintes dans les camps autour de Calais. L'association ASAM (Association de solidarité avec les demandeurs d'asile et les migrants) ou France Terre d'asile viennent pour soutenir les femmes. Dans le cas du camp de réfugiés de Calais, le centre Jules Ferry qui héberge 400 femmes et enfants est géré par l'association La Vie Active. Le vendredi 2 septembre 2016, Bernard Cazeneuve, le ministre de l'Intérieur, annonça que le camp de migrants à Calais allait être démantelé totalement.
22. www.ch-aulnay.fr
L'Unité de Formation et de Recherche de Médecine et de Pharmacie d'Amiens (Université de Picardie - Jules Verne) propose un D.U. Anthropologie Culturelle et Clinique dont les objectifs sont: « *Initiation à l'anthropologie et à l'ethnologie en lien avec les questions médicales et la pratique clinique visant à acquérir des outils critiques, des repères et des démarches réflexives pour favoriser la compréhension de l'autre* ».
23. F. Bourdillon, P. Lombrai, M. Antoni, J. Benrekassa, R. Bennegadi, M. Leloup, C. Huraux-Rendu et J.-C. Scotto, *La santé des populations d'origine étrangère en France*. Social Science et Médecine, 1991, 32, 11, pp. 1219-1227.
24. Anaïs Brosseau, « *Les femmes enceintes et les enfants moins bien soignés en Europe* ». La Croix, 14 mai 2014.
25. [Mammemigrant_francese.pdf](http://www.comune.torino.it) ou www.comune.torino.it
26. *Quelle cohésion sociale dans une Europe multiculturelle? Concepts, état des lieux et développements*. Belgique, Éditions du Conseil de l'Europe, octobre 2006, pp. 135-136.
27. La liste des travaux est non exhaustive.
28. Erminia Petrel, *Influence de la culture marocaine sur la maternité des femmes de première et de deuxième génération*. École de sages-femmes Pierre Morlanne, 2009, 83 p. et annexes.
29. A. Gaillard, *La prise en charge en maternité des femmes turques ne comprenant pas le français*. École de sages-femmes de Clermont-Ferrand, 2007.
30. S. Prudhomme, *Intégration des pratiques culturelles dans les maternités pour un accompagnement de qualité: étude sur une population d'Afrique de l'Ouest*. Mémoire École de Cadre sage-femme de Dijon, 2008.
31. Maud Lagniet, *Sans papiers, mais pas sans risques... Grossesse et accouchement chez les femmes en situation irrégulière*. Mémoires de l'École de sages-femmes de Bourg en Bresse, 2010, 85 p.



pathologies de la grossesse chez les femmes immigrées – Une étude descriptive au sein du CHU Estaing »³².

- En 2015, Mame Kheury Diene s'impliqua pour son mémoire sur le thème *Vécu de l'accouchement, et perpétuation des rites du post-partum en France chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne* »³³.

Des thèses de doctorat ont aussi été menées sur l'intégration dans un parcours de soins obstétricaux des femmes migrantes et immigrées en France.

- Emmanuelle Farcy fit sa thèse de doctorat de médecine en 2004 à l'université Paris-Diderot – Paris 7 sur le thème « *Rites et croyances obstétricaux traditionnels en Afrique de l'ouest : enquête auprès de patientes issues d'Afrique de l'ouest et auprès de médecins généralistes, aux Mureaux dans les Yvelines* ».
- Priscille Sauvagrain fit sa thèse de doctorat en 2010 à Paris-Diderot – Paris 7 sur le sujet « *Déférence de traitement et traitements différentiels : les trajectoires de soins des femmes "africaines" en maternité publique* ».
- Sophie Oliveau-Morel rédigea un Diplôme Universitaire (D.U.) « Santé, maladie, soins et cultures » sur le thème « *Accoucher chez l'autre : aspects psychoculturels de la relation soignants/patientes autour des pratiques de santé maternelle* »³⁴.

De ces études ressortent le besoin de se comprendre mutuellement en créant un pont entre les patientes et les professionnel(les) de santé pour améliorer et faciliter la prise en charge prénatale en prenant en compte les composantes sacrées (rites et croyances) et médicales.

DES PUISTS SANS FOND DE PRÉSENTATIONS

Nous l'avons présenté, partir, rompre avec sa terre natale pour s'installer dans un bassin d'emploi de France ou rejoindre ses proches fut et reste un pas franchi pour nombre de femmes. En 1999, l'étude intitulée *Devenir parent en exil*³⁵, c'est-à-dire devenir parent après avoir été transplanté volontairement ou pas en France, montrait qu'il n'existe pas de dimension transnationale monolithique et que, pour être efficace lors des soins, la prise en compte d'un dialogue transculturel permet de rapprocher le praticien et la patiente issue de l'immigration. « *Les femmes immigrées ressentent avec force les différences culturelles* »³⁶ et face aux diversités³⁷ et aux multiples attitudes, aux discriminations qui se superposent, aux obligations de suivre la norme culturelle nationale, il faut faire adhérer par l'échange la future mère ou la parturiente aux pratiques médicales nationales.

32. Camille Supplisson, *Suivi et pathologies de la grossesse chez les femmes immigrées – Une étude descriptive au sein du CHU Estaing*. École de sages-femmes de Clermont-Ferrand – Université d'Auvergne – Clermont 1, 2013, 80 p. et annexes.

33. Mame Kheury Diene, *Vécu de l'accouchement, et perpétuation des rites du post-partum en France chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne*. École de sages-femmes Baudelocque (Faculté de médecine de Paris), 2015, 40 p.

34. Sophie Oliveau-Morel, *Accoucher chez l'autre : aspects psychoculturels de la relation soignants/patientes autour des pratiques de santé maternelle*. D.U. Santé, maladie, soins et cultures, Faculté de Médecine Paris Descartes, 2010/2011, p. 46.

35. Christian Boulard, Pascale Dutillh, Claire Maistre, Marie-Rose Moro et Saïd Ibrahim, *Devenir parent en exil*. Ramonville-Saint-Agne, ERES, 1999, 74 p.

36. Odile Reveyrand, *Immigration et maternité*. Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 1993, p. 29 – Lire la revue *Hommes et Migrations*

La chercheuse Helen C. Cox préconisait « *d'être sensible aux différences culturelles du rôle de la femme et de leurs effets sur la réalisation d'un programme thérapeutique* [...] et d'augmenter la satisfaction et l'adhésion de la patiente permet à la personne chargée de la préparation à l'accouchement et au personnel soignant de planifier, avec la patiente et sa famille, des soins adaptés à leur culture pendant la maternité.

« Il serait utile, de prévoir des fiches conseils ou des guides à l'usage des patientes, en salle d'attente, traduits en plusieurs langues (Arabe, Anglais, Espagnol). »

Enfin, demeure le problème de la barrière linguistique. La maîtrise du français, l'illettrisme et l'analphabétisme chez certaines femmes migrantes sont un problème important. Pour remédier à ce problème, dans la partie intitulée « *Projet d'action* » de son mémoire, la sage-femme Camille Supplisson indiquait : « *Il serait utile, de prévoir des fiches conseils ou des guides à l'usage des patientes, en salle d'attente, traduits en plusieurs langues (Arabe, Anglais, Espagnol)* »⁴⁰.

CONCLUSION : RESTER OUVERT AUX DIFFÉRENCES ET FAVORISER L'ACCESSIBILITÉ CULTURELLE

Le dessein des actions mises en place par plusieurs disciplines et présentées ci-avant est “clair” : faire reculer davantage les facteurs de vulnérabilités qui pèsent sur les femmes enceintes migrantes ou immigrées, la mortalité infantile et maternelle afin, – pour paraphraser un propos extrait d'un rapport de Médecins du Monde – « *d'atteindre un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social* »⁴¹ des femmes.

À présent, il s'agira pour notre part dans les prochains numéros des *Dossiers de l'Obstétrique* de procéder au repérage des croyances, des traditions, des héritages transculturels et historiques, des perceptions négatives, des stigmatisations, des barrières liées à la conception, à la grossesse et à l'accouchement, sorte de déplacements culturels qui suivent les populations lors de leur déplacement physique, pour faire émerger une base de données destinée aux professionnel(les) de la science obstétricale, sociale et des sciences humaines en y spécifiant les différents mécanismes à l'œuvre.

qui réalisait en 1999 un dossier intitulé « *Autour de la naissance. Des différences culturelles fortement marquées* ».

37. La diversité est définie comme « *un patrimoine commun de l'humanité qui doit être reconnu au bénéfice des générations futures* » dans la Déclaration universelle de l'UNESCO (2001).

38. Helen C. Cox, *Applications cliniques des diagnostics infirmiers*. Bruxelles, De Boeck Supérieur, 2004, p. 74.

39. Le docteur Richard Matis déclarait le 26 janvier 2016 au site Internet www.francetvinfo.fr : « *Gynécologie sans frontières fait l'interface entre les femmes, qui ont peur de consulter, et les professionnels de santé, qui sont réticents du fait de la barrière de la langue et en l'absence de connaissance du dossier médical* ».

40. Camille Supplisson, p. 70.

41. Analyse comparée des déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements – Palestine, Pérou, Burkina Faso, République Démocratique du Congo. Médecins du Monde.



AGENDA

AGENDA EN BREF

- **4 OCTOBRE**
LILLE (59)
GARE ST-SAUVEUR
Colloque "Périnatalité et Santé Environnement"
Inscription en ligne :
secretariat@appa.asso.fr
- **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>
ou materno@sfr.fr
- **DU 6 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
<http://apsf.fr/>
- **17-18 OCTOBRE**
PARIS 6^e
Institut Catholique de Paris, 21 rue d'Assas
Laïcité, religions et pratiques soignantes Formation : 2 jours pour trouver les clés d'une pratique soignante apaisée
Inscriptions en ligne :
<https://www.eventbrite.fr/e/billets-laicite-religions-et-pratiques-soignantes-18990810024>
- **27 OCTOBRE**
ÉGHEZÉE (BELGIQUE)
Congrès d'automne de l'UPSFB.
Thème : La sage-femme : un art ancien dans un monde nouveau"
www.sage-femme.be
- **16-17-18 NOVEMBRE**
TOULOUSE
Centre de Congrès Pierre Baudis
33^{es} Journées d'Etudes de l'Association Nationale des Sages-femmes Coordonnatries
<http://www.ansfc.fr/>
- **17-18-19 NOVEMBRE**
AVIGNON
Centre Int. des Congrès Palais des Papes
12^e Colloque International de Périnatalité de l'ARIP
<http://www.arip.fr>
- **VENDREDI 18 NOVEMBRE**
PARIS
17^e journée sur l'assistance médicale à la procréation de l'Hôpital américain de Paris
www.eska.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
- **2-3 DÉCEMBRE**
LILLE
Séminaire Association française Sages-Femmes Acupuncteurs
"Bao Mai Bao Luo : Cœur - Uterus - Rein"
www.cerc-congres.com et afsa.gestasso.com
- **6-7 DÉCEMBRE**
PARIS 13^e
Institut du Cerveau et de la Moelle Épinrière - Hôpital Pitié-Salpêtrière
III^e Congrès "Je suis la Sage-Femme"
www.eska.fr

FORMATIONS

Journées Post-Universitaires des Sages-Femmes 2016

JEUDI 13 & VENDREDI 14 OCTOBRE 2016

Programme

Jeudi 13 octobre 2016

- | | |
|---|---|
| 8h00 Accueil | 9h00 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 |
| 10h00 Discussion | 10h30 Pause - Visite des stands |
| 11h00 <ul style="list-style-type: none"> • Plexus brachial > FN. Fitoussi • La prise en charge de la douleur > R. Carbajal | 12h00 Discussion - Déjeuner libre |
| 14h00 Lésions vulvaires et proctologie/ Modérateur : V. Tesnière <ul style="list-style-type: none"> • Constipation et hémorroïdes > J.P. Vove • Incontinence anale > H. Pillant - Le Moul | 15h00 Symposium organisé par le Laboratoire Stimed : La rééducation périnéale Jeudi 13 octobre 2016 de 12h30 à 13h30. Plateau-repas fourni. Inscription gratuite sur place. |
| 15h30 Pause et visite des stands | 16h00 <ul style="list-style-type: none"> • Infections sexuellement transmissibles et lésions vulvaires > V. Tesnière • Dyspareunie après l'accouchement > S. Berville Levy |
| 17h00 Discussion | 17h30 Clôture de la journée |

Vendredi 14 octobre 2016

- | | |
|--|---|
| 8h30 Accueil | 9h00 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 |
| 10h00 Discussion | 10h30 Pause - Visite des stands |
| 11h00 <ul style="list-style-type: none"> • Diabète gestationnel > M. Goussot Souchet • Prévention et prise en charge de l'incompatibilité fœto-maternelle érytrocitaire > P. Thomas | 12h00 Discussion |
| 12h30 Assemblée Générale - élections | 13h00 Buffet |
| 14h30 Interprétation de la numération formule sanguine et des plaquettes > A. Froissart | Lieu des journées
Espace Reuilly
21, rue Hénard
75012 Paris
Métro : Montgallet, Daumesnil, Dagommier
Bus : 29, 46, 62
RER : Nation |
| 17h00 Clôture de la journée | |

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.physiosteops-formations.fr - T 05 62 63 59 68

AGENDA & FORMATIONS



FORMATIONS

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

12^{ÈME} COLLOQUE INTERNATIONAL DE PÉRINATALITÉ

Bébé attentif cherche adulte(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

DE L'ARIP
Association pour la Recherche et l'(In)formation en Périnatalité

FORMATIONS en périnatalité

 OGDPC habilité à dispenser des programmes de DPC


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


FORMATIONS NOUVEAUTÉS 2016

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

Retrouvez toutes nos dates sur : www.massage-bebe.fr formation@massage-bebe.fr 06 89 98 29 60



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'hapo-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





FORMATIONS



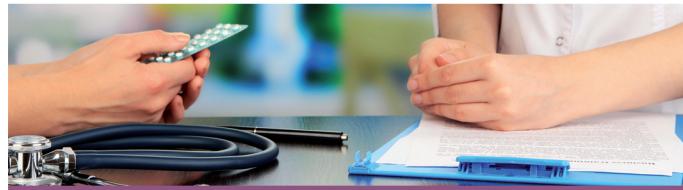
Medic Formation

Formation professionnelle continue médicale

ODPC habilité
à dispenser des
programmes de DPC

LE POSTNATAL

- Consultation postnatale et entretien postnatal précoce
- Eutonie en rééducation périnéale
- Examen clinique et suivi du nourrisson
- L'allaitement ... concrètement
- PRADO : accompagnement au retour à domicile **NOUVEAU**
- Prévention des troubles du sommeil chez le tout-petit
- Rééducation périnéale
- Rééducation périnéale approfondissement
- Suites de couches



SAVOIR ACCOMPAGNER

- Addictions toxicomaniques et grossesse
- 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 le post-partum
- 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



UNIQUEMENT EN INTRA-ÉTABLISSEMENT

- Accompagner en équipe le lien parents-enfant **NOUVEAU**
- Bientraitance maltraitance en périnatalité
- Hypnose médicale et périnatalité
- Hypnose médicale et anesthésie-analgésie
- Réfection des déchirures périnéales et épisiotomies **NOUVEAU**



GESTION DE CABINET

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

PRISE EN CHARGE POSSIBLE

→ OGDPC → FIF-PL → Crédit d'impôts

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

Medic Formation 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

Medic Formation - Email : contact@medicformation.fr - Site : www.medicformation.fr - Tel : 01 34 44 05 65 - N° de déclaration d'activité 11 95 04903 95 - Agréé OGDPC 1251



FORMATIONS

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

Pratiquer dès le lendemain du séminaire

Connaissance & Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh



Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

Travail Corporel autour de la CMP

Formatrice: Corinne Roques

Formation en 3 étapes :

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

Pré requis :
Formation CMP

- Vergèze (30) La Clé des Chants Du 24 au 27/11/16
- Région parisienne (lieu à définir) du 2 au 5/03/17
- 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

Calendrier 2016-2017

Formations CMP en 3 étapes :

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

CMP niveau I

St Sébastien de Morsent (Évreux)
Hôpital La Musse
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine

- du 5 au 8/09/16 & du 3 au 6/10/16
- du 13 au 16/03/17 & du 10 au 13/04/17
- du 15 au 18/05/17 & du 12 au 15/06/17

Nanterre (92) - Espace Chevreuil
Formatrice: Anne-Françoise Sachet

- du 17 au 20/10/16 & du 21 au 24/11/16
- du 16 au 19/01/17 & du 20 au 23/02/17
- du 15 au 18/05/17 & du 19 au 22/06/17

Vergèze (30) La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques

- du 13 au 16/09/16 & du 11 au 14/10/16
- du 17 au 20/01/17 & du 14 au 17/02/17
- du 14 au 17/03/17 & du 11 au 14/04/17

CMP niveau II

St Sébastien de Morsent (Évreux)
Hôpital La Musse
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine

- du 10 au 13/10/16 & du 7 au 10/11/16
- du 23 au 26/01/17 & du 20 au 23/02/17

Nanterre (92) - Espace Chevreuil
Formatrice: Anne-Françoise Sachet

- du 20 au 23/03/17 & du 24 au 27/04/17

Vergèze (30) La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques

- du 9 au 12/05/17 & du 6 au 9/06/17

INSTITUT DE GASQUET®

FORMATIONS SAGES-FEMMES 2016



Du côté de la prépa...

MODULE 2 - Préparation corporelle à la naissance

- 29, 30 septembre 2016

Intégralement pris en charge et indemnisé

MODULE 2 - Travail corporel en couple

- Dates à venir.

Intégralement pris en charge et indemnisé

Du côté du périnée...

MODULE 1 - Dossier périnéal

- 23, 24, 25 novembre 2016
- 14, 15, 16 décembre 2016

3 jours 550€ fif pl possible

MODULE 2 - Pessaire. Boules de geisha

- 1^{er} octobre 2016
- 26 novembre 2016

1 jour 180€ fif pl possible

MODULE 2 - Compétence périnéo abdominale

- 9, 10 novembre 2016

Intégralement pris en charge et indemnisé

Du côté du yoga en cabinet...

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.degashuet.com

Inscriptions sur degasquet.com



FORMATIONS



FORMATIONS ANSFL 2017

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).

- Session I - Prénatal.
- Session II - Postnatal

(Prérequis: suivi de la session I).

Dates : www.ansfl.org

L'échographie et les examens complémentaires dans le suivi de la grossesse normale

Intervenantes / Évelyne Rigaut (SF) Échographiste) - Lorraine Guénédal (Biologiste)

Lieu / Paris - Date : sept. 2017

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 : www.ansfl.org
- Session II (Prérequis: suivi de la session I). Date : www.ansfl.org

FORMATIONS PROPOSÉES SEULEMENT EN "GROUPE CONSTITUÉ"

L'installation en libéral

Intervenante / Laurence Platel (SF).

Pratique libérale: cadre réglementaire et cotations

Intervenante / Laurence Platel (SF).

Eutonie : rééducation en post-natal

Intervenante / Martine Gies (SF).

Lieu / St Germain Mont D'Or (près de Lyon).

- Session I - Découverte Date : 19-20 janvier 2017
- Session II - Les pathologies urinaires (Prérequis: suivi de la session I). Date : 1-2 juin 2017
- Session III - Retrouver la mobilité et le dynamisme (Prérequis: suivi de la session II). Dates : 15-16 déc. 2016 - 28-29 sept. 2017

La sexologie dans l'accompagnement de nos patientes et de leurs conjoints

Intervenante / Nicole Andrieu (SF).

Date : www.ansfl.org

Consultez les dates de formations sur notre site www.ansfl.org

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'féraïdo®

modelages
accompagnant
Physiologie



OGDPC 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

Cycle I : 23 au 25 janv 2017

Cycle II : 26 au 28 janv 2017

Dates Agen

Cycle I : 22 au 24 mars 2017

Cycle II : 16 au 18 nov 2017

oooooooooooo

Volet uro-gynécologique**

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

Dates Paris

Cycle I : 1 au 3 fev 2017

15 au 17 mai 2017

oooooooooooo

Contact et intervenants

* Dominique Jacquin, OSTÉOPATHE D.O.

**Francine Augère, SAGE-FEMME

Tél. : 05 62 28 39 94

www.nferaido.com





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.

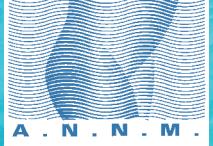
DATES : Montpellier 23 septembre / Grenoble 6 octobre / Lyon 7 octobre / Caen 17 novembre / Paris 25 novembre.

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



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

