

LES **DO**

#462 OCTOBRE 2016

LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE



REVUE D'INFORMATIONS MÉDICALES
ET PROFESSIONNELLES DE LA **Sage-Femme**

43^e année ISSN 0767-8293



DOSSIER
**LE GRAND PRIX
ÉVIAN**

REPORTAGE

Sage-femme sexologue, le lien entre le corps maternel et le corps érotique

PUBLICATION

La maladie thromboembolique veineuse au cours de la grossesse et du post-partum

FICHE TECHNIQUE

Le sport et la grossesse : est-ce compatible ?

MANAGEMENT

Le management stratégique des cadres hospitaliers... au rythme des réformes (2^e PARTIE)

PHENIX NANO Portable

La rééducation périnéale en toute simplicité



Liaison sans fil

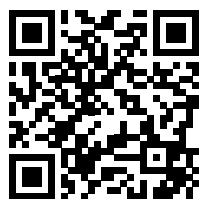
- espace libéré
- précision et stabilité du biofeedback sans équivalent



Assistant thérapeutique à partir des signes cliniques

- simplicité et efficacité

Stimulation et Biofeedback sans fil



Plus d'infos

Contactez-nous

☎ 04 67 27 15 42

www.vivaltis.com



DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF

Benoît LE GOEDEC, Sage-femme

SAGE-FEMME

Christine BUZENET, Sage-femme

CONCEPTION GRAPHIQUE

AGPA Éditions

12 rue du Quatre-Septembre

75002 Paris

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

agpaedit@wanadoo.fr

MARKETING ET PUBLICITÉ

Olivier PAUL-JOSEPH

elpea@eska.fr - Tél.: 01 42 86 55 79

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Samantha GRANELLI, Sage-femme Sexologue

Karine LACUT, INSERM CIC1412, Université de

Bretagne Occidentale, Département de Médecine

Interne et Pneumologie, CHU de Brest

Carole MAITRE, Gynécologue

Isabelle JOLY, Chargée des Relations Médicales

Danone Eaux France

Cécile POPOT, Sage-femme

Jean-Luc STANISLAS, Cadre Supérieur de Santé (93)

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.

Dépôt légal : Octobre 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

462 - OCTOBRE 2016

03 ÉDITO

Nous sommes des servants
BENOÎT LE GOEDEC

05 REPORTAGE

Sage-femme sexologue,
le lien entre le corps maternel
et le corps érotique
SAMANTHA GRANELLI

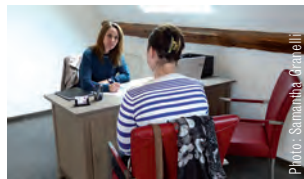


Photo: Samantha Granelli

10 PUBLICATIONS

La maladie thromboembolique
veineuse au cours de la
grossesse et du post-partum
KARINE LACUT

28 FICHE TECHNIQUE

Le sport et la grossesse :
est-ce compatible ?
CÉCILE POPOT ET CAROLE MAITRE

30 MANAGEMENT

Le management stratégique
des cadres hospitaliers... au
rythme des réformes (2^e partie)
JEAN-LUC STANISLAS

35 KIOSQUE

35 COMMUNIQUÉS

36 JURIDIQUE

40 HISTOIRE

La maternité en Afghanistan
JÉRÔME JANICKI

44 AGENDA

44 FORMATIONS



17 DOSSIER LE GRAND PRIX ÉVIAN

18 Entretien avec Isabelle
Joly, chargée des
Relations Médicales
Danone Eaux France
BENOÎT LE GOEDEC

21 25^e Grand Prix Évian des
Écoles de Sages-Femmes :
Résumés des mémoires
sélectionnés



Photo: Hervé Schmelzle

LES ANNONCEURS

C2 Phenix Vivaltis

C3 Laboratoire Vygon

C4 Medela

09 Grandir Nature

16 Matilia

23 Électronique Médicale
de France

27 Dolphitonic

29 Ysy Médical

33 Almafil

37 DTF Médical

39 PediAct

Encart jeté : Medicformation

Photo de couverture ©Hervé Schmelzle

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

VII^{ème} Gynécologie Obstétrique et Reproduction 2016

44^E JOURNÉES JEAN COHEN

Vendredi 25 & Samedi 26 Novembre 2016

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

**PRÉSIDENTE : FLORENCE TRÉMOLLIÈRES
COORDINATION SCIENTIFIQUE : JOËLLE BELAISCH-ALLART**

VENDREDI 25 NOVEMBRE 2016

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

SALON MUETTE

09h00-10h30

INFERTILITÉ

Modérateurs : Héliane MISSEY KOLB et Israël NISAND

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

11h00-12h30

ENDOCRINOLOGIE

Modérateurs : Brigitte LETOMBE et Jean-Marie ANTOINE

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

14h15-18h30

CONTROVERSES

Modérateurs : Jean-Louis BENIFLA et Patrice LOPES

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

SAMEDI 26 NOVEMBRE 2016

DPC 3 : La contraception dans tous ses états

SALON MUETTE

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

Contraception : Questions/Réponses ; Questions sans réponses

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

Blandine THIEBA-BONANE

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

VENDREDI 25 NOVEMBRE 2016 (SUITE)

DPC 2 : Session Colposcopie

SALON LOUIS XV

08h30 - 10h30

COLPOSCOPIE

Modérateurs : Jean-Luc MERGUI et Xavier CARCOPINO

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

11h00 - 12h30

COLPOSCOPIE

Modérateurs : Jean GONDRIY et Hélène BORNE

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

14h30 - 16h00

ATELIER PSYCHOSOMATIQUE

Modérateurs : Michèle LACHOWSKY, Diane WINAVER

16h30 - 18h00

ATELIER SAGE-FEMME

Modérateur : Catherine FOULHY

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

SAMEDI 26 NOVEMBRE 2016 (SUITE)

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

SALON MUETTE

8 - Lupus érythémateux disséminé : Quelle contraception ?Anne GOMPEL
9 - Finalement la pilule altère-t-elle l'acquisition du pic de masse osseuse chez les adolescentes ?Florence TRÉMOLLIÈRES
10 - Le DIU protège-t-il du cancer de l'endomètre et du col utérin ?Marc ESPIÉ

SALON LOUIS XV

09h00 - 10h30

ATELIER LE SEIN

Modérateurs : Marc ESPIÉ, Natacha ESPIÉ, Alain PROUST, Diana WINAVER

Cas cliniques interactifs, imagerie

11h00 - 13h00

ATELIER URO-GYNÉCOLOGIE

Modérateur : Bruno DEVAL



« **J**e leur permets de faire cette expérience régénératrice : être fort parmi les autres.

On croit qu'avec un pinceau à la main, l'enfant apprend à dessiner ; mais, dans le Closlieu, avec un pinceau à la main, l'enfant apprend à être ! » dit Arno Stern, créateur du Closlieu, espace sans regard sur l'extérieur, dont le climat est permanent et qui permet la Formulation.

La Formulation, code structuré et universel, se déroule selon des lois qui lui sont propres. Sa connaissance donne un nouveau regard sur la Trace et sur celui qui l'émet.

Nous sommes des servants

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME, RÉDACTEUR EN CHEF

Osons nous dire que ce que nous appelons physiologie pendant la grossesse et l'accouchement serait aussi quelque chose de cet ordre : une inscription universelle et structurée, permanente. Une force, une capacité qui émane de la femme, commune à toutes. Une nécessité au-delà de l'intention. Une manifestation spontanée où tout échappe à la réflexion. Tout prend sens.

Tout s'impose à la femme. Elle crée le monde à sa mesure dans la réalité du moment. Ce qui se produit est au-delà des mots.

Cela ne s'adresse à nul autre récepteur. Elle n'est que dans

l'investissement du moment présent, avec une conviction sans faille sur sa capacité à mettre au monde. Le reste du monde se retire. Elle est en accord entre ses nécessités et ses capacités.

Mais la femme est souvent regardée, guidée, dans des conduites imposées par les soignants qui ne sont en réalité faites que pour eux. Et les sages-femmes elles-mêmes font croire à la femme que leurs images sont adaptées. La femme dépossédée est devenue dépendante.

Cela la place dans des conditions d'exercice qui ne sont plus les siennes et elle va chercher à bien faire, satisfaire le besoin de l'autre. La sage-femme a obtenu ce qu'elle voulait ; la femme pense qu'elle a une opinion valable.

Pourquoi la femme devrait-elle être tributaire de l'appréciation, du regard, du jugement de l'autre ?

La sage-femme doit juste accorder un moment privilégié à la femme, être là avant que les choses n'apparaissent. Car quand on les partage, quand on y assiste, elles n'ont plus besoin d'être passées au crible de l'analyse.

La femme doit pouvoir se placer dans une relation pure, sans les croyances de l'autre.

La sage-femme doit lui laisser ses capacités de découverte, de jeu, de formulation, de manifestation naturelle. Nous ne devons pas l'encombrer de nos théories. À vouloir trop dire, trop regarder, la sage-femme empêche la femme de répondre à sa nécessité. Et si par notre éducation, nous la faisons douter d'elle-même... elle devient mûre pour être éduquée !

Ce n'est pas de l'acquisition d'un principe ou de techniques dont la femme a besoin, mais de pouvoir laisser sa maturation naturelle s'opérer. Et là, dans ce qui lui est pourtant commun avec toutes les femmes, elle pourra jouer avec ses propres tactiques et avec ce qui lui est singulier, ses intentions, ses représentations et ses rêves.

La responsabilité de la sage-femme est d'abord celle d'un retrait devant l'autre, devant le souci de l'autre. C'est une attention. Et la femme découvre un élan vital, intarissable, l'ouvrant à l'amour inconditionnel pour son bébé qui peut alors s'ouvrir à lui-même.

Nous ne devons jamais choisir absolument pour l'autre.

Et nous sommes les seul(e)s à le savoir car nous approchons la physiologie.

Nous ne sommes pas des maîtres.

Nous sommes des servants. •

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

COMITÉ SCIENTIFIQUE ET INTERVENANTS SOLlicitÉS

Présidents
HÉLÈNE DE GUNZBOURG
et **BENOÎT LE GOEDEC**

MONIEL VERHOEVEN
PAUL CESBRON
ALAIN ABELHAUSER
MARIE-HÉLÈNE LAHAYE
CÉLINE PUILL
MAÏ LE DU
CLAUDE BIRMAN
BERTRAND QUENTIN
ANDRÉ STERN
CLARISSE LE GOEDEC
NACH

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



MARDI 6 DÉCEMBRE 2016

8h30 Accueil des participants
9h00 OUVERTURE DU COLLOQUE

MYTHES – HISTOIRE – SOCIÉTÉ

9h15 Cet enfant ressemble à qui ? De la rivalité mimétique à la liberté **Moniel VERHOEVEN**, anthropologue
9h45 La violence historique dans la naissance **Paul CESBRON** gynécologue obstétricien

10h30 PAUSE

11h00 Les sorcières **Céline PUILL**, sage-femme, sociologue
11h30 La religion implique-t-elle ou réfrène-t-elle la violence? Autour de la naissance **Claude BIRMAN**, philosophe
12h00 La représentation de la violence sur les corps des femmes dans l'art **Clarisse LEGOEDEC**, médiatrice culturelle

13h00 DÉJEUNER

VIOLENCE ET POLITIQUE

14h30 Nigra Sam Pulchra Es (de Heddy Maalen) **NACH**, danseuse krump/contemporain
15h00 "Passeuses" de violence ? **Alain ABELHAUSER**, psychanalyste
15h30 La violence politique **Marie-Hélène LAHAYE**, juriste et féministe
16h00 L'éducation des sages-femmes, entre oppression et liberté **Benoit LEGOEDEC**, Sage-femme

MERCREDI 7 DÉCEMBRE 2016

8h30 Accueil des participants
9h00 OUVERTURE DU COLLOQUE

VIOLENCE ET CORPS

9h00 Naissance, haine et culture **Hélène DE GUNZBOURG**, sage-femme, philosophe
9h30 Violences et accouchement d'un enfant à handicap **Bertrand QUENTIN**, philosophe

10h00 PAUSE

10h30 Le toucher pour soigner le nouveau-né, entre impensable et indispensable **Mai LE DU**, sage-femme sociologue
11h00 La violence éducative **André STERN**, auteur

12h30 DÉJEUNER

14h00 à 17h00, UNE HEURE PAR ATELIER, TROIS GROUPES

ATELIERS :

VIOLENCE INSTITUTIONNELLE ET OBSTÉTRICALE
Chantal BIRMAN, sage-femme / **Marie-Hélène LAHAYE**, juriste

VIOLENCE FAITE AUX FEMMES
intervenants en attente

VIOLENCE FAITE AU NOUVEAU-NÉ
Mai LE DU / *intervenants en attente*

Sage-femme sexologue, le lien entre le corps maternel et le corps érotique

« On me demande souvent pourquoi la sexologie ?

J'avoue, je n'en ai aucune idée, et pourtant je suis la première à dire qu'on ne vient pas à la sexologie par hasard !

Alors, en y réfléchissant bien, peut-être est-ce mon histoire personnelle ? Ou mon parcours professionnel ? »

En effet, en début de carrière, je me suis rendu compte que, dans ma pratique professionnelle, j'étais amenée à donner des conseils sur la sexualité de la femme enceinte et accouchée sans avoir eu de cours à ce sujet lors de mes études.

J'ai réalisé que la sage-femme avait un rôle fondamental dans la vie d'une femme : elle représente le lien entre le corps maternel et le corps érotique.

Voulant acquérir des connaissances sur le thème de "la sexualité et la maternité", j'ai cherché à faire des formations continues mais de nombreuses formations ont été annulées par faute de participants.

Le plus logique pour moi a donc été de me lancer dans le DIU de sexualités humaines afin d'acquérir des connaissances manquantes dans le domaine de la maternité, mais aussi afin de mettre en place des consultations de sexologie pour tout patient en difficulté.

Mais, même si le DIU permet de se qualifier de "sexologue", je ne me suis pas sentie sexologue pour autant. Il me manquait des outils thérapeutiques, une méthode d'accompagnement qui me correspondait à moi, sage-femme.

Je me suis donc lancée dans la formation de sexo-corporel qui a été pour moi une grande richesse personnelle et professionnelle.

J'ai pu acquérir des techniques corporelles mettant en avant les "lois du corps" (respiration/tonicité/rythme) et les mettre en place dans la prise en charge de mes patientes en consultation de sexologie.

Et, richesse de notre profession, j'ai pris conscience que ces techniques pouvaient aussi avoir un intérêt dans ma pratique de sage-femme.

En tant que sage-femme sexologue, j'ai réalisé que le temps de la maternité est un temps essentiel et propice pour évoquer la sexualité, même si les questions se font encore trop discrètes.

La sexualité est un sujet encore trop tabou, alors c'est à nous, sages-femmes, d'évoquer ces thèmes lors des



En consultation de sexologie à mon cabinet libéral.

consultations prénatales, de l'entretien prénatal précoce, mais aussi lors des cours de préparation à la naissance, en suites de couches, lors des visites postnatales au domicile ou encore, et bien sûr, lors des séances de rééducation périnéale.

Il faut savoir que c'est souvent lors de la grossesse que ressurgit le passé et que les troubles sexuels apparaissent et s'aggravent.

C'est donc dans le temps de la maternité que la sage-femme/sexologue peut être amenée à recevoir :

- des femmes enceintes perdues dans leur sexualité,
- des femmes présentant un vaginisme,
- des femmes enceintes ou accouchées présentant des dyspareunies,
- des femmes, souvent des accouchées, présentant des troubles du désir.

La double spécialisation de sage-femme et de sexologue me permet d'accompagner les patientes en toute bienveillance dans un monde qui peut paraître synonyme de bien-être, plénitude, joie et bonheur (maternité, sexualité), mais qui peut aussi être synonyme de douleurs (contractions dans le cadre de la maternité, dyspareunies dans le cadre de la sexualité), mal être, peine (grossesse pathologique, IMG dans le cadre de la maternité, déception sexuelle et amoureuse dans le cadre de la sexualité).

Quel paradoxe ! Pour la majorité des gens, l'évocation du mot "sexologie" prête à sourire en pensant sexualité, sexe... Alors que je vous parle de souffrance, difficultés...

Alors faisons le point sur la sexologie !

J'AI PU
ACQUÉRIR
DES
TECHNIQUES
CORPORELLES
METTANT EN
AVANT LES
"LOIS DU
CORPS"

QU'EST-CE QUE LA SEXOLOGIE

La sexologie est une discipline appartenant au domaine de la santé sexuelle : elle comporte l'étude de la sexualité de reproduction et de la sexualité de plaisir d'un point de vue biologique, psychologique et social.

« Selon l'OMS, la santé sexuelle se définit comme l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexuel, de façon à parvenir à un enrichissement et à un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour »

Il arrive que dans la sexualité individuelle, ou dans le couple, il y ait des conflits et des dysfonctions sexuelles entraînant des tensions et des angoisses.

Dans ces situations difficiles, il est possible de consulter un sexologue pour évoquer ses problèmes d'ordre sexuel afin de lever les difficultés et de laisser place à une sexualité épanouie.

EN QUOI CONSISTE UNE CONSULTATION DE SEXOLOGIE ?

Il n'existe pas de code de déontologie en sexologie mais il va de soi qu'une certaine éthique est de rigueur.

La consultation dure de 45 minutes à une heure, n'est pas remboursée par la Sécurité sociale.

Le prix d'une consultation varie entre 50 et 100 euros selon le sexologue et la localité du praticien.

Seuls les médecins sexologues et sages-femmes peuvent examiner les patients.

Les consultations de sexologie sont des temps d'écoute bienveillante et d'empathie afin d'évaluer les difficultés mais aussi, et surtout, de mieux prendre en charge la souffrance sexuelle du patient.

Les troubles sexuels rencontrés peuvent être :

- Des dysfonctions sexuelles féminines (troubles du désir, dyspareunie, vaginisme, anorgasmie, etc.),
- Des dysfonctions sexuelles masculines (troubles érectiles, éjaculation précoce, éjaculation retardée, troubles du désir, etc.),
- Insatisfaction sexuelle au sein du couple,
- Troubles de l'identité et de l'orientation sexuelle,
- Addictions et compulsions sexuelles.

Lors du premier rendez-vous, le thérapeute évalue la plainte de la patiente, les symptômes décrits mais aussi sa demande en venant consulter.

Lors des rendez-vous suivants, le sexologue pourra effectuer une évaluation progressive en questionnant sur les composantes de la sexualité du patient.

Les composantes de la sexualité humaine sont de l'ordre de cinq : composantes fondamentales, relationnelles, personnelles, cognitives et physiologiques.

Une fois son évaluation faite, le sexologue pourra ainsi identifier la problématique sexuelle et proposer une prise en charge thérapeutique adaptée au patient en fonction de sa logique de système.

Une sexothérapie peut demander du temps et de l'investissement pour le patient et, pour une meilleure prise en charge, l'alliance thérapeutique est fondamentale.

Des consultations de sexologie peuvent être proposées à l'hôpital, le plus souvent dans les services de gynécologie-obstétrique, dans les services d'urologie ou encore en service d'endocrinologie.

Les consultations de sexologie peuvent aussi être proposées dans le cadre d'une activité libérale.

QUI SONT LES SEXOLOGUES ?

N'importe qui peut se dire "sexothérapeute", "sexologue" !

Ce titre n'est pas réglementé, et c'est là tout le problème.

Une personne en difficulté sexuelle peut être mal conseillée et ses troubles s'aggraver sur les simples conseils d'un sexologue non reconnu et non diplômé, tout simplement non formé à cette spécialité.

Il en est de même avec internet et les sites dédiés à des consultations de sexologie "en ligne" : prudence ! Et pourtant, il est tellement plus simple de parler de sa sexualité en toute discrétion protégé par un écran.

Pour devenir sexologue, il faut tout d'abord avoir principalement une formation initiale dans le domaine de la santé, de près ou de loin.

Sexologue est une spécialisation de notre formation initiale.

Beaucoup de sexologues sont de formation initiale gynécologue, médecin généraliste, sage-femme, kinésithérapeute, psychiatre, psychologue, voire quelques infirmiers, etc.

COMMENT DEVIENT-ON SEXOLOGUE ?

■ POUR POUVOIR PRÉTENDRE AU TITRE DE SEXOLOGUE, IL FAUT OBTENIR UN DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE

Selon la profession initiale, le titre du diplôme change :

- Le **Diplôme Inter-Universitaire de Sexologie** est le seul diplôme reconnu par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. Donc ouvert aux médecins.
- Le **Diplôme Inter-Universitaire d'étude de la Sexualité Humaine** ou **d'études biologiques, psychologiques et sociales de la Sexualité Humaine** (selon les facultés) est ouvert aux six catégories professionnelles telles que psychologues cliniciens, kinésithérapeutes, psychomotriciens, infirmiers, pharmaciens et **sages-femmes**.

Ces deux diplômes sont obtenus après une formation universitaire à la faculté d'une durée de trois ans, formation constituée de cours communs et sanctionnée par le même examen national et la présentation d'un mémoire.

- Le **Diplôme Universitaire de Santé Sexuelle** est ouvert aux non-médecins dont la profession nécessite des connaissances sur la sexualité humaine. Il concerne donc les enseignants, les éducateurs spécialisés, les conseillères conjugales.

Selon la faculté, ce diplôme peut s'obtenir en deux ou trois ans, suivant le même cursus universitaire que le DIU

de sexologie et le DIU d'étude de la Sexualité Humaine mais il est sanctionné par un examen régional différent de l'examen national et aussi d'un mémoire.

■ IL EXISTE D'AUTRES FORMATIONS NON DIPLOMANTES ET NON RECONNUES MAIS TOUT AUSSI INTÉRESSANTES

On peut citer par exemple :

- **La formation de sexofonctionnelle** va permettre de mettre en place une thérapie basée sur le modèle de fonctionnalité sexuelle développée par le Docteur François de Carufel.

Ce modèle intègre l'ensemble des composantes des fonctionnements sexuels sains et adéquats de l'être humain. Il procure au thérapeute un cadre de référence pour évaluer le fonctionnement sexuel de ses patients. Il lui permet de développer des outils efficaces pour traiter les différents désordres sexuels féminins et masculins.

La thérapie de sexofonctionnelle met l'accent sur le développement du potentiel sexuel de la personne, l'harmonisation sexuelle du couple, et de la responsabilisation sociale des individus.

- Sur un principe très proche, **la formation de sexocorporelle** est une thérapie développée dans les années 70 par le Professeur Jean-Yves Desjardins.

Le sexocorporel est une méthode scientifique de prise en charge des dysfonctions sexuelles non organiques. Il repose sur l'étude du corps explicite-observable et le corps implicite-psychique ; le corps étant le miroir de notre cerveau.

Sa spécificité est l'évaluation rigoureuse de la fonction d'excitation sexuelle, afin de bien situer la personne dans son développement sexuel et dans ses apprentissages à sa génitalité.

- **Des formations continues sur le thème de la sexualité, ouvertes aux sages-femmes**, sont proposées par des organismes spécialisés (exemple : ADCO, Aspazie, Médicformation, etc.).

Les sages-femmes peuvent y acquérir des connaissances plus spécifiques sur la sexualité et les dysfonctions sexuelles chez la femme enceinte et accouchée, mais il faut bien rappeler que ces formations ne permettent pas de proposer des consultations de sexologie et de se qualifier de sexologue.

Pour ma part, ayant fait la formation ADCO sur "Sexualité, grossesse et accouchement", obtenu le DIU d'études biologiques, psychologiques et sociales de la sexualité humaine, et validé le premier cycle de la formation sexocorporelle, je me sens grandie dans mes compétences professionnelles de sage-femme/sexologue.

Je propose dans le cadre de mes consultations de sexologie une écoute bienveillante, une prise en charge adaptée aux patientes en difficulté et en souffrance sexuelle.

Afin d'illustrer mon rôle en tant que sage-femme/sexologue, j'aimerais vous présenter le cas d'une de mes patientes, ou plus exactement vous faire vivre le chemin que j'ai parcouru avec elle lors de rendez-vous réussis.

CAS CLINIQUE

1^{er} RENDEZ-VOUS

Madame M., 33 ans, Nord-Africaine, vient consulter pour vaginisme, me dit-elle.

Elle m'explique qu'elle est arrivée en France il y a plusieurs années pour faire des études scientifiques.

Son mari a 24 ans de plus qu'elle, est d'origine française et cadre dans l'entreprise dans laquelle elle travaille actuellement.

Leur mariage a eu lieu en France avec très peu de membres de leur famille car cette union n'est pas approuvée.

La sœur et la tante de Madame M. se sont permis de lui décrire leur premier rapport sexuel comme étant douloureux et traumatisant.

Elle va m'expliquer que, le soir de la nuit de noces, au moment de la pénétration, elle a paniqué et serré les cuisses. Il n'y a pas pu y avoir de pénétration.

Elle se met à pleurer, me demande si elle peut guérir de cette maladie. « *Je ne suis pas une femme* », me dit-elle. Elle ajoute : « *Je veux avoir des pénétrations avec mon mari pour avoir du plaisir mais aussi pour avoir une grossesse.* »

Elle me raconte qu'elle a réussi à être enceinte sans pénétration mais a fait une fausse couche il y a 2 mois. Lors de ces consultations en urgence, le gynécologue lui a dit qu'« *elle pouvait quand même faire un effort, que la sonde d'échographie était sûrement plus petite que le sexe de son mari!* ».

Dans ma lecture corporelle, c'est une femme féminoïde avec des cheveux courts, des boucles d'oreilles discrètes, un maquillage discret. Madame M. est habillée en pantalon. Elle s'assoie devant moi, les jambes serrées et commence l'entretien le sac à main sur les genoux. Elle est centrée, droite, à une voix faible, parle sur un ton bas, a une respiration bloquée, elle a une attitude quasi immobile tout le temps de l'entretien.

En premier lieu, il est aussi fondamental de la féliciter d'avoir entrepris cette démarche de consulter et venir parler de sa souffrance actuelle.

Il était important de la revaloriser, de l'amener à "croire en elle" et en ses choix de vie. Car, lors de ce premier entretien, j'ai entendu un mal-être, une souffrance par rapport aux jugements des autres quant à son couple.

J'ai repris avec elle la notion de vaginisme qu'elle classe sous le nom de maladie. Nous avons travaillé ensemble sur la définition, mais aussi sur le descriptif anatomique de ses organes génitaux féminins. Et, en tant que sage-femme, rien de plus simple que de parler de l'anatomie féminine.

Le vaginisme est un mécanisme de défense qui comprend une contraction involontaire des muscles périnéaux empêchant toute pénétration coïtale.

Quant à ses propos de ne pas se sentir femme, je lui ai précisé que, justement, nous allions travailler ensemble pour qu'elle apprenne à se connaître, se découvrir, dans son corps, dans sa féminité, dans son intimité.

2^e RENDEZ-VOUS

Madame M. a eu un rapport sexuel avec « une petite pénétration » me dit-elle; mais elle a ressenti qu'il était bloqué comme contre un mur.

Elle espère être enceinte maisangoisse à l'idée des examens médicaux à subir.

Elle espère être enceinte même si elle sait que leurs familles n'approuvent pas leur union et la venue d'un bébé.

Je reformule ses propos en utilisant le mot "peur". Elle me reprend car préfère parler d' "angoisses".

En espérant être enceinte, Madame M. souhaite repartir avec un speculum afin de s'entraîner en prévision d'examen obstétricaux.

>>>

>>> Suite du cas clinique

Lors de ce deuxième rendez-vous, je la félicite tout d'abord d'avoir eu une pénétration avec son conjoint, et je reprends l'image du "mur" qu'elle a utilisée pour décrire un blocage.

Comme lors du premier rendez-vous, je lui fais une description anatomique du vagin, mais cette fois-ci en m'appuyant sur la consistance du vagin, l'aspect souple, mou, accueillant finalement.

Je reprends. Ce mot "mur" n'est-il pas dénué de sens ? Ne traduit-il pas ses peurs, ses angoisses ? Finalement, elle se retrouve au pied du "mur", elle est partagée entre son désir d'être mère et aller à l'encontre des deux familles, aller aussi à l'encontre de sa propre mère qui n'approuve pas ce mariage.

D'autant que je garde à l'esprit qu'il existe deux typologies de vaginisme : le vaginisme phobique et le vaginisme d'angoisse.

Très simplement, le **vaginisme d'angoisse** se définit par une impossibilité de pénétration coïtale alors que ces patientes arrivent à être examinées et à mettre des tampons. On retrouve ces situations de vaginisme d'angoisse chez des femmes qui, inconsciemment, ont peu ou pas de désir de maternité car elles ne se sentent ni mère ni même femme.

J'invite Madame M. à travailler sur le relâchement : le relâchement de son corps, de son périnée.

Pour ce faire je lui propose de se concentrer sur sa respiration, de prendre le temps de se poser, de respirer profondément, de se caler sur une respiration abdominale.

Dans la sexualité, je lui suggère de ne pas chercher à tout prix la pénétration mais plutôt un moment de rencontre et de découverte entre elle et son mari.

L'exercice qui peut être proposé dans ce cas est le "sensate focus", technique de touchers et massages corporels permettant de percevoir les différentes variations du toucher et d'en évaluer le ressenti corporel.

3^e RENDEZ-VOUS

Madame M. n'est pas enceinte. Elle se dit déçue mais préfère régler ses problèmes sexuels avant.

Elle m'énumère ses progrès. Elle arrive à introduire un doigt puis deux dans son vagin. Elle a réussi à introduire le spéculum de vierge aussi. Elle réussit à s'introduire un tampon après plusieurs tentatives en s'aidant de lubrifiants. Elle a entendu parler des boules de geisha et aimerait en acheter pour s'entraîner...

Dans ma lecture corporelle, Madame M. est toujours droite et centrée, assise sur sa chaise, jambes serrées, mais a posé son sac sur la chaise d'à côté. Elle a toujours une voix douce et discrète, arbore quelques sourires discrets.

J'avance doucement avec elle, jamais d'urgence ni de précipitation en sexologie. Je lui parle des boules de geisha mais je ne veux pas qu'elle aille trop vite, au risque de perdre tout le bénéfice acquis.

Je la félicite de nouveau dans ses progrès, ce qui la rassure.

4^e RENDEZ-VOUS

Cet entretien est quasi identique au précédent.

Madame M. fait un bilan de sa situation :

- Elle arrive maintenant à avoir une pénétration coïtale totale mais avec une douleur (EVA à 7),
- Elle n'a pas de plaisir lors des rapports,
- Elle a eu son rendez-vous gynécologique, a eu une échographie endovaginale et on lui a fait un frottis. Examens faisables mais douloureux (EVA à 5),
- Par contre, elle me précise qu'elle n'a pas de grossesse en cours.

Devant cette énumération de faits, je mets en avant ses "lignes de forces" afin qu'elle reprenne confiance en elle et qu'elle trouve la force de continuer dans son travail de guérison.

LIGNES DE FORCE

- Elle est volontaire et courageuse car elle essaye et réussit tous les exercices proposés.
- Elle a réussi à vivre la pénétration de son doigt, ses doigts, un tampon, un spéculum, le sexe de son mari.
- Elle a travaillé sa respiration et y voit un bénéfice.
- Elle a pratiqué le *sensate focus* et a trouvé cela agréable.

5^e RENDEZ-VOUS

En m'entretenant avec Madame M, elle m'explique qu'elle aime son mari, qu'elle a du désir pour lui, elle se sent bien avec lui.

Lors des préliminaires, elle aime ses caresses sur le corps mais refuse de recevoir ou faire des caresses sur les parties génitales. « *C'est sale et je n'ai pas appris de toute façon* ».

Ils ne pratiquent pas les rapports oraux. « *C'est sale* », et encore moins l'automasturbation. « *C'est sale, ça ne se fait pas* ».

Devant beaucoup d'interdits et probablement un manque d'éducation à la sexualité, nous avons (re)travaillé ensemble sur ses cognitions mais aussi sur les apprentissages à la sexualité.

Elle n'a aucun repère à son excitation sexuelle. Elle n'a pas conscience de ses creux et ne les érotise pas.

L'érotisation des creux, c'est intégrer ses creux vaginaux et les accepter, les mettre en valeur, en jouer, apprécier le plaisir que procurent ses creux.

Son mode d'excitation sexuel est probablement archaïque, elle ne parle d'aucune mobilité du corps. Il n'y a pas de lâcher prise.

Au cours de ce cinquième rendez-vous, je lui suggère maintenant d'aller à la découverte de son corps et de la perception de ses creux. Bien sûr, en toute intimité chez elle.

Je lui propose de toucher ses parties génitales en fermant les yeux et en s'imaginant que c'est une fleur par exemple. Elle lui attribuera une couleur, une forme, une odeur en fonction de ce qu'elle va ressentir.

6^e RENDEZ-VOUS

Annulé.

Va-t-elle mieux ? Est-elle enceinte ? Ou suis-je allée trop vite, trop loin dans mes questions ?... Attention à l'adhésion du patient dans la prise en charge thérapeutique !

7^e RENDEZ-VOUS

Elle prend rendez-vous cinq mois plus tard mais ne vient pas. J'apprends qu'elle était enceinte et vient de faire une nouvelle fausse couche.

Je ne reverrai plus la patiente par la suite.

Ce que j'ai voulu vous montrer dans cet exemple de suivi, c'est que l'accompagnement peut prendre du temps.

Et que, pour cette patiente, c'est ma profession initiale de sage-femme qui l'a motivée à venir me rencontrer pour l'aider à guérir de son vaginisme en vue d'une grossesse.

Et que, c'est mon statut de sexologue qui l'a aidée à lever ses interdits et lever son vaginisme.

Mais il lui reste encore du chemin à faire pour avancer dans ses projets personnels.

CONCLUSION

Je pourrais conclure ce témoignage en citant ces phrases de conclusion :

De par notre formation initiale de sage-femme, nous avons acquis :

- Écoute, empathie, patience sont le point de départ de notre profession.
- Bienveillance et accompagnement sont le propre de notre fonction.
- Délivrance et naissance sont le but de notre métier...

Être sexologue, c'est savoir écouter, être empathique et prendre en charge sans précipitation.

Être sexologue, c'est savoir accompagner la patiente vers une guérison en toute bienveillance.

Être sexologue, c'est délivrer la patiente de cette souffrance sexuelle afin de l'amener vers une sexualité épanouie.

Alors, sage-femme sexologue, c'est savoir accompagner une femme à devenir mère en restant femme, en l'aidant à surmonter les difficultés de la vie et trouver un épanouissement personnel, familial et sexuel.

Mais je pourrais aussi vous dire, tout simplement, que :

Tout au long de ma vie je suis restée moi-même, avec mon histoire personnelle et ma personnalité discrète.

J'ai avancé, cherché mon chemin professionnel, et suis devenue sage-femme. J'exerce mon métier avec conviction tout en restant moi-même discrète et bienveillante.

Et puis, j'ai voulu prendre un autre chemin sans vouloir trop m'éloigner de ma vie professionnelle et personnelle ; alors je me suis enrichie en me formant pour devenir sexologue.

Je propose mes consultations de sexologie en restant moi-même : à l'écoute en toute discrétion et bienveillante.

Mais je n'aurais jamais pensé qu'un jour, mon parcours professionnel m'amènerait à intervenir aux Assises Nationales des Sages-femmes à Saint Malo en mai 2016, ni même à écrire un article dans les *Dossiers de l'Obstétrique* !

Ce témoignage met en avant que toute sage-femme a sa richesse personnelle et professionnelle et c'est une richesse pour les autres que d'en profiter.

Merci à tous ceux que j'ai croisés sur le chemin de ma vie et qui m'ont tant apporté. ■

PRÉSENTATION DE L'AUTEURE

Samantha Granelli est Sage-Femme/Sexologue à la maternité du Centre Hospitalier Sud Essonne d'Étampes (91) et au Centre Médical Jules Ferry de Leuville-sur-Orge (91). Elle est Sage-femme diplômée d'État, Paris VI. DIU d'études biologiques, psychologiques et sociales de la Sexualité Humaine, Paris XIII. Formation en Sexocorporel, CFSF France, Paris VII

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

Grandir Nature, votre partenaire pour accompagner les mamans allaitantes.

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

consultante-lactation@grandir-nature.com

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

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

Livraison sur toute la France sous 48h.



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

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



GRANDIR NATURE
aider les mamans

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

N° Vert **0 800 622 833**

DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H15 À 19H00

www.grandir-nature.com • leblogallaitement.com

12 RUE DE L'INDUSTRIE, 67560 ROSHEIM



La maladie thromboembolique veineuse au cours de la grossesse et du post-partum

Au cours de la vie d'une femme, la grossesse et le post-partum sont des périodes durant lesquelles le risque de développer une maladie thromboembolique veineuse (MTEV) est accru. En raison de ses spécificités, la MTEV dans ce contexte est une pathologie que les professionnels de gynécologie-obstétrique doivent bien connaître afin de la prévenir si possible, l'identifier, et la traiter de façon optimale. Dans cet article, après un rappel de la physiopathologie, de l'épidémiologie et des facteurs de risque de la MTEV au cours de la grossesse et du post-partum, nous décrivons les méthodes diagnostiques ainsi que les options de traitement et de prévention.

Physiopathologie de la MTEV

Les trois éléments de la Triade de Virchow impliqués dans la constitution d'un thrombus (hypercoagulabilité, stase veineuse et altération de la paroi veineuse) sont présents au cours de la grossesse (Figure 1) :

■ **Hypercoagulabilité.** La grossesse induit naturellement des modifications biologiques afin de pallier le risque d'hémorragie de la délivrance. Certains facteurs coagulants (fibrinogène, facteur von Willebrand, facteurs VII, VIII et X) sont augmentés. En parallèle, les facteurs anticoagulants physiologiques (antithrombine, protéines S et C) sont abaissés. Un déséquilibre se crée en faveur d'un état pro-thrombotique. Cet état est encore majoré par une baisse de l'activité fibrinolytique. Les modifications de l'hémostasie régressent en six à huit semaines après l'accouchement.

■ **Stase veineuse.** Par compression de la veine cave inférieure et des vaisseaux iliaques, l'utérus gravide favorise la stase veineuse. L'immobilisation relative liée à la grossesse et l'obésité peuvent accentuer encore cette stase veineuse.

■ **Altérations de la paroi veineuse.** Les modifications hormonales de la grossesse entraînent une distension veineuse. Par ailleurs, les lésions de la paroi vasculaire, fréquentes au moment de l'accouchement notamment en cas de césarienne ou d'accouchement instrumental, peuvent participer à la constitution d'un thrombus.

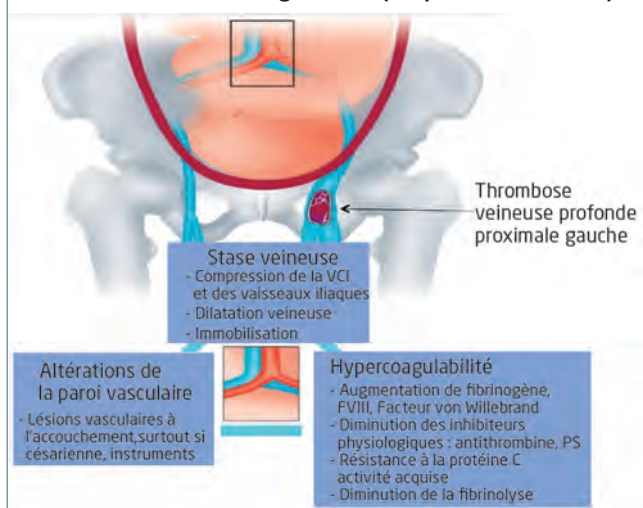
Épidémiologie de la MTEV

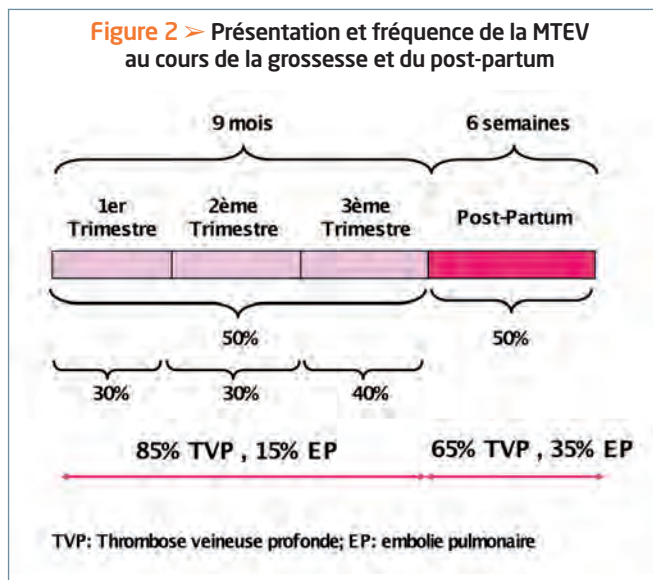
La MTEV comprend la thrombose veineuse profonde (TVP), le plus souvent localisée aux membres inférieurs, et l'embolie pulmonaire (EP). L'EP est la forme la plus grave de la maladie et est une cause majeure de mortalité maternelle directe dans les pays occidentaux (10 % des morts maternelles recensées), avec une incidence estimée à 0,95 pour 100 000 naissances vivantes^[2,3]. Au cours de la grossesse, les femmes ont cinq fois plus de risques de développer une MTEV que les femmes non enceintes du même âge, mais l'incidence de la maladie reste faible, environ 1 cas pour 1 000 grossesses. La MTEV durant la grossesse se présente majoritairement sous la forme d'une TVP. L'utérus gravide, en comprimant la veine cave inférieure et les vaisseaux iliaques, entraîne un syndrome de Cockett physiologique (compression de la veine iliaque gauche par l'artère iliaque droite) et explique que près de 80 % des TVP sont localisées à gauche et sont principalement proximales. Durant le post-partum, le risque de MTEV est encore plus élevé, multiplié par 20 environ par rapport aux femmes de même âge non enceintes, et la proportion d'EP augmente de façon importante. Si environ 50 % des événements thromboemboliques veineux se produisent pendant la grossesse et 50 % durant le post-partum (plus particulièrement durant les trois premières semaines suivant l'accouchement), le post-partum est la période durant laquelle le risque de MTEV est majeur, tant par la fréquence que par la gravité (Figure 2)^[4-7].

Principaux facteurs de risque de MTEV au cours de la grossesse et du post-partum

En dehors des modifications physiologiques de la grossesse, de nombreux facteurs peuvent contribuer au risque de MTEV. Ces facteurs peuvent être des caractéristiques de la femme elle-même, mais aussi des facteurs liés au déroulement de la grossesse ou aux modalités d'accouchement (Tableau 1)^[1, 8-10]. Souvent

Figure 1 > Mécanismes physiopathologiques de la thrombose veineuse au cours de la grossesse (adapté de référence [1])





combinés ou intriqués, ils ne sont pas constamment retrouvés dans les études et confèrent un risque variable de MTEV, risque qu'il est parfois difficile d'appréhender à l'échelle individuelle.

Parmi les caractéristiques des femmes, l'âge (> 35 ans), l'obésité et un antécédent personnel de MTEV sont les facteurs de risque de MTEV au cours de la grossesse et du post-partum les plus fréquemment retrouvés. Le risque apparaît majeur si l'obésité s'associe à une immobilisation. L'âge et l'obésité augmentent le risque d'EP. Le risque de MTEV lié aux antécédents personnels de MTEV dépend surtout des circonstances dans lesquelles s'est présenté le premier épisode. Si celui-ci est survenu en raison d'un facteur de risque majeur et transitoire (comme un plâtre ou une chirurgie), le risque de récurrence de MTEV est faible, même au cours d'une grossesse. En revanche, si celui-ci est survenu sans circonstance favorisante ou dans un contexte hormonal (grossesse antérieure ou contraception œstro-progestative), le risque de récurrence de MTEV au cours de la grossesse est élevé et justifie de mesures préventives appropriées¹¹¹⁻¹³¹.

Tableau 1 > Principaux facteurs de risque de MTEV au cours de la grossesse et du post-partum

Variables	Risque (multiplié par)
Age > 35 ans	X 1.5
Obésité	X 5
Immobilisation	X 7.7
Antécédent personnel de MVTE	X 25
Parité > 1	X 1.5
Aide médicale à la procréation	X 4.3
Thrombophilies (cf. Tableau 2)	X 2 à 50
Césarienne programmée	X 2.7
Césarienne en urgence	X 4
Hématome rétro-placentaire	X 2.5
Pré-éclampsie	X 3.8
Éclampsie	X 4.4
Saignement peri-partum > 1l	X 4.1

La MTEV peut être associée à des anomalies biologiques, appelées alors "thrombophilies biologiques". Les déficits en antithrombine, protéine C, protéine S, et les anomalies génétiques du facteur V (FVLeiden), et du facteur II (mutation G20210A du gène de la prothrombine) sont les principales thrombophilies héréditaires. Le syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL) avec anticoagulant circulant et/ou augmentation des anticorps anticardiolipine représente la principale thrombose acquise. Le risque de MTEV au cours de la grossesse n'est pas le même pour toutes ces thrombophilies : plus l'anomalie est fréquente, moins le risque de MTEV est élevé (Tableau 2)¹¹⁴, ce qui contribue à ne pas proposer de recherche systématique de thrombose avant une grossesse.

Tableau 2 > Niveau de risque des principales thrombophilies biologiques pendant la grossesse

Risque de MTEV	Risque majeur	Risque élevé	Risque modéré
Thrombophilie biologique	<ul style="list-style-type: none"> Déficit en antithrombine Syndrome des anticorps antiphospholipides 	<ul style="list-style-type: none"> Déficit en protéine C Déficit en protéine S Facteur V homozygote Facteur II homozygote Anomalies combinées 	<ul style="list-style-type: none"> Facteur V hétérozygote Facteur II hétérozygote

Parmi les facteurs liés au déroulement de la grossesse, l'aide médicale à la procréation multiplie le risque de MTEV par quatre environ¹¹⁵. Contrairement à ce qui est observé au cours d'une grossesse spontanée, le risque de MTEV est alors plus important au cours du premier trimestre. Il est également majoré en cas de syndrome d'hyperstimulation ovarienne et de grossesse multiple. Si la césarienne en elle-même n'est pas un facteur de risque important de MTEV, le contexte de sa réalisation en urgence confère un risque de MTEV multiplié par quatre en post-partum. La prééclampsie et l'hémorragie du post-partum sont aussi associées à un risque accru de MTEV.

Diagnostic de la MTEV

Hors grossesse, le diagnostic de MTEV n'est pas toujours facile en raison de l'absence de spécificité des symptômes et signes cliniques de la maladie. Pendant la grossesse, la difficulté peut s'accroître, l'œdème des membres inférieurs, la dyspnée, la tachycardie, entre autres, pouvant être présents au cours d'une grossesse normale. La banalité des symptômes et la réticence des praticiens à exposer les femmes enceintes à des examens irradiants induisent de nombreuses erreurs dans la stratégie diagnostique de la maladie¹¹⁶. Un diagnostic juste est pourtant indispensable. Un diagnostic posé par excès induit une prescription inutile et dangereuse d'anticoagulants. Inversement, une exclusion à tort du diagnostic risque de laisser passer un événement pouvant menacer le pronostic vital.

Les stratégies diagnostiques utilisées dans la population générale pour le diagnostic de la MTEV ne sont pas validées au cours de la grossesse. En effet, les scores de prédiction clinique (première

étape indispensable dans la stratégie diagnostique) utilisent des paramètres qui sont absents ou exceptionnels au cours de la grossesse (âge > 65 ans, cancer, chirurgie récente) ^[17]. De plus, les D-Dimères, très utiles pour exclure le diagnostic d'EP dans la population générale, n'ont que peu d'utilité dans le contexte de grossesse ou de post-partum, leur taux augmentant avec le terme de la grossesse pour être systématiquement élevé au cours du troisième trimestre ^[18]. Enfin, certains examens entraînent une irradiation dont il faut tenir compte pour le fœtus et la mère.

■ Diagnostic d'une TVP

Une TVP chez une femme enceinte sera d'autant plus facilement évoquée qu'il existe :

- un œdème du membre inférieur avec une asymétrie du périmètre des mollets > 2 cm,
- une atteinte du membre inférieur gauche,
- la survenue des symptômes au cours du premier trimestre de la grossesse.

La présence d'au moins un de ces éléments confère une forte probabilité clinique de TVP ^[19].

L'examen de première intention pour affirmer ou infirmer le diagnostic est l'échodoppler de compression du réseau veineux profond des membres inférieurs. Cet examen est non invasif et non irradiant. En cas de visualisation d'un thrombus, le diagnostic est confirmé. Si non, et en cas de forte probabilité clinique, il ne faut pas hésiter à répéter l'échodoppler cinq à sept jours après l'examen initial ^[20]. En effet, les TVP très proximales (ilio-cave) et suspendues, pourtant fréquentes au cours de la grossesse ^[21], peuvent ne pas être visualisées par un examen unique. La répétition des examens permet de s'assurer de l'absence d'extension d'un thrombus passé initialement inaperçu.

■ Diagnostic d'une EP

Devant une suspicion d'EP, une radiographie pulmonaire est utile pour éliminer un diagnostic alternatif tel une pneumonie ou un pneumothorax. Cet examen induit une irradiation négligeable pour le fœtus. Si la radiographie pulmonaire est normale (plus de 50 % des cas) ou montre des signes évocateurs d'EP (atélectasies, épanchement mineur...), il faut poursuivre les explorations. L'échodoppler veineux est alors utile car, s'il montre une TVP proximale, le diagnostic d'EP est confirmé et aucun autre examen d'imagerie n'est nécessaire ^[22]. Si l'échodoppler veineux est par contre négatif, un examen thoracique est nécessaire, soit l'angioscanner thoracique, soit la scintigraphie de ventilation/perfusion ^[11].

La scintigraphie a une excellente valeur prédictive négative due à la faible prévalence des maladies respiratoires chez les femmes enceintes et est moins irradiant que l'angioscanner pour le tissu mammaire. Une scintigraphie pulmonaire de perfusion normale ou quasi normale selon les critères de PLOPED permet d'exclure avec sécurité une embolie pulmonaire. Une forte probabilité scintigraphique d'EP associée à une forte probabilité clinique confirme le diagnostic. Dans toutes les autres situations (plus rares chez la femme enceinte que dans la population générale), la scintigraphie ne permet pas de conclure et d'autres examens sont nécessaires, en particulier l'angioscanner.

L'angioscanner est un examen tout à fait acceptable en cas de suspicion d'EP chez une femme enceinte. Les risques liés à son irradiation pour la mère et le fœtus restent faibles (plus faibles

pour le fœtus que la scintigraphie quel que soit le trimestre de grossesse) et sont à mettre en balance avec le risque d'une éventuelle EP. Les avantages de l'angioscanner par rapport à la scintigraphie sont sa disponibilité et la possibilité de fournir un diagnostic alternatif (pneumopathie infectieuse ou pneumothorax non vus à la radiographie de thorax, dissection aortique, fractures...).

Traitement de la MTEV

Comme dans la population générale, la prise en charge de la MTEV durant la grossesse repose sur le traitement anticoagulant, associé aux mesures thérapeutiques "symptomatiques" si nécessaire (oxygénothérapie, contention veineuse en cas d'œdème, antalgiques). Le repos strict au lit n'est pas utile dès lors que l'anticoagulation est efficace. Au cours de la grossesse, les choix thérapeutiques sont néanmoins beaucoup plus limités ^[23].

Aucun traitement anticoagulant oral n'est autorisé : les anti-vitamine K traversent la barrière fœto-placentaire. Leur utilisation durant le premier trimestre expose à un risque d'embryopathie, et de fausses couches. Plus tard, ils peuvent être responsables d'anomalies du système nerveux central et de risque hémorragique pour le fœtus ou le nouveau-né. Ils sont donc à éviter durant la grossesse. Les anticoagulants oraux directs ne doivent pas être proposés aux femmes enceintes car ils traversent la barrière fœto-placentaire.

Les héparines de bas poids moléculaire (HBPM) représentent le traitement de choix de la MTEV au cours de la grossesse. Elles peuvent être données à doses curatives en 1 ou 2 injections sous-cutanées quotidiennes. Elles ont remplacé l'héparine non fractionnée (HNF), montrant une efficacité comparable, et étant associées à un risque plus faible de thrombopénie induite à l'héparine (TIH), d'hémorragie et d'ostéoporose.

Au cours de la grossesse, la surveillance par l'activité anti-Xa du traitement par HBPM n'est pas recommandée, car elle ne permet pas de prédire le risque de récurrence thrombotique ou le risque hémorragique. L'intérêt d'ajuster la dose d'HBPM au poids durant la grossesse n'est pas déterminé. Quel que soit le terme auquel survient la MTEV durant la grossesse, le traitement anticoagulant doit être maintenu tout au long de la grossesse et jusqu'à 6 semaines après l'accouchement.

La contention veineuse n'est pas systématique. Elle peut être proposée en cas de TVP pour réduire l'œdème et prévenir le développement d'un syndrome post-thrombotique, mais son efficacité n'a jamais été prouvée. La thrombolyse doit être réservée aux situations extrêmes menaçant le pronostic vital immédiat. Les filtres de la veine cave inférieure sont rarement nécessaires au cours de la grossesse. Leur utilisation est restreinte aux femmes présentant des contre-indications au traitement anticoagulant ou présentant une MTEV continuant à s'étendre malgré un traitement anticoagulant bien conduit.

Chez une femme sous anticoagulant à doses curatives, un accouchement programmé doit être privilégié pour éviter les risques liés à l'anticoagulation. Une évaluation individuelle tenant compte des risques thrombotiques et hémorragiques doit être réalisée pour proposer la prise en charge la plus adaptée. En général, il est possible de suspendre l'anticoagulation curative, et la remplacer la veille du déclenchement du travail ou de la

césarienne par une injection de traitement anticoagulant à dose préventive. Le traitement anticoagulant à doses curatives ne peut être repris qu'approximativement 12 heures après l'accouchement, 24 heures en cas de césarienne. Lorsque l'épisode thrombotique est très proche du terme, le risque de travail spontané est important. Dans cette situation, il convient de privilégier l'HNF pour sa courte durée d'action, l'antagonisation possible par sulfate de protamine et la surveillance par le TCA.

Pour une MTEV survenant durant le post-partum, la prise en charge est la même que celle de la population générale puisqu'il n'y a plus le problème d'un éventuel passage du médicament au travers de la barrière foeto-placentaire. Néanmoins, en cas d'allaitement, le seul anticoagulant oral utilisable est la warfarine (*Coumadine*®). La durée du traitement anticoagulant est de trois mois.

Prévention de la MTEV

Des recommandations sur la prévention de la MTEV au cours de la grossesse et du post-partum existent mais elles reposent sur des études de qualité discutable avec souvent un faible niveau de preuve [14,23-25]. Des scores de prédiction du risque ont été proposés mais ne sont pas validés [26]. Comme décrit précédemment, de nombreux facteurs peuvent contribuer au risque de MTEV durant la grossesse et le post-partum. Pour autant, la présence de ces facteurs ne justifie pas systématiquement la mise en place d'une thromboprophylaxie médicamenteuse.

Les circonstances justifiant d'une prévention et ses modalités sont présentées ci-dessous :

- **Femmes justifiant d'un traitement anticoagulant à doses curatives par HBPM durant la grossesse et poursuite du traitement en post-partum**
 - Déjà sous anticoagulant au long cours pour une MTEV récidivante avant la grossesse,
 - Au moins un antécédent personnel de MTEV associée à un déficit en antithrombine ou secondaire à un SAPL
- **Femmes justifiant d'un traitement anticoagulant à doses préventives par HBPM durant la grossesse et le post-partum**
 - Pas d'antécédent personnel de MTEV mais déficit connu en antithrombine ou SAPL
 - Antécédent personnel de MTEV idiopathique, ou survenu lors d'une contraception orale œstro-progestative, ou à l'occasion d'une grossesse antérieure, ou secondaire à un facteur de risque transitoire mais alors associée à une thrombophilie complexe (cette dernière étant définie par une mutation homozygote isolée du facteur II ou du facteur V, hétérozygotes combinées, déficit en protéine C ou S). Dans ce cas la thromboprophylaxie médicamenteuse doit être débutée dès le diagnostic de grossesse établi, maintenue pendant toute la durée de la grossesse et durant au moins six semaines post-partum.
- **Patientes justifiant d'un traitement anticoagulant à doses préventives par HBPM durant le post-partum uniquement**
 - Antécédent personnel de MTEV associé à un facteur de risque transitoire majeur (plâtre, chirurgie...),

- Césarienne en urgence sans facteur de risque mineur associé (*Tableau 3*). La durée de la prévention est alors de 15 jours,
- Césarienne en urgence associée à au moins un facteur de risque mineur. La durée de la prévention est alors de 6 semaines
- Césarienne programmée associée à au moins un facteur de risque mineur. La durée de la prévention est alors de 15 jours,
- Accouchement par voie basse mais avec au moins trois facteurs de risque mineurs. La durée de la prévention est alors de 15 jours,
- Thrombophilie complexe (comme définie précédemment) sans antécédent de MTEV.

Tableau 3 > Liste des facteurs de risque mineurs de MTEV à considérer pour la prévention en post-partum

Facteurs de risque mineurs
Age > 35 ans
Obésité (Indice de masse corporelle ≥ 30 ou poids ≥ 120 kg)
Parité > 3
Grossesse multiple
Pré-éclampsie
Accouchement prématuré < 37 SA
Hémorragie du post-partum > 500 ml de pertes sanguines
Infection péri-partum : chorio-amiotite, endométrite du post-partum

D'autres situations peuvent se présenter comme les antécédents familiaux de MTEV au premier degré. Une prévention médicamenteuse doit alors se discuter au cas par cas.

Comme pour le traitement de la MTEV, les seuls anticoagulants autorisés pour la prévention au cours de la grossesse sont les héparines avec une préférence pour les HBPM qui sont administrées en une injection quotidienne à doses préventives (enoxaparine, dalteparine, nadroparine, tinzaparine). La contention veineuse peut être proposée et est généralement recommandée aux femmes ne justifiant pas d'une prévention médicamenteuse de la MTEV, mais son intérêt n'a jamais été formellement démontré dans ce contexte.

Conclusion

Bien que relativement rare, la MTEV au cours de la grossesse et du post-partum doit être bien connue des professionnels de gynécologie-obstétrique car il s'agit d'une maladie potentiellement grave et ses conséquences à court terme et à long terme sont importantes. La survenue d'une MTEV aura en effet un impact majeur sur le déroulement d'une grossesse ultérieure et impose également une prise en charge spécifique en termes de contraception (contre-indication définitive aux pilules classiques œstro-progestatives). La certitude diagnostique est indispensable et impose de suivre jusqu'au bout une stratégie diagnostique reconnue. Les possibilités thérapeutiques au cours de la grossesse sont limitées aux héparines avec une préférence pour les HBPM. ■

RÉFÉRENCES

- Bourjeily G, Paidas M, Khalil H, Rosene-Montella K, Rodger M. *Pulmonary embolism in pregnancy*. Lancet. 2010; 375: 500-12.
- Saucedo M, Deneux-Tharoux C, Bouvier-Colle MH; Le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle. *Maternal mortality in France, 2007-2009*. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2013; 42: 613-27.
- Samuelsson E, Hedenmalm K, Persson I. *Mortality from venous thromboembolism in young Swedish women and its relation to pregnancy and use of oral contraceptives - an approach to specifying rates*. Eur J Epidemiol. 2005; 20: 509-16.
- Meng K, Hu X, Peng X, Zhang Z. *Incidence of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium: a systematic review and meta-analysis*. J Matern Fetal Neonatal Med. 2015; 28: 245-53.
- Abdul Sultan A, Tata LJ, Grainge MJ, West J. *The incidence of first venous thromboembolism in and around pregnancy using linked primary and secondary care data: A population based cohort study from England and comparative meta-analysis*. PLoS ONE. 2013; 8: e70310.
- Jacobsen AF, Skjeldestad FE, Sandset PM. *Incidence and risk patterns of venous thromboembolism in pregnancy and puerperium - a register-based case-control study*. Am J Obstet Gynecol. 2008; 198: 233.
- Gherman RB, Goodwin TM, Leung B, Byrne JD, Hethumumi R, Montoro M. *Incidence, clinical characteristics, and timing of objectively diagnosed venous thromboembolism during pregnancy*. Obstet Gynecol. 1999; 94: 730 - 34.
- Sultan AA, Tata LJ, West J, Fiaschi L, Fleming KM, Nelson-Piercy C, Grainge MJ. *Risk factors for first venous thromboembolism around pregnancy: a population-based cohort study from the United Kingdom*. Blood. 2013; 121: 3953-61.
- Jacobsen AF, Skjeldestad FE, Sandset PM. *Ante- and postnatal risk factors of venous thrombosis: a hospital-based case - control study*. J Thromb Haemost. 2008; 6: 905 - 12.
- Virkus RA, Lækkegaard E, Lidegaard Ø, Langhoff-Roos J, Nielsen AK, Rothman KJ, Bergholt T. *Risk factors for venous thromboembolism in 1.3 million pregnancies: a nationwide prospective cohort*. PLoS One. 2014; 9: e96495.
- Brill-Edwards P, Ginsberg JS, Gent M, Hirsh J, Burrows R, Kearon C, Geerts W, Kovacs M, Weitz JI, Robinson KS, Whittom R, Couture G; *Recurrence of Clot in This Pregnancy Study Group*. *Safety of withholding heparin in pregnant women with a history of venous thromboembolism. Recurrence of Clot in This Pregnancy Study Group*. N Engl J Med. 2000; 343: 1439-44.
- De Stefano V, Martinelli I, Rossi E, Battaglioli T, Za T, Mannuccio Mannucci P, Leone G. *The risk of recurrent venous thromboembolism in pregnancy and puerperium without antithrombotic prophylaxis*. Br J Haematol. 2006; 135: 386-91.
- White RH, Chan WS, Zhou H, Ginsberg JS. *Recurrent venous thromboembolism after pregnancy-associated versus unprovoked thromboembolism*. Thromb Haemost. 2008; 100: 246-52.
- Thrombophilie et grossesse - Prévention des risques thrombotiques maternels et placentaires*. www.anaes.fr. Les recommandations de la conférence de consensus (14 mars 2003).
- Henriksson P1, Westerlund E, Wallén H, Brandt L, Hovatta O, Ekbohm A. *Incidence of pulmonary and venous thromboembolism in pregnancies after in vitro fertilisation: cross sectional study*. BMJ. 2013 Jan 15; 346: e8632.
- Roy PM, Meyer G, Vielle B, Le Gall C, Verschuren F, Carpentier F, et al. *Appropriateness of diagnostic management and outcomes of suspected pulmonary embolism*. Ann Intern Med. 2006; 144 (3): 157-64.
- Wells PS, Anderson DR, Rodger M, Stiell I, Dreyer JF, Barnes D, et al. *Excluding pulmonary embolism at the bedside without diagnostic imaging: management of patients with suspected pulmonary embolism presenting to the emergency department by using a simple clinical model and d-dimer*. Ann Intern Med. 2001; 135: 98-107.
- Kline JA, Williams GW, Hernandez-Nino J. *D-dimer concentrations in normal pregnancy: new diagnostic thresholds are needed*. Clin Chem. 2005; 51: 825-9.
- Chan W-S, Lee A, Spencer FA, Crowther M, Rodger M, Ramsay T, et al. *Predicting deep venous thrombosis in pregnancy: out in "LEFT" field?* Ann Intern Med. 2009; 151: 85-92.
- Greer IA. *Clinical Practice. Pregnancy Complicated by Venous Thrombosis*. N Engl J Med. 2015; 373: 540-7.
- Ray JG, Chan WS. *Deep vein thrombosis during pregnancy and the puerperium: a meta-analysis of the period of risk and the leg of presentation*. Obstet Gynecol Surv. 1999; 54: 265-71.
- Le Gal G, Righini M, Sanchez O, Roy PM, Baba-Ahmed M, Perrier A, et al. *A positive compression ultrasonography of the lower limb veins is highly predictive of pulmonary embolism on computed tomography in suspected patients*. Thromb Haemost. 2006; 95: 963-6.
- Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, Veenstra DL, Prabulos AM, Vandvik PO. *VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines*. Chest. 2012; 141 (2 Suppl): e691S-736S.
- Bates SM, Middeldorp S, Rodger M, James AH, Greer I. *Guidance for the treatment and prevention of obstetric-associated venous thromboembolism*. J Thromb Thrombolysis. 2016; 41: 92-128.
- Conférence de consensus. *Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'anesthésie et de réanimation: prévention de la maladie thromboembolique veineuse péri-opératoire et obstétricale*. ANAES; 2005.
- Chaleur C, Gris JC, Laporte S, Rancon F, Varlet MN, Decousus H, Mismetti P; STRATHEGE Group. *Use of the Delphi method to facilitate antithrombotics prescription during pregnancy*. Thromb Res. 2010; 126: 88-92.

33^e JOURNÉES D'ÉTUDES

de l'Association Nationale
des Sages-Femmes Coordinatrices

16-17-18
novembre 2016
TOULOUSE

CENTRE DE CONGRÈS
PIERRE BAUDIS
11 ESPLANADE
COMPANS CAFFARELLI



Jeudi 17 novembre « LA VIE EN ROSE »

Santé: les Nouveaux Enjeux Stratégiques

MODÉRATEURS: DÉBORAH CVETOJEVIC, SYLVIE BONNEFONT

- 9h00 -10h00 > Mission sage-femme coordinatrice: présentation d'un travail initié par l'ANSFC - MARTINE CHAUVIÈRE, SYLVIE LE ROUX
- 10h00-10h30 > Loi de santé: ses généralités et les enjeux pour la profession de sage-femme - MAXENCE CORMIER
- > Discussion

10h45-11h30 > Pause

- 11h30-12h00 > Mise en œuvre des groupements hospitaliers de territoire FRÉDÉRIC MARTINEAU

> Discussion

13h00-14h00 > Déjeuner libre

MODÉRATEURS: NATHALIE LEBRETON, SOPHIE GUILLAUME

- 14h00-14h20 > Filières physiologiques: cadre conceptuel DÉBORAH CVETOJEVIC

- 14h20 -14h40> Filières physiologiques: un nouveau paradigme en périnatalité - CLAUDE DAUSSY

> Discussion

15h00-15h30 > Pause

- 15h30-16h15 > Espace physiologique: expérience hospitalière à Pontoise ISABELLE CHEVALIER

> Comme A La Maison: association pour la maison de naissance de la Maternité des Bleuets

> Maison d'accouchement physiologique à Toulouse KARINE LOUPIAS, MAYLIS GUIGUEN

16h15-17h15 > Table ronde

Vendredi 18 novembre « E PERICOLOSO SPORGERSI »

Le consentement aux soins

MODÉRATEURS: JEAN THÉVENOT, FABIENNE DARCET

- 9h00 - 10h00 > Le consentement aux soins: approche philosophique JEAN-PIERRE CLERO

> Discussion

10h15 - 10h45 > Pause

- 10h45 - 11h15> Le consentement aux soins: point de vue des usagers CHANTAL DUCROUX-SCHOUWEY

- 11h15 - 11h45 > Le consentement aux soins et l'enseignement fait aux professions médicales CHRISTOPHE VAYSSIÈRE

> Discussion

12h30 > Clôture des journées - SYLVIE LE ROUX

Mercredi 16 novembre « ESSAI ET TRANSFORMATION »

Le Management: une science collective?

MODÉRATEURS: JEANNE-FRANÇOISE CHRÉTIEN, SYLVIE LE ROUX

- 8h15 > Accueil des participants

- 9h00 - 9h45 > Ouverture des journées SYLVIE LE ROUX - PRÉSIDENTE ANSFC

- 9h45 - 10h30 > Management par la confiance XAVIER VILLETTE

> Discussion

10h45-11h30 > Pause

- 11h30-12h45 > La gouvernance collective: l'autonomie au service de l'organisation ALEXANDRE BOYER

> Discussion

13h00-14h15 > Déjeuner libre

MODÉRATEURS: JEANNE-FRANÇOISE CHRÉTIEN, CORINNE RIOU-CHIARANDINI

- 14h15-14h45 > Comment tuer l'intelligence collective au travail AINE O'MEARA

- 14h45 -15h30> Intelligence collective: regard sportif FABIEN GALTHIÉ

15h30 -16h00> Pause

- 16h00 -16h45> Opéra: du talent individuel au talent collectif ALPHONSE CEMIN

16h45 -17h30> Table ronde

SIÈGE SOCIAL

A.N.S.F.C. - 21 rue Saint Germer
60000 BEAUVAIS - www.ansfc.fr

N° SIRET: 403 622 749 000 55
Code APE/NAF 9499 Z
N° agrément formation continue: 2260 02 326 00

INSCRIPTIONS ET SECRÉTARIAT

Madame Gaëlle MULTON-BEVILLARD
336 rue de l'École - 74150 Thusy
Tél: 06 12 18 30 47
mail: assistante-congres@ansfc.fr

Nouveauté 2016

Oubliez les petits désagréments de la grossesse !



**Gingembre et Vitamine B6
antiémétiques
Artichaut antidyspepsique**

Fisher-Rasmussen W, Kjaer SK, Dahl C, Asping U. 1990. Ginger treatment of hyperemesis gravidarum. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 38:19-24.

Holtmann G, Adam B, Haag S, Collet W, Grunewald E, Windeck T. 2003. Efficacy of artichoke leaf extract in the treatment of patients with functional dyspepsia : a six-week placebo-controlled, double-blind, multicentre trial. Aliment Pharmacol Ther. 18: 1099-1105.

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

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



Brevet obtenu le 26/09/2014

**Convient aussi pour
le mal de transport**

Mowrey DB, Clayson DE. 1982. Motion sickness, ginger and psychophysiology. Lancet. 655-6
Han-Chung Lien et al. 2003. Effects of ginger on motion sickness and gastric slow-wave dysrhythmias induced by circular vection. American Journal of Physiology-Gastrointestinal and Liver Physiology. Vol.284 (3): G481-G489 2002

Lancement en 2012



Pionnier « Sans huile de palme »,
avec DHA, ARA et Bifidus.

Lancement en 2013



Quelques concurrents cherchent
désormais à nous emboîter le pas,

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

Disponible dans les super et hypermarchés
au rayon laits infantiles
ou sur la boutique en ligne :
<http://francebebe.fr/shop/>

Une recette simple avec des ingrédients sains !



www.francebebe.fr



Dossier

Le Grand Prix Évian

Le Grand Prix Évian est devenu un tremplin à la visibilité des travaux de fin d'études des étudiants sages-femmes. Il invite de fait à la poursuite de cette ouverture par la publication pour les revues professionnelles et par la poursuite des recherches pour leurs protagonistes.

Tous les ans, nous vous proposons les extraits des mémoires primés au Grand Prix Évian.

Afin d'en avoir une meilleure vision, de vous mettre dans cette ambiance dense des travaux présentés, nous vous les proposons en dossier cette année.

SOMMAIRE DU DOSSIER

18

ENTRETIEN AVEC ISABELLE JOLY,
CHARGÉE DES RELATIONS MÉDICALES
DANONE EAUX FRANCE

21

25^E GRAND PRIX ÉVIAN DES ÉCOLES
DE SAGES-FEMMES : RÉSUMÉS DES
MÉMOIRES SÉLECTIONNÉS

Le Grand Prix Évian des Écoles de Sages-femmes

le témoin d'un engagement auprès de la profession

PROPOS RECUEILLIS PAR
BENOÎT LE GOEDEC, SAGE-FEMME

À travers le Grand Prix Évian (GPE) des Écoles de Sages-femmes, les lauréats, venus des quatre coins de France métropolitaine et d'outre-mer, ont l'opportunité de valoriser et publier leurs travaux de recherche, rencontrer des professionnels de santé de renom et la presse médicale spécialisée, et avoir accès à la tribune d'importants congrès en France. À l'occasion du départ en retraite d'Isabelle Joly, chargée des Relations médicales Danone Eaux de France, Les Dossiers de l'Obstétrique ont souhaité lui donner la parole pour évoquer ses années consacrées à l'organisation de ce prix.

Depuis quand la société Évian s'est-elle intéressée à la périnatalité ?

Dans les années 1930, apparaissent les premières affiches avec le concept des bébés Évian. En 1948, Évian proposait une eau minérale naturelle dont la pureté, issue des Alpes, ne nécessitait pas de la faire bouillir, la rendant idéale pour la préparation des biberons ainsi que pour l'hydratation des mères allaitant leur bébé. Récemment, je partageai avec le Docteur Thierry Harvey, chef du Service de Gynécologie-Obstétrique à la Maternité des Diaconesses à Paris sur la marque Évian et son implication historique en périnatalité. Il me racontait qu'il se souvenait très bien que la société livrait déjà l'eau minérale Évian à son père médecin quand il était encore tout jeune adolescent.

Isabelle Joly, Chargée des
Relations médicales,
Danone Eaux de France





LES MEMBRES DU JURY 2016

Françoise Damageux, Sage-femme coordinatrice, Poissy • Dr Marie-Sophie Chavet, Pédiatre Néonatalogue, Paris • Claire Perrin, Sage-femme Directrice, Tours (Présidente du Jury) • Pr Patrick Rozenberg, Gynécologue Obstétricien, Poissy • Marjan Nadjafizadeh, Sage-femme enseignante, Nancy • Patricia Farges, Sage-femme Territoriale, Clermont-Ferrand.

Concrètement, quelles ont été les actions menées ?

Évian a été à l'initiative du dépistage de la Phénylcétonurie, de 1967 à 1979, en apportant son aide aux professionnels de santé et en créant un laboratoire à Évian où tous les tests dits de Guthrie effectués sur les talons de bébés qui naissaient en France étaient envoyés pour le dépistage. Évian a arrêté lorsque le ministère de la Santé a pris en charge ce test.

Concernant les sages-femmes, depuis vingt-cinq ans Évian est à l'écoute des besoins et des préoccupations de la profession en pleine évolution ces dernières années, et œuvre au quotidien pour valoriser ce merveilleux métier. Par le Grand Prix des Écoles de Sages-femmes, créé en 1991, mais aussi par des services variés dont la mise à disposition d'outils pédagogiques destinés aux sages-femmes et à leur patientèle.

Évian a également créé les *Rencontres de Pédiatrie* et le *Grand Prix Évian de Pédiatrie*. Madame Marie-Sophie Chavet, pédiatre néonatalogue à l'hôpital Trousseau de Paris et membre du Jury du GPE 2016, se souvient avoir participé aux rencontres pédiatriques qu'organisait la marque à Évian quand elle était jeune chef de clinique.

LL

Évian a été à l'initiative du dépistage de la Phénylcétonurie, de 1967 à 1979, en apportant son aide aux professionnels de santé.

77

Quel est l'historique du Grand Prix Évian ?

Ce prix s'inscrit dans la durée puisqu'Évian récompensait déjà le mérite du travail des étudiants sages-femmes entre 1972 et 1991. C'était alors les majors de promotion qui étaient invités à Évian. Véronique Lecointe, actuellement sage-femme directrice à Montpellier, a été l'une des lauréates il y a plus de trente-quatre ans ! Lorsque le mémoire est devenu obligatoire en 1992, la société a franchi une étape supérieure en créant le *Prix Évian des Sages-femmes*.

Chaque année, au mois de juin, les équipes enseignantes des trente-cinq écoles de sages-femmes choisissent un mémoire parmi la promotion de l'année pour concourir au Grand Prix Évian des Écoles de Sages-Femmes. La sélection s'effectue par la lecture d'un résumé anonyme sous la forme IMRAD par un jury pluridisciplinaire d'experts en périnatalité (quatre sages-femmes, deux médecins pédiatre et un gynécologue-obstétricien).

Pour évaluer la qualité de ces projets, le jury tient compte à la fois de l'intérêt du sujet traité et de la rigueur de la méthodologie mise en œuvre.

Les auteurs des meilleurs mémoires sont alors conviés, en septembre à Évian pour participer à la remise des prix. À cette occasion, ils sont amenés à présenter leurs travaux devant les membres du jury, des représentants de la presse médicale spécialisée et d'autres invités de marque de la profession.

>

Quelles ont été les évolutions notables ?

Depuis 2011, la présidence du Jury est assurée par une Directrice sage-femme et non plus par un médecin. Elle est entourée de trois autres sages-femmes possédant de préférence des diplômes masters ou doctorats (une enseignante, une sage-femme libérale ou territoriale et une sage-femme coordinatrice), pour représenter l'éventail de la profession de sage-femme et les lieux d'exercice.

Je tiens à souligner aussi l'engagement des écoles pour ce Prix, notamment Françoise Nguyen, ancienne présidente de l'ASFEF, Christine Morin, présidente actuelle de la CNEMa et Anthony Weber, ancien président de l'ANESF. Les étudiants ont d'ailleurs créé en 2012 un film de promotion du Prix*, une belle reconnaissance pour l'engagement d'Évian !

LL
Ce Grand Prix Évian représente un tremplin pour notre profession en mettant en valeur notre travail ! Les remarques du jury m'ont donné envie d'aller encore plus loin et de poursuivre jusqu'à la thèse. **AUORE BOSSEBOEUF**

77

Selon vous, le prix promeut-il la culture de la recherche en maïeutique ?

Nous sommes très fiers de contribuer à promouvoir les travaux de recherche des étudiants sages-femmes. Car le Grand Prix Évian a pour ambition de servir de tremplin à ces sages-femmes nouvellement diplômées qui représentent l'avenir de la profession. Au-delà de la remise d'un Prix, le Grand Prix Évian est également une occasion pour les lauréats de créer des relations privilégiées avec les experts de la profession et les revues médicales spécialisées. Forts de ces liens tissés, les lauréats sont très fréquemment conviés à l'issue de ce Prix, par ces experts, à prendre la parole dans des congrès scientifiques ou bien encouragés à publier leurs travaux.

LL
Depuis 2011, la présidence du Jury est assurée par une Directrice sage-femme et non plus par un médecin.

77

Rempporter le Grand Prix des Écoles de Sages-femmes, offre, au-delà d'une satisfaction personnelle, une ouverture vers la recherche en maïeutique et représente aussi un atout pour la carrière des lauréats. Comme en témoigne Aurore Bossebœuf : « *Ce Grand Prix Évian représente un tremplin pour notre profession en mettant en valeur notre travail ! Les remarques du jury m'ont donné envie d'aller encore plus loin et de poursuivre jusqu'à la thèse* ».

Quels sont vos rapports avec les lauréats ?

J'essaie d'entretenir des liens avec ces jeunes sages-femmes et de savoir comment elles/ils évoluent au fil des années. Régulièrement, je rencontre des lauréats lors des congrès auxquels Évian participe. J'avoue que je suis très fière de ce que la marque Évian a construit depuis tant d'années avec les sages-femmes mais, plus encore, à pérenniser ce partenariat. Évian et les sages-femmes, c'est une grande histoire de cœur et d'amour qui s'inscrit dans la durée ! À ce jour, ce sont plus de deux cents lauréats qui ont été récompensés. Je fais le vœu qu'il y en ait encore autant dans les prochains vingt-cinq ans ! •

* Consultable sur <https://www.youtube.com/watch?v=hgDi3VIQe4U>



Photo: ©Hervé Schmelzle

Résumés des mémoires sélectionnés

LES LAURÉATS 2016

Au 1^{er} rang de gauche à droite

Camille Audren (Paris Saint-Antoine),
Manuella Gautier (Fort-de-France - Martinique),
Romaric Mathieu (Bourg en Bresse), Maxime
Mannella (Lille), Aurore Bossebœuf (Marseille),
Julie Jouenne (Rouen).

Nous vous présentons l'intégralité des résumés des mémoires primés au 25^e Grand Prix Évian dans les deux catégories: le Prix Scientifique et le Prix Spécial du Jury.



Photo: ©Hervé Schmelzle

"QUAND NAÎTRE N'EST PAS ENCORE EXISTER"
ÉTHIQUE ET RÉANIMATION NÉONATALE DES EXTRÊMES
PRÉMATURÉS: QUELLE PLACE POUR LES PARENTS DANS
LA PRISE DE DÉCISION?

1^{ER} PRIX
SCIENTIFIQUE

Aurore BOSSEBŒUF - ÉCOLE UNIVERSITAIRE DE MAÏEUTIQUE DE MARSEILLE

INTRODUCTION

La réanimation néonatale des extrêmes prématurés soulève des dilemmes éthiques majeurs amenant les professionnels à s'interroger sur la légitimité de la poursuite ou de l'arrêt des traitements au regard de la qualité de vie offerte au nouveau-né. Ce dernier étant incapable d'exprimer un choix, il est dépendant d'autrui pour la prise des décisions le concernant.

Ainsi, concernant l'avenir d'un extrême prématuré et l'opportunité de poursuivre ou non la réanimation, la médecine, la société et les parents défendent leurs propres intérêts. Mais à qui appartient réellement le pouvoir de la décision? La tragique situation vécue par les parents de Titouan en août 2014, dont les médias se sont emparés, met en lumière toutes les difficultés concernant cette décision et vient interroger la posture parentale. —>

OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Réunir les différents points de vue qui alimentent la controverse autour de la place des parents dans la décision de réanimation néonatale des extrêmes prématurés en unité néonatale de soins intensifs.

MATÉRIELS ET MÉTHODE

Cette étude a été menée selon la méthodologie d'une analyse de controverse. Sur 152 articles sélectionnés, 44 articles correspondant à 86 auteurs différents ont été analysés à l'aide d'une grille de lecture et d'analyse des données. Les documents analysés couvrent la période de 1986 à janvier 2016. Les mots-clés employés ont été : extrêmes prématurés, réanimation néonatale, place des parents, obstination déraisonnable, éthique médicale, *extreme prematurity* et *medical decision*.

RÉSULTATS

Selon certains auteurs, l'implication des parents dans la décision remet en cause la responsabilité médicale et entraîne des effets délétères sur le psychisme des parents qui ne semblent pas être lucides pour décider rationnellement. Pour d'autres, au contraire, il s'agit de leur permettre d'exercer leur parentalité et de rechercher le meilleur intérêt pour l'enfant.

ANALYSE ET DISCUSSION

La tension éthique entre le respect du caractère sacré de la vie humaine, fondé sur le principe de bienfaisance, et le souci des conséquences de nos actions sur les conditions de cette vie, reposant sur le principe de non-malfaisance, est au cœur des



Photo: © Hervé Schmelzle

décisions qui guident le soin donné au prématuré. Au fil des années, il semble que la place des parents dans ces décisions tende à être valorisée mais leur rôle reste cependant plus limité que ne le présuppose la rhétorique officielle de l'autonomie parentale. Dans ces situations bouleversantes, la sage-femme joue un rôle primordial dans la transmission des informations aux parents, l'accompagnement et le soutien à la parentalité.

CONCLUSION

L'extrême prématurité et les progrès de la réanimation néonatale soulèvent des dilemmes éthiques et juridiques permanents. Les lois Kouchner et Leonetti ont permis de développer la collégialité de la décision et de promouvoir la place des parents.

Cette étude a permis de mettre en lumière le fait qu'aucune réponse cartésienne ne peut être apportée concernant la place des parents dans la prise des décisions. Elle a permis également de mettre en avant l'implication fondamentale des équipes médicales et soignantes dans l'accompagnement des parents. •



Photo: © Hervé Schmelzle

ÉVOLUTION PONDÉRALE DES FEMMES DANS LE POST-PARTUM

1^{ER} PRIX
SPÉCIAL DU
JURY

Maxime MANNELLA - FACULTÉ DE MÉDECINE ET MAÏEUTIQUE DE LILLE

INTRODUCTION

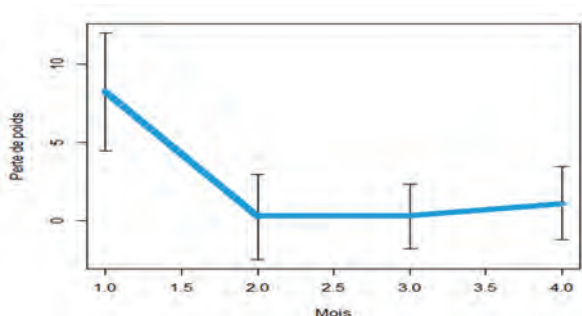
La lutte contre l'obésité est un enjeu de santé publique et la grossesse est propice à un gain important et rapide de poids. Objet d'attention en prénatal, après l'accouchement, ce sujet est peu abordé et peu documenté. Ainsi, qu'en est-il de l'évolution pondérale des femmes dans le post-partum ?

L'objectif principal de l'étude était de définir l'évolution du poids après l'accouchement et, secondairement, d'identifier les facteurs pouvant l'influencer.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'étude a été menée, après accord du Comité d'Éthique et de Recherche dans deux maternités, auprès d'accouchées primipares et multipares.

Les données, colligées à partir du dossier médical, d'un questionnaire remis lors du séjour en maternité, puis d'un entretien téléphonique mensuel pendant les quatre mois suivant l'accouchement, ont été analysées grâce au logiciel R.



RÉSULTATS

Au terme des quatre mois, il restait 169 patientes sur 211 consentements recueillis auprès de 540 patientes ayant accouché durant la période du recrutement.

Durant la grossesse, le diabète gestationnel augmente de manière significative la prise de poids et à l'inverse, seule la préoccupation pondérale des patientes limite ce gain pondéral. L'IMC préconceptionnel, le régime spécifique, la parité, les activités physique et professionnelle, n'influencent pas significativement la prise de poids. On notera une tendance à une prise de poids majorée pour les patientes âgées de 30 à 35 ans.

Pendant le post-partum, l'évolution pondérale montre que quatre mois après l'accouchement, l'écart entre le poids actuel et le poids préconceptionnel demeure de $1,33 \pm 7,50$ kg.

Le souhait de perte de poids avant la grossesse, les conseils nutritionnels, la satisfaction pondérale et l'activité physique régulière influencent significativement la variation pondérale contrairement à la reprise d'activité professionnelle, l'allaitement maternel ou la reprise du tabagisme.

ANALYSE ET DISCUSSION

Les discordances observées par rapport aux données de la littérature sur la période prénatale, concernant le rôle de l'âge maternel et l'IMC, sont sans doute à mettre en lien avec les



Photo: ©Hervé Schmelzle

facteurs socioculturels de la région d'étude. De même, les quatre premiers mois du post-partum sont peut-être insuffisants pour que l'allaitement maternel ou le tabagisme aient une influence sur la perte de poids.

Par contre, comme dans la littérature, la motivation personnelle influe la perte de poids postnatale sans pour autant présager de l'atteinte d'un retour au poids initial à 6 mois, fixé par le CNOGF.

Nos résultats sont innovants quant à l'influence significative sur l'évolution pondérale postnatale, de l'IMC et de la préoccupation pondérale préconceptionnels, des conseils diététiques reçus et de la satisfaction pondérale post-natale. A contrario, la reprise de l'activité professionnelle ne favorise pas la perte de poids. Enfin, l'impact de ces facteurs s'amenuise à distance de l'accouchement.

CONCLUSION

À petite échelle, cette étude permet de mettre en évidence l'influence de la préoccupation pondérale, de la motivation des patientes associées à des conseils diététiques sur l'évolution pondérale satisfaisante dans le postnatal et permet de donner des éléments de réponse pour orienter la stratégie à adopter pour limiter la prise de poids en prénatal et faciliter un retour à un poids satisfaisant après la grossesse.

EPI-NO
OBJECTIF PÉRINÉE INTACT
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**

N° agrément SS : 77 260 273 6

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



Claire Perrin, sage-femme Directrice de l'École de Tours, Présidente du Jury, et les lauréats 2016.



LES OS PROPRES DU NEZ DANS LA POPULATION AFRO-CARIBÉENNE

COURBES DE RÉFÉRENCE ET LIKELIHOOD RATIO DANS LE DÉPISTAGE DE LA TRISOMIE 21

PRIX
SCIENTIFIQUE
EX AEQUO

Manuella GAUTIER - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE FORT-DE-FRANCE (MARTINIQUE)

INTRODUCTION

Dans sa première description en 1866, Langdon Down a décrit la petitesse du nez comme l'une des caractéristiques phénotypiques des enfants atteints de trisomie 21.

Depuis, de nombreuses études ont recherché le lien entre l'agénésie ou l'hypoplasie des os propres du nez (OPN) et cette aneuploïdie.

De même, beaucoup d'études ont montré l'impact de l'origine ethnique sur la longueur des OPN au second trimestre. Des courbes de référence de la croissance des OPN chez les fœtus au deuxième trimestre ont été réalisées pour différentes ethnies.

Mots-clés : os propres du nez, population afro-caribéenne, courbes de référence, likelihood ratio, trisomie 21, échographie.

Mais, il n'existe pas d'études décrivant les courbes de référence de la longueur des OPN chez les fœtus dans la population afro caribéenne. Or, il a été décrit une incidence plus élevée de l'agénésie ou hypoplasie des OPN chez les fœtus afro-caribéens.

OBJECTIFS

Notre étude, menée dans le service d'échographie d'une maternité de niveau 3, visait à :

- Établir les courbes de référence de la longueur des os propres du nez durant le deuxième trimestre dans une population afro caribéenne à bas risque.
- Calculer le likelihood ratio de l'agénésie ou l'hypoplasie des OPN dans la population afro-caribéenne utilisé dans le dépistage de la trisomie 21.

MÉTHODOLOGIE

Une étude rétrospective de janvier 2012 à août 2015 a été réalisée sur les foetus de couples afro-caribéens. La relation entre la longueur des os propres du nez et l'âge gestationnel a été étudiée et a permis d'établir les courbes de croissance des OPN selon les percentiles.

L'absence ou l'hypoplasie des OPN définie selon nos courbes de référence ont été étudiées chez les foetus euploïdes et trisomiques afin d'établir un likelihood ratio. Les likelihood ratio ont été calculés lorsque l'agénésie ou l'hypoplasie des OPN était isolée ou associée à d'autres signes d'appel.

RÉSULTATS

1 376 foetus ont été inclus pour établir les courbes de croissance des OPN. Il y a une association linéaire significative entre la longueur des OPN et l'âge gestationnel ($R^2 = 0.354$). La

longueur des OPN au 50^e percentile augmente de 5,0 mm à 7,0 mm de 20 à 24 SA.

1 709 foetus dont 1 690 foetus euploïdes et 19 trisomiques 21, ont été inclus pour le calcul du likelihood ratio.

Ce dernier, lors de l'absence ou l'hypoplasie des OPN chez les afro-caribéens est de 8,84, tous foetus confondus et de 5,07 pour les cas isolés.

CONCLUSION

La courbe de référence de la longueur des OPN ainsi que le likelihood ratio des OPN utilisé dans le cadre du dépistage de la trisomie 21 ont été établis dans la population afro-caribéenne. La longueur des OPN est différente dans la population afro-caribéenne par rapport aux autres ethnies. Nos données suggèrent l'utilisation de deux likelihood ratio en fonction du caractère isolé ou non de l'agénésie ou hypoplasie des os propres du nez dans la population afro caribéenne. •



LES SAGES-FEMMES FACE À UNE DÉMARCHÉ DE SOINS PALLIATIFS POUR LE NOUVEAU-NÉ EN SALLE DE NAISSANCE

QUELS FACTEURS INFLUENT SUR LEUR SENTIMENT D'ÊTRE EN CAPACITÉ D'AGIR AVEC COMPÉTENCE ?

PRIX
SCIENTIFIQUE
EX AEQUO

Camille AUDREN - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES - HÔPITAL SAINT-ANTOINE (PARIS)

INTRODUCTION

En France, l'accompagnement de la fin de vie connaît une constante évolution impulsée par la volonté croissante des soignants de respecter la dignité des personnes. Cette pratique a trouvé sa légitimité au sein de la société grâce aux ajustements législatifs des dernières décennies. La loi Léonetti de 2005 marque l'entrée des soins palliatifs en néonatalogie et requiert de nouvelles compétences des professionnels de santé.

Ce travail se propose d'examiner les facteurs permettant aux sages-femmes de se sentir en capacité d'agir avec compétence dans une démarche palliative chez le nouveau-né.

MATÉRIEL/MÉTHODE

Une étude qualitative monocentrique a été réalisée de novembre 2015 à janvier 2016 dans une maternité de type 3. Des entretiens semi-directifs individuels ont été effectués jusqu'à saturation des données auprès de sages-femmes sélectionnées selon deux critères : travailler de façon permanente ou régulière en salle de naissance et avoir déjà rencontré, en dehors de la formation initiale, les situations étudiées.

Nous avons ciblé les naissances aux limites de la viabilité et celles issues d'un diagnostic anténatal avec une pathologie considérée létale sans demande d'interruption médicale de

grossesse. L'analyse des entretiens a été effectuée selon trois axes : le savoir agir, le pouvoir agir et le vouloir agir.

RÉSULTATS/ANALYSE

Neuf sages-femmes ont été interrogées. Divers facteurs influençant les trois composantes de l'agir avec compétence ont été examinés. Le savoir agir des sages-femmes est majoritairement favorisé par leurs formations initiale et continue et par l'évolution des pratiques.

La faible fréquence des situations rencontrées et les méconnaissances des sages-femmes sur la douleur du nouveau-né et sur la législation sont des freins à cette composante.

L'interdisciplinarité semble être au cœur du pouvoir agir des sages-femmes puisqu'unanimement reconnue comme primordiale. La gestion de la charge de travail et l'organisation spatiale sont des obstacles majeurs au pouvoir agir.

Les temps d'échange, la motivation des professionnels et la compétence émotionnelle sont des éléments essentiels dans les verbatims des sages-femmes pour le développement du vouloir agir.

Les ressentis impactant cette composante sont eux-mêmes influencés par l'identification aux parents, l'incertitude temporelle des soins et le caractère inopiné des naissances aux limites de la viabilité. —>

DISCUSSION/CONCLUSION

Nos résultats sont majoritairement conformes avec la littérature. En effet, l'entraînement joue un rôle dans la construction du savoir agir. Une organisation de travail adaptée et le travail d'équipe sont essentiels au pouvoir agir. Les motivations extrinsèque et intrinsèque influent sur le vouloir agir.

Développer la formation des sages-femmes, favoriser l'interdisciplinarité ainsi qu'un environnement adapté et encourager

le développement de la compétence émotionnelle seraient nos principales propositions.

Cette étude a permis de décrire de nombreux facteurs trouvant tous leur importance dans l'agir avec compétence. Les réflexions issues de cette recherche pourraient être adaptées à toute démarche de soins en périnatalité afin d'améliorer leur qualité. Ce travail mériterait d'être développé par une étude plus approfondie et prenant en compte la loi Claeyss-Léonetti de février 2016. •



Photo: Hervé Schmelzle

IMPACT D'UN SÉRUM GLUCOSÉ SUR LES ORGANISMES MATERNEL ET FŒTAL ADMINISTRÉ AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT

QUELS FACTEURS INFLUENT SUR LEUR SENTIMENT D'ÊTRE EN CAPACITÉ D'AGIR AVEC COMPÉTENCE ?

PRIX SPÉCIAL DU JURY EX AEQUO

Romaric MATHIEU - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE BOURG-EN-BRESSE

INTRODUCTION

L'accouchement représente une dépense énergétique de l'ordre de 1067 kcal. Cette estimation est basée sur la consommation d'oxygène pour produire de l'énergie à laquelle nous appliquons les modifications de la grossesse. Cette dépense est généralement peu prise en compte, quelle que soit la durée du travail.

Par principe de prévention, nous imposons souvent un jeûne qui peut s'avérer très long.

La question qui se pose concerne la pertinence d'un apport énergétique afin de ralentir le catabolisme maternel. L'objectif de notre expérimentation, tout en respectant le jeûne, est d'évaluer les effets sur la parturiente et le fœtus, d'un apport énergétique en continu jusqu'à la naissance.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Notre étude, prospective randomisée, porte sur 67 primipares, réparties en deux groupes en fonction de leur mois de naissance : 40 patientes sous Ringer Lactate® uniquement et 27 patientes sous Ringer Lactate® avec un sérum glucosé à 5 % en dérivation installé lorsque la patiente est estimée en travail. Le débit de délivrance du sérum glucosé était fixé à 120 ml/h tandis que le débit du Ringer Lactate® était libre.

Pour la parturiente, le temps de travail, la durée des efforts expulsifs et les pertes sanguines constituent les facteurs principaux étudiés. La tolérance fœtale est évaluée par l'analyse du rythme cardiaque (classification CNGOF) et certains paramètres sanguins (pH artériel (pHa), lactates, PaCO₂).

Les facteurs secondaires se rapportent, pour la mère, aux taux d'extraction instrumentale, de césarienne et d'hémorragie du post-partum, et pour le versant périnatal au score d'Apgar.

RÉSULTATS

Nous constatons, lorsque le temps de jeûne dépasse 600 min : que l'administration de sérum glucosé permet un gain de 93 min sur le temps total du travail ($p = 0,045$), ainsi qu'une diminution de 100 ml des pertes sanguines ($p = 0,012$). Nous observons une tendance à l'amélioration des efforts expulsifs qui passent en moyenne de 15 à 12 min ($p = 0,086$).

Nous observons une baisse du pH artériel fœtal, passant en moyenne de 7,27 à 7,24 sous sérum glucosé ($p = 0,04$). Les scores d'Apgar sont identiques entre les deux groupes avec une tendance à l'amélioration à 3 min de vie chez les nouveau-nés de mères avec sérum glucosé ($p = 0,07$).

DISCUSSION

Nos résultats montrent l'impact du sérum glucosé sur les composantes périnatales et maternelles. Le temps moyen de jeûne est plus important dans le groupe avec sérum glucosé. Cela représente un biais qui nous conduit à penser qu'à temps égal de jeûne les résultats de notre étude seraient davantage significatifs. Une hypothèse qui peut expliquer les phénomènes observés : l'utérus étant correctement alimenté en substrat énergétique, il se contracte de manière plus efficace au moment du travail et plus rapidement après la délivrance. La baisse du pHa fœtal peut s'expliquer par les propriétés du glucose qui est une molécule pourvoyeuse de lactates eux-mêmes responsables de l'acidification du pH.

À l'heure actuelle, il n'existe pas de soluté spécifique qui réponde aux contraintes des femmes en salle d'accouchement. La création d'une solution de perfusion unique qui prendrait en compte les versants énergétiques, hydriques et ioniques est une perspective soulevée par cette recherche. •



"UN ENFANT, UNE DENT", QU'EN EST-IL DE CET ADAGE POPULAIRE? ENQUÊTE AUPRÈS DES CHIRURGIENS-DENTISTES DE HAUTE-NORMANDIE

PRIX
SPÉCIAL
DU JURY
EX AEQUO

Julie JOUENNE - ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE ROUEN

De nombreux travaux ont démontré l'influence de l'état de grossesse sur l'état bucco-dentaire et inversement. En effet, les changements hormonaux, chimiques et immunitaires qu'induit la grossesse sont autant de facteurs de risques qui favorisent les problèmes parodontaux.

En 2013, les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) préconisent une consultation chez le chirurgien-dentiste pour toutes les femmes enceintes. C'est en 2014 que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) met en place une invitation envoyée à chaque femme enceinte pour aller consulter. Cette consultation est prise en charge à 100 % dans le cadre du suivi de grossesse.

Nous avons souhaité connaître la prise en charge des femmes enceintes dans les cabinets dentaires et par les étudiants en odontologie. Nous avons utilisé un questionnaire qui a été distribué dans deux centres dentaires universitaires mais aussi lors de séances de formation continue ou de groupes de travail et par mailing. Une centaine de questionnaires a pu être analysée.

Il existe une prise en charge réelle mais incomplète des patientes dans la majorité des réponses, que ce soit sur les soins délivrés, les prescriptions ou les messages de prévention. Par exemple, 80 % de notre échantillon ne prescrit que du paracétamol en cas de douleurs dentaires alors que d'autres molécules, et notamment celles de palier 2, sont autorisées pendant la grossesse. Nous nous interrogeons aussi sur la connaissance du CRAT par les professionnels et seulement

15 % nous ont répondu par l'affirmative. Les messages de prévention concernant la patiente restent incomplets dans la majorité des cas. Et cela est d'autant plus vrai concernant la prévention pour le futur enfant.

Avec ces différents résultats et le fait que 47 % des personnes de notre échantillon souhaitent une remise à niveau, nous avons souhaité mettre en place des actions de communication sur ce sujet. Une journée de formation continue aura lieu auprès des praticiens de notre région en octobre 2016 et nous avons créé une plaquette explicative. Cette dernière rappelle les points importants de la prise en charge des patientes enceintes avec des conseils sur les précautions à prendre, les soins, les prescriptions et les messages de prévention à délivrer. Elle sera distribuée par la CPAM suite à notre travail.

Mais la prévention reste l'affaire de tous et il faut également que les professionnels de la grossesse se forment concernant les messages de prévention en matière de santé bucco-dentaire. Un groupe de travail se mettra en place avec des chirurgiens-dentistes conseils pour aller à la rencontre des sages-femmes et ainsi mieux leur expliquer l'enjeu de cet examen bucco-dentaire. Un cours sera également dispensé aux étudiants sages-femmes durant leurs études.

La communication entre les différents professionnels de santé assurant la prise en charge des femmes enceintes peut être la clef pour une meilleure prévention bucco-dentaire de nos patientes.

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

Votre boutique : www.dolphitonic.com

REEDUCATION PERINEALE
ORANGE LINE wireless

TOP VENTES

BILIRUBINOMETRE

TOP VENTES

LE MONITO COSTAUD DU PRO
EDAN F6 VCT

TOP VENTES

MONITOS EDAN F2 et F3 VCT
EDAN F3 VCT

TOP VENTES

ECHOGRAPHIE

TOP VENTES

DOLPHITONIC Médical Shopping Service

COMMANDES
RENSEIGNEMENTS
DOCUMENTATIONS

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

EDAN F2 VCT

TOP VENTES

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

LE SPORT ET LA GROSSESSE : EST-CE COMPATIBLE ?

D'après les recommandations françaises de la Haute Autorité de Santé, commencer ou continuer une activité sportive modérée pendant la grossesse est possible.

POURQUOI COMMENCER DÈS LA CONSULTATION PRÉ-CONCEPTIONNELLE ?

Certains bénéfices de l'activité physique au cours de la grossesse sont optimisés en cas de pratique l'année précédant la grossesse.

QUELS BÉNÉFICES ?

■ Bien-être physique et psychique

- Amélioration de l'image de soi avec une meilleure acceptation des modifications corporelles.
- Diminution de la fatigue et de l'anxiété du premier trimestre.

■ Diminution des symptômes veineux et de la pathologie vasculaire

- Meilleure adaptation du réseau vasculaire veineux permettant une diminution :
- Des symptômes d'œdème des membres inférieurs et lourdeurs de jambes,
- Du risque de varice et thrombose veineuse.

■ Diminution du risque de surpoids et de diabète gestationnel.

■ Diminution du risque d'hypertension artérielle.

QUELS RISQUES POUR MON ENFANT ?

Halte aux idées reçues !

■ Le risque de fausse couche spontanée

Il n'a été retrouvé aucun risque de fausse couche spontanée, dans le cadre d'une activité physique modérée et régulière, dans le respect des contre-indications médicales, absolues ou relatives.

■ Le risque de retard de croissance intra-utérin (RCIU) – ou de poids de naissance excessif

Il n'y a pas de retentissement de la pratique d'activité physique recommandée sur le poids de naissance.

■ Le risque d'hyperthermie et de malformation

Chez la femme, aucune étude n'a pu montrer un tel risque.

■ La durée du travail et le mode d'accouchement

La pratique de l'activité physique n'allonge pas la durée du travail et n'influence pas le mode d'accouchement.

QUELLE PRATIQUE SPORTIVE ?

■ Pratiques sportives recommandées

- La marche.
- La natation.
- La gymnastique douce.
- Le yoga adapté à la grossesse, avec des exercices respiratoires et posturaux adaptés.
- Le vélo d'appartement ou sur du plat.
- Des exercices de renforcement musculaire ou d'étirements musculaires.

■ Pratiques sportives déconseillées

- **Sports de contacts :** sports collectifs type basket, handball, Beach-volley, hockey, football.
- **Sports de combat :** karaté, judo, boxe, lutte...
- **Sports avec risque de chute inhérent à la pratique :** équitation, ski alpin/nautique, planche à voile, surf, patinage, VTT, escalade.

■ Pratiques contre-indiquées

- Exercices couchés sur le dos à partir de 20 SA* afin d'éviter la compression de la veine cave par le développement utérin.
- La plongée subaquatique en apnée ou avec bouteille.

DE QUELLE MANIÈRE ?

- **La fréquence :** 3 fois par semaine pour atteindre progressivement 4-5 fois par semaine, en fonction de votre niveau antérieur.
- **L'intensité :** est à évaluer par le test de la parole = capacité de mener une conversation normale sans essoufflement gênant la pratique de l'activité sportive.
- **La durée des exercices :** de 15 à 30 minutes pour celles qui ne faisaient pas d'activité physique avant la grossesse et 30 à 40 minutes pour les femmes sportives avant la grossesse.

QUELLES SONT LES CONTRE-INDICATIONS ?

■ Contre-indications absolues

- Travail préterme/Perte de liquide amniotique.
- Retard de croissance intra-utérin.
- Béance cervico-isthmique ou cerclage.
- Placenta praevia après la 28^e SA.
- Métrorragies (saignements).
- Hypertension artérielle et pré-éclampsie.
- Grossesse multiple \geq 3.
- Maladies cardio-vasculaires et/ou pulmonaires graves.

■ Contre-indications relatives

- Grossesse gémellaire après la 28^e semaine d'aménorrhée.
- Antécédents de prématurité, de retard de croissance intra-utérin ou de fausses couches spontanées répétées.
- Anémie sévère (Hémoglobine $<$ 10 g/l).
- Malnutrition.
- Troubles cardio-vasculaires ou respiratoires légers ou modérés.

En cas de doute sur la possibilité d'exercer une activité physique, ou d'autres questions demander un avis à votre médecin traitant, sage-femme ou gynécologue-obstétricien.

QUELS SIGNES DOIVENT M'ALERTER ?

- Saignements.
- Perte de liquide amniotique.
- Diminution des mouvements actifs de mon enfant.
- Contractions utérines.
- L'apparition de tout symptôme inhabituel, vertiges, céphalées.

Arrêter immédiatement l'activité en cours et aller consulter au plus vite votre médecin traitant, sage-femme ou gynécologue-obstétricien pour avis

RAPPEL DES RÈGLES DE BONNE PRATIQUE

- Une hydratation suffisante et un apport énergétique adapté.
- Un environnement aéré.
- Éviter les exercices en altitude $>$ 1 800 m.
- Pas d'exercice en décubitus dorsal après le quatrième mois de grossesse.
- Respecter les périodes d'échauffement et de récupération. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haute Autorité de Santé. *Comment mieux informer les femmes enceintes*. 2005 Avril. p 17.
2. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Société canadienne de physiologie de l'exercice. *L'exercice physique pendant la grossesse et le post-partum*. 2003 Juin; 129: 1-7.
3. The American College of Obstetricians and Gynecologists. *Exercise during pregnancy and the postpartum period*. 2002 January; N° 267 (99): 171-173.
4. Petit I, Fellman N, Dupechot M, Maitre C. *Sport et maternité*. Les cahiers du pôle. 2010 Janvier: 6-24.

* SA: semaine d'aménorrhée = semaines sans les règles

NOUVEAUTE EN POST PARTUM TRAITEMENTS PAR CHAMPS ELECTROMAGNETIQUES PULSES

1
ANTI
INFLAMMATOIRE

2
CICATRISATION

3
RELAXATION

4
HEMATOME

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 Rééduca 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

Pour toute information, contactez-nous :

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

www.ysy-medical.fr



Le management stratégique des cadres hospitaliers... au rythme des réformes (2^E PARTIE)

→ SUITE DE L'ARTICLE PARU DANS LE N° 460 DES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE (JUILLET 2016)

CADRE HOSPITALIER : UNE RESPONSABILITÉ CROISSANTE

Les responsabilités des Cadres sont parsemées de contraintes, souvent paradoxales, qui se sont particulièrement accentuées à l'occasion de la réorganisation du management hospitalier. Cette pesante réalité creuse un malaise identitaire dans la professionnalisation des Cadres hospitaliers. Une dichotomie subsiste, notamment, entre les compétences de l'homme de l'organisation (manager) et celles de l'homme de la profession (expert technique).

Ainsi, la multiplicité des cultures à l'hôpital avec ses logiques, ses alliances et ses oppositions professionnelles aux nombreuses interactions, limite l'action stratégique des Cadres. L'identité du Cadre pose, donc, un problème de définition dans la perception de son activité quotidienne. Cette fonction présente des contours flous et questionne la légitimité de leur place dans l'organisation hospitalière pour plusieurs raisons. Le statut peut apparaître problématique par sa production immatérielle difficile à mesurer dans son activité quotidienne : ces signes spécifiques de la fonction sont identifiés par Amosse et Delteil¹ qui montrent que les Cadres en général ont un rapport au temps et aux conditions de travail très particulier.

Le cadre réglementaire ne propose qu'une définition substantielle du rôle, notamment dans les textes relatifs aux réformes hospitalières au cours de ces quinze dernières années (ex : le co-pilotage des pôles d'activités dans la réorganisation interne des hôpitaux en 2005). Finalement, notre fonction s'est ajustée aux évolutions culturelles profondes des organisations hospitalières.

Ainsi, les Cadres n'ont pas l'opportunité de construire une culture professionnelle propre, même s'ils ont pu appréhender les enjeux sociaux, les problèmes économiques et culturels de l'institution hospitalière. L'adoption d'un langage spécifique et d'une culture commune aurait pu naître, par exemple en institut de formation des cadres de santé, espace générateur d'une nouvelle identité professionnelle.

L'ENCADREMENT EN QUÊTE DE RECONNAISSANCE IDENTITAIRE

Renaud Sainsaulieu définit l'identité au travail comme « la façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes [...], fondée sur des représentations collectives distinctes ». Il n'existe pas, à ce jour, suffisamment "d'espaces de réflexions collectives" des Cadres soignants dans les hôpitaux pour donner une posture représentative forte. Le Rapport de Chantal de Singly sur « *Les cadres hospitaliers* » (2009) met bien en évidence ce besoin de représentativité. Cela fait partie des dynamiques sociales de reconnaissance des individus au travail (un besoin de se définir par l'identification à une communauté d'appartenance, fortement intégrative pour ses membres).

Claude Dubar, sociologue et spécialiste des questions relatives à la sociologie des professions, précise que cette identité sociale apporte une certaine reconnaissance des savoirs, légitime les compétences individuelles et narcissise l'image de soi. Cette valorisation est à corrélérer avec le statut professionnel, la catégorie sociale et d'autres formes de reconnaissances, pouvant d'ailleurs entrer en conflit.

De plus, la construction d'une identité professionnelle se définit, selon Sainsaulieu, par un langage, des normes, valeurs, une histoire, un processus de socialisation et une culture au travail. Elle passe également par la qualification, la compétence, la culture professionnelle dans le champ de sa rhétorique professionnelle. Les Cadres ne disposent pas d'un socle identitaire suffisamment fort pour s'appuyer sur une « *déontologie, des processus sociaux, des rapports de pouvoir et d'identification, une solidarité des conduites collectives de classe, un groupe socioprofessionnel* ».



Il n'existe pas, à ce jour, suffisamment "d'espaces de réflexions collectives" des Cadres soignants dans les hôpitaux pour donner une posture représentative forte.



PRÉSENTATION DE L'AUTEUR

Jean-Luc STANISLAS est Cadre Supérieur de Santé (93). Consultant Leadership. Créateur du Blog « Management en milieu de Santé ». Auteur de « *Le management stratégique des cadres hospitaliers en mutation* », Éditions Universitaires Européennes, mars 2016. Master "Économie, Gestion et Management de la Santé" - Université Paris-Dauphine.
 Blog MMS : <https://managementenmilieuhospitalier.com/>
 Site : <http://www.linkedin.com/in/jlstanislas>

Pourtant, cette identité se reconstruit dans les ressources du Pouvoir, notamment dans « *le modèle de négociation* » décrit par Sainsaulieu, dans lequel vont s'inscrire les Cadres moyens et supérieurs. Selon les interactionnistes, elle valorise leur métier qui est une réalité sociale riche où l'on maîtrise la communication par la rhétorique professionnelle.

Mais, cette perception, aux contours opaques de l'identité du Cadre intermédiaire conduit à pervertir le rapport entre l'identité sociale virtuelle et l'identité sociale réelle définie par Claude Dubar.

ÊTRE "CADRE" DE SANTÉ : UNE CONSTRUCTION SOCIALE, AUX CONFINES HISTORIQUES

Selon Michel Lallemand², le terme de Cadre, d'origine militaire, « est utilisé pour désigner cet espace incertain où se mêlent autodidactes et diplômés des grandes écoles, salariés du privé et du public, personnels de PME et responsables émergeant à des grands groupes, cadres encadrants et non encadrants, cadres de production, fonctionnels, commerciaux et chefs de projets, etc. ». Prenons l'exemple de la fonction Cadre Supérieur en milieu hospitalier, d'origine statutaire, qui apparaît en 1938 ("Surveillant Chef") réglementée entre 1962 et 1969, avec pour mission hiérarchique d'assurer "l'encadrement" de l'activité du service infirmier. La reconnaissance fonctionnelle n'apparaîtra qu'en 1988, 1989 puis 1991, dont l'accès par concours sur titre est resté à ce jour sur des modalités nébuleuses de nomination, propres à chaque établissement, sans obligation de formation d'adaptation à l'emploi.

Un effort a cependant été réalisé pour décrire les missions de cette fonction d'encadrement, hors cadre réglementaire, entre 1988 et 2004. Le guide du service de Soins Infirmiers n° 3, sur *Le fonctionnement du service de soins infirmiers* (1988) précise les liens hiérarchiques et fonctionnels avec des missions associant des compétences d'expertises techniques et managériales. La Nomenclature

des emplois type (1990) élargit son rôle fonctionnel et introduit la collaboration avec le chef de service, acteur clé de l'organisation hospitalière, avec une évolution des missions vers la gestion des activités. Enfin, le *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière* (2004) place le Cadre de Santé à un niveau d'encadrement intermédiaire, entre le niveau stratégique et le niveau de proximité (gestion, coordination, animation d'activités ou de projets transversaux).

Ces trois définitions affirment le rôle hiérarchique et fonctionnel central de la fonction, dans les arcanes de l'institution, sans pour autant l'inscrire dans un texte réglementaire. Cette situation génère donc des disparités sur la place des Cadres Supérieurs qui se définissent différemment selon la force de leur positionnement dans l'institution. En effet, l'identité des Cadres est déterminée, selon Erving Goffman, par une négociation au cours de laquelle ils utilisent des conventions ou des codes partagés, des manières de voir, des manières de dire hétérogènes, selon leurs intérêts, pouvant même les opposer.

ÊTRE CADRE HOSPITALIER AUJOURD'HUI : UN POSITIONNEMENT STRATÉGIQUE DANS UN HÔPITAL/ENTREPRISE

La problématique identitaire des cadres en milieu hospitalier peut être comparée à l'évolution identitaire des Cadres en entreprise. En effet, l'apparition des Cadres survient dans un contexte conjoncturel historique de crise en 1936-1938, consécutive aux luttes sociales et politiques avec la reconversion de la bourgeoisie.

Les « *Trente Glorieuses* » (1950-1970) marquent leur consécration identitaire « *autour des figures stratégiques de l'expert, du cadre symbole de la promotion sociale liée à la carrière, et aussi du titulaire d'une fonction et d'un statut dans les grandes bureaucraties d'État, sources de nouvelles formes d'appartenances* »³ et montrent que leurs signes d'appartenance identitaires, à un niveau social valorisé, foisonnent : conditions de vie, diplômes, origine sociale, type d'activité, genre de vie, opinions politiques etc.⁴ Mais, depuis la fin des années 80, « *l'entreprise traverse une véritable période de double injonction contradictoire, dont on sait les dégâts identitaires sur la psychologie des individus, en imposant à ses membres, tout à la fois l'implication dans la qualité et la mobilisation productive, mais aussi la menace sur leur emploi et la souffrance de la précarité.* »⁵

1. AMOSSET & DELTEILV., "L'identité professionnelle des cadres en question", Travail et Emploi, N° 99, juillet 2004, pp 63-79.
2. LALLEMAND M., "Le travail : une sociologie contemporaine", Folio-Essais-Inédit, N° 484, p. 335.
3. R. Sainsaulieu, "La construction des identités au travail", 1998.
4. L. Boltanski, "Les Cadres : la formation d'un groupe social", 1982.
5. R. Sainsaulieu (ibid).

Cette situation devient inquiétante dès les années 90, selon plusieurs enquêtes sociologiques, avec l'apparition d'une nouvelle typologie de Cadres d'entreprises, opposant deux figures idéales typiques : le manager et l'expert. Paul Bouffartigue, sociologue du travail, indique que ce malaise affecte leur positionnement stratégique qui s'éloigne progressivement des directions des entreprises, marquant ainsi une rupture privilégiée du « *salarié de confiance* », figure traditionnelle du groupe social des Cadres des années 80 (Boltanski, 1982). Leur identité se caractérise aujourd'hui par l'opposition « *managers/ autres cadres* » substitué au clivage « *cadres/non cadres* » (Amosse et Delteil). Ce malaise identitaire s'installe progressivement pour des raisons structurelles : fonction floue, l'incertitude de leur employabilité dès 1993, nouvelles organisations des Cadres, déstabilisation des formes de socialisation traditionnelles ainsi qu'une évolution des carrières et des partitions professionnelles classiques.

Ce détour socio-historique des Cadres en entreprise montre qu'il aboutit aujourd'hui à une banalisation de leur statut, la dégradation de leurs conditions de travail (par la sacralisation de la valeur de l'actionnaire), le risque croissant du déclassement et le durcissement des rapports sociaux avec les réformes relatives à la réglementation du temps de travail, renforcés par le développement des nouvelles technologies de l'information.

VERS UNE LOGIQUE DE PERFORMANCE MANAGÉRIALE AU SERVICE DU PATIENT

L'encadrement de proximité est sollicité pour assurer l'animation des équipes dans ces nouvelles organisations du travail. Ainsi, de nouvelles exigences managériales ont déplacé les modes de gestion des ressources humaines centrés sur la dictature du « client », « usager », « consommateur de soins ».

Les Cadres ont dû s'adapter à ces nouvelles formes de management d'équipe, avec le renforcement du contrôle de l'exécution des tâches, passant d'une hiérarchie omniprésente avec l'autoritarisme des « petits chefs » à la situation d'aujourd'hui, marquée par une pression accrue de la surveillance des activités (respect des délais, du service rendu au client...). Ce déplacement progressif de l'activité de l'industrie vers les activités de services a contribué finalement au renforcement de la pression du client.

Le Cadre se trouve donc happé par ces réalités d'entreprise avec ses restructurations, ses stratégies managériales centrées sur le résultat, l'efficacité et l'adaptation aux changements permanents.

Cette situation se rencontre également dans l'organisation hospitalière, publique soit-elle, même si elle n'est pas encore vraiment engagée dans une logique de « *performance* » et une culture du « *résultat* ». Les Cadres hospitaliers sont également soumis à des changements organisationnels comparables à ceux exerçant en entreprises.

L'évolution de la structure hospitalière, longtemps caractérisée par la domination médicale inscrite dans ses fiefs (ou mandarins), se caractérise aujourd'hui par une transversalité de ses activités mobilisant le pouvoir de tous les acteurs du système. Le modèle hospitalier se rapproche du modèle proche de l'industrie, doté d'un système complexe tant par la taille de ses établissements, que par la variabilité de ses statuts avec des critères d'activités et d'environnements multiples.

La culture hospitalière, auparavant calquée sur des valeurs traditionnelles, s'identifie par la multiplicité de « cultures » distinctes entre les discours médicaux, directoriaux, soignants, médicotecniques, logistiques, économiques, techniques et administratifs. Plus de 200 professions différentes révèlent l'ampleur de cette opacité institutionnelle dans laquelle subsiste une coexistence conflictuelle de cultures et de logiques professionnelles différentes, comme le souligne Philippe Jean ⁶.

Comme dans l'entreprise, l'hôpital est marqué par l'évolution rapide de ses technologies médicales, s'éloignant ainsi de l'image de l'hospice des années 1950, synonyme de relégation et de pauvreté, pour laisser place à des Centres Universitaires, symboles des prouesses de la technique matérialisées par les plateaux techniques. Les progrès de la médecine ont également réduit la DMS ⁷, le temps de travail et ont augmenté l'intensification des activités des investigations paracliniques en priorité.

Les effets de ces modernisations ont impacté sur les relations avec le malade : celui-ci devient un « cas » ou un « résultat d'analyse » ⁸. Similairement à l'entreprise, l'évolution de la clientèle hospitalière, auparavant représentée par les classes modestes et les indigents assistés, s'adresse aujourd'hui à toutes les classes de la société, auprès desquelles coexistent une médecine de prestige à haute technicité et des filières de quasi-abandon médical ⁹. L'hôpital devient l'objet d'un certain consumérisme devenant concomitant avec l'augmentation des droits du patient, comme celui du client dans l'entreprise : il s'instaure, alors, un climat de défiance réciproque entre les soignants et les patients, dans une logique très individualiste.

Le Cadre soignant devient le garant de la qualité des prestations de soins auprès des « *usagers consommateurs de soins médicaux* ». Cependant, l'hôpital adopte de plus en plus de nouveaux droits du patient dont l'évolution de leurs attentes ainsi que de leurs familles introduit la notion d'*empowerment* ¹⁰.



Le Cadre se trouve donc happé par ces réalités d'entreprise avec ses restructurations, ses stratégies managériales centrées sur le résultat, l'efficacité et l'adaptation aux changements permanents.



VERS UN POSITIONNEMENT PLUS STRATÉGIQUE

Les Cadres sont donc immergés dans cette nouvelle réorganisation des activités hospitalières, considérée comme le « *pilotage pragmatique des pouvoirs [...] de l'action publique en réseaux, une pratique relationnelle de coopération non prédéfinie et toujours à réinventer, à distance des armatures hiérarchiques du passé et des procédures routinières* »¹¹.

La place du Cadre est clairement identifiée comme faisant partie du triptyque « *Médecin-Cadre Soignant-Cadre Administratif* » de l'organisation des structures hospitalières en pôles d'activités, représentant un support d'une gestion déconcentrée avec la mise en place d'un dispositif de contractualisation interne.

Nous voyons mieux maintenant les points de convergences de l'hôpital avec l'entreprise dans son organisation et ses nouvelles logiques managériales, prenant de plus en plus en compte les réalités socio-économiques de l'environnement externe. La notion d'hôpital entreprise, comme l'indique J.-P. Domin¹², est de plus en plus présente dans la rhétorique de la politique hospitalière depuis les années 1980, avec des incursions de quelques hôpitaux dans une démarche de marketing (cercles de qualité, politiques sociales innovantes), avec pour ambition de poursuivre les émergences de nouveaux modes de régulations.

Ainsi, les Cadres soignants, occupant un positionnement intermédiaire à l'hôpital, sont exposés à ces bouleversements tout en y apportant leur contribution avec des marges de manœuvre limitées et des contraintes difficiles à réguler.

Ces nouvelles règles du jeu accentuent le niveau de responsabilisation des Cadres qui doivent répondre progressivement à une culture du résultat à partir d'indicateurs

quantitatifs et qualitatifs issus de la culture post-industrielle, dont l'expression la plus visible se traduit par l'utilisation d'outils médico-économiques et processus visant l'optimisation des bonnes pratiques de soins.

CONCLUSION

En conclusion, nous pouvons dire que les cadres hospitaliers œuvrent en collaboration avec la communauté médicale, au développement de la compétitivité en interne et en externe (entre les institutions) dans une logique de développement de la performance stratégique des activités : diminution de la DMS, fermeture de lits, fusions entre services, restructurations, modification du financement des hôpitaux, développement des alternatives à l'hospitalisation, rationalisation des processus de soins avec le « *managed care* ». Ces évolutions managériales marquent un tournant dans le contexte des réformes actuelles et futures qui pourront entrevoir des adaptations stratégiques dans l'exercice au quotidien de la fonction d'encadrement à l'hôpital... ■

6. JEAN Philippe, *Le malaise des cadres soignants*.

7. DMS : Durée Moyenne de Séjour.

8. SCHWEYER FX. *L'hôpital sous tension*.

9. DE BORT C. *Le malaise des cadres hospitaliers*, 2003

10. Empowerment : terme anglais traduit par "autonomisation" ou "capacitation" est la prise en charge de l'individu par lui-même, de sa destinée économique, professionnelle, familiale et sociale.

11. DOMIN J.-P., *La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital-entreprise*.

12. DOMIN J.-P., *ibid*



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



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

www.cnsf.asso.fr

30 et 31 janvier 2017 PARIS

Palais des Arts et des Congrès d'Issy-les-Moulineaux

PRÉ - PROGRAMME DES 15^{èmes} JOURNÉES*

Lundi 30 janvier

- 8h30 **Accueil des congressistes**
9h00 **OUVERTURE DE LA JOURNÉE**
• Sophie GUILLAUME (Présidente du CNSF, Paris)
- SESSION NOUVEAU-NE**
• **Démarche d'assurance qualité en matière de dépistage combiné de la trisomie 21**
M. LAFON (Saint-Denis)
• **Réduction de la mortalité infantile et périnatale en Seine Saint-Denis**
Priscille SAUVEGRAIN (Paris)
• **Dépistage des infections en salle de naissance**
Pascal BOILEAU (Poissy), Claire RODRIGUEZ (Paris)
- 10h30 **Pause, visite des stands et session posters**
- 11h00 **SESSION CANCERS**
• **Dépistage des cancers gynecos**
Jérémy BELGHITI (Paris)
• **Ce que doit et peut faire la sage-femme**
Odile HOUZLAUX (Paris)
• **Cas du sein et cas du col : prise en charge pendant la grossesse**
Jérémy BELGHITI (Paris)
- 12h30 **Déjeuner libre**
- 14h00 • **Remise des prix CNSF**
• **RPC IVG : résumé**
Hélène SEGAIN (Poissy), Christophe VAYSSIERE (Toulouse)
• **RPC la prématurité et sa prévention hors RPM : résumé**
Sabine PAYSANT (Le Cateau-Cambrésis)
Marie-Victoire SENAT (Paris – Kremlin Bicêtre)
- 15h30 **Pause, visite des stands et session posters**
- 16h00 **SESSION RECHERCHE**
• **Effet du paracétamol et des AINS pendant la grossesse**
Bernard JEGOU (Rennes)
• **Exposition environnementale et troubles du spectre autistique**
Claire PHILIPPAT (Grenoble)
• **Phénoxyétanol pendant la grossesse et performances intellectuelles à 6ans**
Rémi BERANGER (Rennes)
- 17h30 **Fin de la journée**

Mardi 31 janvier

- 8h30 **PRESENTATION DES 1^{ères} RPC DU CNSF SUR LA BONNE UTILISATION DU SYNTOCINON**
1^{ère} PARTIE
Corinne DUPONT (Lyon), Marion CARAYOL (Paris)
• **Définitions et caractéristiques du travail normal et anormal**
• **Indications de l'oxytocine selon les stades du travail**
• **Interventions associées à l'utilisation de l'oxytocine**
- 10h00 **Pause, visite des stands et session posters**
- 10h30 **2^{ème} PARTIE**
Corinne DUPOND (Lyon), Marion CARAYOL (Paris)
• **Modalités d'utilisations de l'oxytocine**
• **Risques et effets indésirables materno-fœtaux, néonataux et pédiatriques de l'utilisation de l'oxytocine**
• **Analgesie péridurale et utilisation de l'oxytocine**
• **Cas particuliers d'utilisation de l'oxytocine**
- 12h30 **Déjeuner libre**
- 14h00 **SESSION PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR**
• **Prise en charge de la cicatrice et de la douleur en post-partum**
Chantal FABRE-CLERGUE (Marseille)
• **Le sein douloureux : mastite et son retentissement sur l'allaitement**
Virginie RIGOURD (Paris)
• **Douleurs physiques et douleurs psychiques**
Fabienne GALLEY-RAULIN (Verdun)
- 15h30 **Pause, visite des stands et session posters**
- 16h00 **ACTUALITES EN ADDICTOLOGIE**
• **Compétences des sages-femmes en tabacologie**
Pierre-Antoine MIGEON (Lyon)
• **Dépistage de l'alcoolisation chez les mères**
David GERMANAUD (Paris)
- 17h00 **Fin de la journée**
• Sophie GUILLAUME (Présidente du CNSF, Paris)

* Sous réserve de modifications

Lundi 30 janvier de 12 h 30 à 14 h 00
SYMPOSIUM A VENIR

Mardi 31 janvier de 12 h 30 à 14 h 00
SYMPOSIUM A VENIR

30 et 31 janvier 2017

Des ateliers en séances parallèles vous seront également proposés.
Toutes les informations prochainement sur www.cerc-congres.com

Renseignements et inscriptions : C.E.R.C.

17 rue Souham – 19000 TULLE – Tél. : 05 55 26 18 87 – Email : inscription@cerc-congres.com – www.cerc-congres.com
N° de formation continue : 11940627094



Éditions érès
Prévention en maternité
Thème: Enfance & parentalité

Parution: 28 avril 2016

EAN: 9782749250632

14 x 22 cm, 136 p. - Prix: 15 €

<http://www.editions-eres.com>

Naissances : pour une éthique de la prévention

● Françoise MOLÉNAT

Dans cette nouvelle édition actualisée, Françoise Molénat rend compte d'une démarche éthique novatrice, initiée en fin des années 1970, actuellement en pleine dynamique. Elle pose les bases éthiques de tout travail de prévention précoce mené par les équipes de périnatalité auprès des familles en souffrance. La prévention de la maltraitance, des troubles du développement, des dépressions parentales est à portée de main. Changer les habitudes exige un effort collectif pour que les regards se croisent, que les cultures se mélangent et que la position de "prévenance" s'impose avant la survenue des troubles en santé mentale. Pour cela, sont requises la rigueur interdisciplinaire et surtout une exigence éthique quant au respect de la place de sujet de chaque interlocuteur concerné, sans laquelle des parents blessés dans leur image d'eux-mêmes risquent de fuir toute proposition d'accompagnement. Des témoignages émaillent cette réflexion qui s'appuie sur la subjectivité des parents, mais aussi sur celle des intervenants proches d'une famille en construction. Les questions éthiques inhérentes à l'avancée dans la part intime des familles sont le fil directeur de l'ouvrage.

Françoise Molénat, pédopsychiatre, a exercé pendant trente-cinq ans au CHU de Montpellier auprès d'enfants souffrant de troubles du développement et de leurs parents. Engagée parallèlement dans la recherche clinique et en période périnatale, en lien étroit avec les professionnels de la naissance, elle a développé des méthodes originales de formation interdisciplinaire, qui se sont diffusées en France et à l'étranger.

L'Enfantement, entre puissance, violence et jouissance

Une dimension méconnue de la sexualité féminine

● Héléne GONINET

Plus de trois cents femmes répondent à des questions clés sur leur expérience de l'accouchement, de l'amour et du sexe: un livre sans précédent, qui bouscule les idées reçues. Que ces trois cents mères aient accouché en institution ou chez elles, leurs réponses démontrent clairement la dimension sexuelle de l'enfantement. Or, on le voit aussi, cette réalité est entourée d'un tabou généralisé (y compris pour celles qui reconnaissent avoir ressenti du plaisir ou des orgasmes au cours de leur accouchement).

Autre révélation: le lieu où les femmes enfantent (chez elles ou en institution) influe sur des critères rarement pris en compte, comme leur image d'elle-même, leur relation avec leur conjoint ou le temps nécessaire pour retrouver une sexualité épanouie.

Ces témoignages racontent aussi l'extraordinaire rencontre amoureuse qui se produit entre une femme et son bébé dans les instants qui suivent la naissance, et comment ce moment crucial conditionne leur avenir à tous deux.

Ce livre met également en lumière les violences faites aux femmes (le plus souvent avec les meilleures intentions du monde) dans le cadre de l'accouchement médicalisé standard dans nos pays. Outre les futurs parents, il interpellera de nombreux professionnels de santé.

Accompagné d'un annuaire international d'adresses utiles et d'une centaine de graphiques et photos.

Préface du Dr Michel Odent. Postface d'Ina May Gaskin. Illustrations de Lucile Gomez.

Héléne Goninet exerce le métier de sage-femme depuis 25 ans. Après une courte expérience hospitalière, elle s'est installée en libéral, dans une pratique d'accompagnement global.



MAMA ÉDITIONS
Collection Naissances

Parution: 10 octobre 2016

ISBN 978-2-84594-185-4

14 x 22 cm, 360 pages,
Illustrations couleur - Prix: 20 €

www.mamaeditions.com

COMMUNIQUÉS DE PRESSE DU 13 OCTOBRE 2016

LES ÉTUDIANTS SAGES-FEMMES S'OPPOSENT À LA BAISSE DU NUMERUS CLAUSUS!

Le Conseil d'administration de l'Association nationale des étudiants sages-femmes (Anesf) s'est réuni à Bourg-En-Bresse les 8 et 9 octobre derniers. Celui-ci estime que la **deuxième étude sur le marché du travail des sages-femmes** annoncée par un communiqué du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) le 15 septembre 2016 **ne présente pas l'ensemble des éléments nécessaires pour moduler le Numerus Clausus de la rentrée 2017. L'Anesf s'oppose donc à la baisse du Numerus Clausus pour la rentrée prochaine.**

Tout d'abord, la "précarisation" de l'emploi évoqué comme « [une] succession de contrats à durée déterminée » n'est pas une problématique propre à la profession de sage-femme mais à l'ensemble des professionnels de santé. De plus, le Conseil national de l'Ordre met en avant l'augmentation du nombre d'installations en libéral depuis 1998, sans la mettre en corrélation avec le **virage ambulatoire de notre système de santé** impulsé par plusieurs gouvernements successifs. Enfin, **aucune étude sur l'insertion professionnelle des jeunes actifs n'a été menée**, pour appuyer cette problématique d'emploi décrite comme préoccupante.

Le Numerus Clausus a été instauré pour réguler les professionnels de santé en fonction des besoins de santé de la population. Même si les nouvelles compétences des sages-femmes ont été partiellement prises en compte dans la prospection de leurs activités en 2030 par l'étude proposée, **les besoins pour la santé des femmes que ce soit en périnatalité ou pour leur santé générale ne sont, eux, pas suffisamment évalués.**

Par ailleurs, la modulation du Numerus Clausus n'a pas toujours été efficace pour améliorer l'organisation de soins et les disparités existantes entre les territoires. Ainsi, l'Anesf demande que des solutions concrètes, type Contrat d'Engagement de Service Public (CESP), soient mises en œuvre au sein de la formation en maïeutique pour pallier les nombreux déserts médicaux. En outre, l'Anesf a exposé ses positions concernant l'avenir de la profession de sage-femme au sein du système de santé dans son livre blanc de juillet 2016 et continuera d'agir dans ce sens pour l'amélioration de la santé des femmes et des enfants.

L'Anesf attend une réflexion commune entre les différentes organisations associatives et

syndicales des sages-femmes et étudiants afin d'envisager une modulation du Numerus Clausus pour les prochaines années. Ainsi, **l'Anesf demande que soient entreprises des études plus approfondies sur l'insertion professionnelle des jeunes diplômé(e)s, la situation démographique des sages-femmes, ainsi que l'impact de l'évolution de leurs compétences sur l'exercice professionnel, à court, moyen et long terme.**



<http://anesf.com>



COMMUNIQUÉS DE PRESSE DU 13/10/2016 DE L'ORDRE NATIONAL DES SAGES-FEMMES

INFORMATION DE L'ANSM SUR LE RISQUE DE MIGRATION D'IMPLANTS CONTRACEPTIFS

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) vient de publier une information à destination des professionnels de santé prescrivants, délivrant et administrant des contraceptifs, notamment les sages-femmes. En effet, dix-huit cas de migration d'implants à l'étonogestrel dans les vaisseaux sanguins (y compris l'artère pulmonaire) et dans la paroi thoracique ont été rapportés.



<http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/information-de-lansm-sur-le-risque-de-migration-dimplants-contraceptifs/>



COMMUNIQUÉS DE PRESSE DU 7/10/2016 DE L'ORDRE NATIONAL DES SAGES-FEMMES

LE CONSEIL NATIONAL, PARTENAIRE DE L'OPÉRATION MOI(S) SANS TABAC, DÉFI COLLECTIF POUR ARRÊTER DE FUMER

Organisée par Santé publique France et le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, en partenariat avec l'Assurance Maladie, Moi(s) sans tabac est une campagne nationale d'aide à l'arrêt du tabac, misant sur un élan collectif. Elle incite les fumeurs à arrêter tous ensemble pendant 30 jours, au mois de novembre.



<http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/le-conseil-national-partenaire-de-l-operation-mois-sans-tabac-defi-collectif-pour-arreter-de-fumer/>



ARRÊTÉ DU 7 OCTOBRE 2016 relatif à la rémunération des étudiants en second cycle des études de maïeutique

NOR: AFSH1627535A

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/10/7/AFSH1627535A/jo/texte>

La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre de l'économie et des finances et le ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4151-7, L. 4151-7-1, L. 6153-1 et L. 6153-2;

Vu l'arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé;

Vu l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme,

Arrêtent:

ARTICLE 1 > En application de l'article R. 6153-105 du code de la santé publique, les étudiants en second cycle des études de maïeutique perçoivent une rémunération annuelle brute versée mensuellement selon les modalités suivantes:

PERSONNELS CONCERNÉS	Montants annuels au 1 ^{er} novembre 2016 (en euros)	Montants annuels au 1 ^{er} février 2017 (en euros)
Étudiants en 5 ^e année (2 nd cycle) des études de maïeutique	2 998,85	3 016,84
Étudiants en 4 ^e année (2 nd cycle) des études de maïeutique	1 545,95	1 555,22

ARTICLE 2 > L'arrêté du 28 novembre 2013 relatif aux conditions de rémunération des étudiants sages-femmes est abrogé.

ARTICLE 3 > Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 7 octobre 2016.

ARRÊTÉ DU 7 OCTOBRE 2016 fixant le montant de l'indemnité forfaitaire de transport pour les étudiants en second cycle des études de maïeutique accomplissant un stage en dehors de l'établissement de rattachement de leur structure de formation

NOR: AFSH1627539A

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/10/7/AFSH1627539A/jo/texte>

La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre de l'économie et des finances et le ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6153-1 et L. 6153-2;

Vu l'arrêté du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé;

Vu l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme,

Arrêtent:

ARTICLE 1 > Le montant de l'indemnité forfaitaire de transport mentionnée à l'article D. 6153-107 du code de la santé publique est fixé mensuellement à 130 euros bruts.

ARTICLE 2 > L'étudiant hospitalier en second cycle des études de maïeutique qui souhaite bénéficier de cette indemnité forfaitaire de transport en formule la demande auprès de l'établissement support lié par convention à la structure de formation dans laquelle il est inscrit et s'engage à ne bénéficier d'aucun autre dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transport.

Cette demande d'indemnité forfaitaire de transport est établie conformément au modèle fixé en annexe au présent arrêté.

ARTICLE 3 > Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République française.

ANNEXE

Modèle de demande d'indemnité forfaitaire de transport des étudiants de second cycle des études de maïeutique accomplissant un stage en dehors de l'établissement de rattachement de la structure de formation dans laquelle ils sont inscrits.

Je soussigné(e) (nom et prénom de l'étudiant),

étudiant hospitalier en second cycle des études de maïeutique (préciser l'année),

demeurant (adresse du domicile),

inscrit(e) dans la structure de formation de (dénomination de la structure de formation),

demande à l'établissement support de rattachement de la structure de formation (dénomination de l'établissement support) à bénéficier de l'indemnité forfaitaire de transport conformément à l'arrêté du 7 octobre 2016.

J'atteste, par la présente, ne bénéficier d'aucun autre dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transport pendant mon stage.

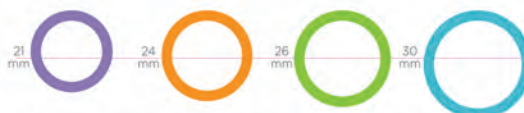
Fait le 7 octobre 2016.

PARCE QUE LA TAILLE COMPTE !

L'application **KolorYou**[®], le service qui vous aide à déterminer la taille de tétérèlle adaptée à la morphologie des mamans, pour un allaitement confortable.



KOLORYOU[®]



CE 0459 Lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne le dispositif médical. Ce dispositif médical est un produit de santé réglementé, qui porte, au titre de cette réglementation, le marquage CE. Contactez votre professionnel de santé.

K.COMGFR.106.0516 - Photographies non contractuelles.

L'ALLAITEMENT PAR DTF MEDICAL



19, rue de la Presse - CS 60132
42003 Saint-Etienne Cedex 1 - France
Tél. : +33 (0)4 77 74 51 11 - Fax : +33 (0)4 77 79 67 72
E-mail : dtf@dtf.fr - www.dtf.fr



DÉCRET N° 2016-1335 DU 7 OCTOBRE 2016 relatif aux fonctions en milieux hospitalier et extra-hospitalier des étudiants en maïeutique

NOR: AFSH1621871D

ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/10/7/AFSH1621871D/jo/texte>

Publics concernés : étudiants hospitaliers en maïeutique.

Objet : création d'un statut d'étudiant hospitalier en maïeutique.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain du jour de sa publication.

Notice : le décret crée un statut pour les étudiants en maïeutique en formation à compter du deuxième cycle de leurs études, dans la mesure où ils participent à l'activité hospitalière, à l'instar des étudiants en médecine, odontologie, et pharmacie.

Le décret confère à ces étudiants la qualité d'agent public, pose le principe de leur rémunération et précise par ailleurs leurs droits et obligations.

Références : le code de la santé publique peut être consulté, dans sa rédaction issue du présent décret, sur le site [Legifrance](http://www.legifrance.gouv.fr) (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de l'éducation;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6153-1 et L. 6153-2;

Le Conseil d'État (section de l'administration) entendu,

Décète :

ARTICLE 1 > Le livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique est modifié conformément aux articles 2 et 3 du présent décret.

ARTICLE 2 > Le chapitre IV du titre IV est ainsi modifié :

1° Le I de l'article R. 6144-3 est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° Un représentant des étudiants hospitaliers en second cycle des études de maïeutique, lorsque la structure de formation en maïeutique est rattachée à un centre hospitalier. »;

2° Au 8° du I de l'article R. 6144-3-1, les mots : « étudiants en maïeutique » sont remplacés par les mots : « étudiants en second cycle des études de maïeutique »;

3° Au sixième alinéa du I de l'article R. 6144-4, les mots : « Un représentant des étudiants en maïeutique » sont remplacés par les mots : « Le représentant des étudiants en second cycle des études de maïeutique ».

ARTICLE 3 > Le chapitre III du titre V est complété par une section 7 intitulée : « Fonctions en milieux hospitalier et extra-hospitalier des étudiants en maïeutique » comportant les articles R. 6153-98 à R. 6153-110 » ainsi rédigés :

« Art. R. 6153-98.-Les étudiants hospitaliers en maïeutique, en formation approfondie pendant les deux années du second cycle, participent, dans les conditions définies par la présente section, à l'activité hospitalière et extra-hospitalière. À ce titre, ils ont la qualité d'agent public.

« Ils sont notamment soumis au secret professionnel et à l'obligation de discrétion professionnelle pour tous les faits, informations ou documents dont ils

ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leur activité hospitalière et extra-hospitalière.

« Art. D. 6153-99.-Au cours du second cycle, y inclus les congés annuels prévus à l'article R. 6153-106, les étudiants hospitaliers en maïeutique accomplissent une formation pratique, comportant plusieurs stages.

« Les étudiants hospitaliers en maïeutique ont la possibilité d'accomplir une période d'études à l'étranger dans le cadre de conventions conclues par la structure de formation ainsi qu'un stage de recherche dans le cadre d'un parcours personnalisé.

« En cas de redoublement au cours du second cycle, ils accomplissent à nouveau douze mois de stage incluant les congés annuels et les stages dont la validation n'a pas été obtenue.

« Art. D. 6153-100.-Les étudiants hospitaliers en maïeutique sont présents en formation pratique au moins à mi-temps en moyenne sur la durée du second cycle. Ils prennent part aux cours, contrôles et examens sur leur temps de présence en formation théorique.

« Art. R. 6153-101.-Les étudiants hospitaliers en maïeutique participent à l'activité hospitalière et extra-hospitalière sous la responsabilité du praticien référent désigné par le responsable pédagogique du lieu de stage de la structure d'accueil. Ils exécutent les tâches et les actes qui leur sont confiés par le praticien référent.

« Art. R. 6153-102.-Avant leur première affectation, les étudiants en maïeutique justifient qu'ils remplissent les conditions exigées par la réglementation en vigueur relative à l'immunisation obligatoire de certaines personnes contre certaines maladies.

« Art. R. 6153-103.-Les étudiants hospitaliers en maïeutique sont soumis au règlement intérieur de l'établissement d'affectation.

« Art. R. 6153-104.-Les étudiants hospitaliers en maïeutique sont soumis au régime disciplinaire applicable aux étudiants défini par le règlement intérieur de la structure de formation en maïeutique.

« Le directeur de la structure d'accueil peut exclure tout étudiant dont le comportement est de nature à compromettre le bon fonctionnement du service.

« Art. R. 6153-105.-Les étudiants hospitaliers en maïeutique perçoivent une rémunération annuelle dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé et revalorisé suivant l'évolution des traitements de la fonction publique par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Cette rémunération est versée mensuellement après service fait, à l'exception de la période d'études à l'étranger prévue à l'article R. 6153-99. Elle est versée par l'établissement support lié par convention à la structure de formation dans laquelle les intéressés sont inscrits.

« Art. R. 6153-106.-Les étudiants hospitaliers en maïeutique ont droit :

« 1° À un congé annuel de trente jours ouvrables pendant lequel ils perçoivent la rémunération prévue à l'article R. 6153-105;

« 2° En cas de maladie ou d'infirmité dûment constatée les mettant dans l'impossibilité d'exercer leurs fonctions, au maximum à un mois de congé pendant lequel ils perçoivent la totalité de leur rémunération et à un mois pendant lequel ils perçoivent la moitié de cette rémunération.

« Dans tous les cas, ils conservent leurs droits à la totalité des suppléments pour charges de famille ;

« 3° À un congé de maternité, d'adoption ou de paternité d'une durée égale à celle prévue par la législation de la sécurité sociale, pendant lequel l'intégralité de la rémunération prévue à l'article R. 6153-105 est versée.

« Les prestations en espèces dues aux intéressés au titre de la sécurité sociale viennent en déduction de la rémunération ou de la demi-rémunération servie durant le congé de maladie, de maternité, d'adoption ou de paternité.

« En outre, les intéressés peuvent, sur leur demande et après accord de la structure de formation en maïeutique et du directeur de l'établissement support de la structure de formation, bénéficier d'un congé supplémentaire de trente jours ouvrables non rémunéré.

« Art. D. 6153-107.-Les étudiants hospitaliers en maïeutique qui accomplissent un stage en dehors de l'établissement de rattachement de la structure de formation dans laquelle ils sont inscrits perçoivent une indemnité forfaitaire de transport, lorsque le lieu de stage est situé à une distance de plus de quinze kilomètres de cette structure.

« Lorsque le stage est organisé à temps plein, cette indemnité n'est due que si le lieu de stage est en outre situé à une distance de plus de quinze kilomètres du domicile de l'étudiant.

« Cette indemnité n'est cumulable avec aucun dispositif de prise en charge totale ou partielle de frais de transport directement versé à l'intéressé.

« Un arrêté des ministres chargés du budget, de l'enseignement supérieur et de la santé fixe le montant et les modalités de versement de cette indemnité.

« Art. D. 6153-108.-Les stages mentionnés à l'article R. 6153-99, à l'exception de la période d'études à l'étranger, accomplis en dehors de l'établissement de rattachement de la structure de formation dans laquelle l'étudiant en maïeutique est inscrit, sont organisés par des conventions. Celles-ci déterminent notamment leur durée d'application et les conditions de leur révision. Elles font l'objet d'une évaluation périodique par les parties signataires.

« Art. R. 6153-109.-Pour l'exercice du droit syndical, des autorisations spéciales d'absence sont accordées par le directeur de l'établissement support et le directeur de la structure de formation en maïeutique, dans les conditions et limites fixées par arrêté du ministre chargé de la santé, aux représentants syndicaux élus des étudiants en maïeutique à l'occasion de la participation de ceux-ci à des réunions syndicales.

« Art. R. 6153-110.-Sous réserve des dispositions des articles R. 6153-105, R. 6153-107 et R. 6153-109, les modalités d'application de la présente section sont précisées par un arrêté conjoint des ministres chargés de l'enseignement supérieur et de la santé. »

ARTICLE 4 > L'article D. 635-6 du code de l'éducation est abrogé.

ARTICLE 5 > La ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre de l'économie et des finances, le ministre des affaires sociales et de la santé, le secrétaire d'État chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche et le secrétaire d'État chargé du budget et des comptes publics sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française. Fait le 7 octobre 2016.

Avant l'âge d'un an, l'immaturation du système digestif entraîne des troubles fonctionnels gastro-intestinaux*.

Le Laboratoire PediAct met des solutions à votre disposition...



BioGaia ProTectis®
gouttes

Gouttes probiotiques au *Lactobacillus reuteri* Protectis® (*Lactobacillus reuteri* DSM 17938) indiquées dans les coliques du nourrisson, les régurgitations et l'inconfort digestif.^{1,3}



Formules infantiles
Capricare®

Préparation pour nourrisson et lait de suite fabriqués à partir des protéines de lait de chèvre. Formules infantiles nutritionnellement complètes⁴ et cliniquement évaluées.^{5,6}



Biberons ventilés
Dr Brown's®

Biberons uniques dotés d'un système de ventilation intégré permettant de limiter l'ingestion d'excès d'air et de diminuer les troubles digestifs du nourrisson.

Laboratoire
PediAct
Acteur de l'innovation pédiatrique

Le lait maternel est l'aliment idéal du nourrisson car il convient le mieux à ses besoins spécifiques.

* Enquête observationnelle : prévalence des troubles fonctionnels gastro-intestinaux chez les nourrissons vus en médecine générale. Médecine & Enfance, Volume 34 n°1, supplément janvier 2014 • 1. Savino (2010) Pediatrics, 126 : e526-e533 • 2. Indrio F (2010). Eur J Clin Invest. 41:417-422 • 3. Coccorullo P et al. (2010). J Pediatrics ;157: 598-602. 2:801-806 • 4. Conformément à la réglementation européenne. • 5. Grant and al. Randomized, double-blind comparison of growth in infants receiving goat milk formula versus cow milk infant formula. J. Paediatr. Child Health (2005) 41, 564-568 • 6. Zhou J, Sullivan T, Gibson R and Makrides M. Nutritional adequacy of goat milk infant formulas for term infants: a double-blind randomised controlled trial. British Journal of Nutrition (2013).

www.pediact.com

La maternité en Afghanistan

Voilà des millénaires que l'Afghanistan connaît des invasions, des menaces et des guerres. Ces tragédies touchent toute la population afghane. Entre blocus, interdictions et bombardements, la situation des femmes enceintes et des parturientes y est devenue très délicate. Loin d'être tombées dans les oubliettes, une lueur d'espoir se profile cependant ces dernières années pour les femmes enceintes afghanes. En effet, cette dernière décennie, de nombreux efforts ont été menés dans le pays, notamment par les humanitaires en poste à Kaboul ¹ pour réduire le taux de mortalité des femmes enceintes et des jeunes mères ². De plus, au cours de l'été 2016, nombre de médias se sont intéressés aux progrès accomplis dans les maternités pour combler les errements de la science obstétricale en Afghanistan ; pour le cas, l'hôpital Malalai de Kaboul s'est vu enrichi d'un nouveau service qui traite désormais – et pour la première fois dans l'histoire de la médecine afghane – les fistules obstétriques ³.

La France s'est toujours intéressée à la situation des femmes afghanes et tente depuis longtemps de prendre des mesures pour leur venir en aide. On se souvient par exemple qu'en juin 2000, le général Morillon s'était rendu sous mandat du Parlement européen dans la vallée du Panshir pour y rencontrer le commandant Massoud afin, écrivait Nicolas Delesalle en 2002, « d'évaluer la force de ses inclinations pour la démocratie ».

Ce n'est pas un secret défense que de dire que les grossesses des femmes afghanes sont, depuis des siècles, contrariées par les schémas belliqueux des uns et des autres. L'Afghanistan a connu de nombreuses invasions dont, d'abord, l'invasion soviétique de 1979 qui provoqua le départ de près de 3 159 000 Afghans vers le Pakistan et vers l'Iran. Parmi eux se trouvaient d'innombrables femmes et enfants. Durant cette période, le taux de natalité baissa fortement et le taux de mortalité infantile resta élevé.

Puis, de 1983 à 1989, le taux de natalité remonta, exprimant une résistance démographique à l'occupant. En février 1989, les Soviétiques quittèrent le pays et les réfugiés revinrent d'Iran et du Pakistan.

Enfin, durant la guerre civile (1989-2001), de nombreuses maternités furent détruites dans le pays, obscurcissant une fois de plus, le coin de ciel des femmes en âge de procréer ⁴. Déjà étouffées, la situation de ces dernières était devenue lugubre.

Carol Mann, sociologue et directrice de l'association *Women in war* précise la situation des femmes afghanes par ces mots : « *Le destin féminin, assimilé à un processus naturel, est caractérisé par une série d'événements inéluctablement douloureux. Un mariage non choisi [...], des grossesses et des accouchements difficiles, voire mortels, sont subis, bon gré, mal gré.* » ⁵

En effet, dans ce pays d'une trentaine de millions d'habitants ⁶, l'indice de fécondité est de 6,6 enfants par femmes et la mortalité des femmes durant la grossesse et l'accouchement reste la première cause de mortalité des femmes en Afghanistan.



En 2016, fuyant les conflits, l'OFPRO indiquait que le nombre d'hommes et de femmes venus d'Afghanistan était désormais supérieur dans l'Hexagone à ce qu'il avait été auparavant ⁷. Comme l'a montré la revue suisse *Paediatrica* qui consacrait au début de l'année 2016 un numéro spécial sur les migrants ⁸ à travers l'article de Jean-Claude Métraux intitulé *Les liens familiaux à l'épreuve de la migration*, l'accompagnement de ces femmes enceintes issues d'une mosaïque de tribus ne peut se faire qu'en connaissant les plaies de leur passé et les fissures d'hier.

Même si les images diffusées montrent que la médecine mondiale a peu d'effets sur la médecine locale afghane, que la spiritualité reste très présente dans la vie de la femme enceinte afghane, qu'il est parfois difficile d'entendre lors des consultations sur le sol français les rouages de leur esprit et qu'il est difficile de leur laisser le temps de se faire comprendre, nous essaierons dans ce texte consacré à la maternité en Afghanistan d'arrêter notre ascenseur à chaque étage de l'histoire de l'obstétrique afghane pour mieux la saisir.

AL-BÎRÛNÎ SÈME DANS SON SILLAGE LA CONNAISSANCE

Dès le Moyen-Âge, l'Afghanistan eut en matière de médecine et d'obstétrique une longueur d'avance sur l'Occident. Nous pouvons aujourd'hui encore réellement nous émerveiller de la vitalité de la recherche dans cette partie du monde nichée au cœur de l'Asie centrale.

C'est là, dans le nord du pays que séjourna Al-bîrûnî, le célèbre auteur de l'ouvrage de pharmacopée intitulé *al-Saydala fi al-tibb*. Savant persan de naissance, Abu I-Rayhan Muhammad ibn Ahmad al-Bîrûnî (973-1050) fut surnommé le père de la pharmacie arabe dans l'Islam médiéval⁹. Jusqu'à la rédaction d'une *Pharmacopée* connue sous le titre *Les drogues médicinales*, il étudia tous les arts de la terre.

« La Chronologie des anciens peuples ou Les vestiges des temps passés d'Al-Bîrûnî, exécuté vers 1307 à Tabriz en Iran, montre la première représentation de l'histoire d'une césarienne »

Il sema dans son sillage de grandes connaissances en matière d'obstétrique. *La Chronologie des anciens peuples* ou *Les vestiges des temps passés d'Al-Bîrûnî*, exécuté vers 1307 à Tabriz en Iran, montre la première représentation de l'histoire d'une césarienne¹⁰. Il y a mille raisons de s'étonner de ses recherches, lui qui était tenaillé par une ardeur, une volonté de comprendre et d'expliquer. Nous trouvons aussi dans son recueil intitulé *L'Inde* des données plus étranges, notamment le fait que les paysans connaissent l'influence de la lune sur la fécondation du bétail. C'est un détail qui prouve qu'il n'escamota aucun domaine dans ses recherches.

Aujourd'hui, le sort des femmes enceintes n'y est plus enviable comme il le fut au temps de la splendeur d'Al Bîrûnî. Si le pays n'a que peu de maternités, il ne dispose pas davantage d'un nombre conséquent de professionnels de l'obstétrique. Il existe cependant deux sociétés qui réunissent ses membres. D'une part, les gynécologues et les obstétriciens sont regroupés au sein de l'*Afghanistan Society of Obstetricians and Gynecologists* (AFSOG) et d'autre part, les sages-femmes se retrouvent au sein de l'*Afghan Midwives Association* (AMA).

UNE VIE PERCLUSE D'EMBÛCHES

Où sont les femmes afghanes? Elles sont absentes de la vie publique et semblent nééclorer que dans la dimension privée. Imaginez. Même les courses sont faites par les hommes! Leur vie n'a pourtant pas toujours été pétrifiée comme elle le paraît actuellement. Du passé, nous apercevons encore la lueur de la vie des femmes. Le mythe des mères des rois comme Nazo Tokhi ou Zarghunah reste très important dans la mémoire collective car elles ont permis de faire évoluer l'image de la place de la femme dans la société afghane¹¹.

Nazo Tokhi, connue sous le nom Nazo Ana¹², fut une grande poétesse afghane et la mère du roi Mirwais Hotak. Née vers 1651 dans le village de Spozhmayiz, elle disparut en 1717. Elle était la fille du Sultan Malakhai et épousa Salim Khan Hotak. Elle est devenue la mère de la nation afghane.

Le jour de la naissance de Mirwais Hotak (1673), sa mère fit un rêve au cours duquel lui apparut Shaykh Bet Nike. Il lui demanda de prendre le plus grand soin de l'enfant.

Quant à Zarghunah, elle fut la mère d'Ahmad Shah Durrani (1722-1772), le fondateur de la nation afghane, qui donna des rois jusqu'en 1973 date à laquelle, suite à un coup d'état militaire, Mohammad Taraki devint le Premier ministre de la République afghane. Preuve de sa place majeure, son mausolée est toujours visible en Afghanistan.

LA MATERNITÉ RABIA BALKHI

Avant d'explorer plus en détail la vie des femmes enceintes afghanes, arrêtons-nous sur la situation contrastée des maternités afghanes.

Kaboul, la capitale de l'Afghanistan, est une ville qui compte plus de cinq millions d'habitants, mais qui ne dispose pas d'un millier de lits dans ses maternités. Par exemple, l'hôpital Malalai ne compte que 200 lits dans le service de maternité. Sous le nom de l'hôpital, on distingue un faisceau d'indices qui rappellent la place des femmes par le passé en Afghanistan. Ici, le nom de la princesse Rabia Balkhi a été donné à cette maternité de Kaboul pour l'honorer. Elle fut la seule et unique reine d'Afghanistan. Tombée amoureuse d'un esclave dénommé Baktash, elle fut pour cela sévèrement punie. Sa sépulture se trouve toujours à Mazar i Shariff et de nombreux couples s'y rendent en pèlerinage dans l'espoir que leur histoire d'amour soit durable¹³.

1. Kaboul est la capitale de l'Afghanistan. La ville se trouve au centre-est du pays à 1 800 mètres d'altitude.
2. *Malalai Maternity Hospital, a center with less mothers' mortality rate, Oryakhil*. The KabulTimes, 7 mars 2015.
3. Le 20 mai 2016, le site Internet www.endfistula.org publia l'article d'Andréa Bruce intitulé "My grandchildren will play with me. I am clean. I can practice my faith. I can live". Le *New York Times* rapportait par ailleurs le 27 juillet 2016 l'article de Danielle Moylan intitulé "Fistula: the affliction destroying Afghan women's lives. A female-run clinic in Afghanistan is providing free, life-changing surgery to women suffering from fistula" et publié sur le site Internet www.aljazeera.com
4. Pour en savoir plus, visionnez la série réalisée par Christophe de Pontifilly et diffusée durant le mois d'avril 2002 sur la chaîne *Histoire*: lundi 22 avril, 21 h, *Couloirs d'une mission parlementaire franco-belge en Afghanistan* – 22 h, *Vies clandestines, nos années afghanes* – mardi 23 avril, 21 h, *Une vallée contre un empire* – 21h55', *Visa pour l'ennui* – mercredi 24 avril, 21 h, *Massoud, portrait d'un chef afghan* – 22 h, *Les Damnés de l'URSS* – jeudi 25 avril, 21 h, *Kaboul, au bout du monde*, 21h55', *A la mémoire de Massoud* – vendredi 26 avril, 21 h, *Massoud, l'Afghan et 22h30'*, *A la mémoire de Massoud*.
5. Carol MANN, *Femmes afghanes entre survie et résistance*. Tumultes,

2006, 2, 27, pp. 135-158.
6. L'Afghanistan compte de nombreux groupes ethniques parmi lesquels citons les Pachtounes, les Tadjiks, les Hazaras, les Ouzbeks, les Aimaks, les Turkmènes et les Baloutches.
7. Jean-Marc Leclerc, "Le nombre de demandeurs d'asile afghans bondit... de 964 %". *Le Figaro*, 1^{er} septembre 2016.
8. *Paediatrics* est le journal de formation continue et d'information de la Société Suisse de Pédiatrie.
9. *Autour de l'an mil en Asie centrale un esprit universel Al-Bîrûnî*. *Le Courrier UNESCO*, juin 1974. Le savant al Bîrûnî est né dans le Khwarizm.
10. On y voit la naissance de César. Il faut noter qu'il utilise déjà le terme "césarienne".
11. Nancy HATCH DUPREE, "Revolutionary rhetoric and Afghan Women". in *Revolutions and rebellions in Afghanistan: Anthropological Perspectives*. Research Series 57, Institute of International Studies, California, Berkeley, 1984.
12. Elle est encore connue sous le nom de Nazoo Anaa (1651-1717). Notez que dans les années 1950, les femmes jouaient encore un rôle politique important. Ce fut le cas de Kobra Nourzaï qui devint ministre en 1965.
13. Un film lui fut consacré avec dans le rôle de la reine l'actrice Seema Shadaan.

Avant la rénovation de la maternité Rabia Balkhi de Kaboul, les sages-femmes qui y travaillaient, mettaient au monde plus de 15 000 enfants chaque année dans des conditions redoutables. Les jeunes mères et les nouveau-nés pâtissaient de cette catastrophe sanitaire. Face à ce drame et face à l'immense expansion démographique à Kaboul, le département de la Défense des États-Unis s'attaqua à sa reconstruction. La nouvelle maternité Rabia Balkhi terminée, elle fut inaugurée le 9 avril 2006.

Le Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis (HHS) participe aussi à l'amélioration des services obstétricaux et gynécologiques dans toutes les zones de l'Afghanistan.

La maternité Malalai, la plus grande maternité publique de Kaboul, s'est aussi lancée dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile. Enfermée dans son grand mur d'enceinte, la maternité Malalai, met au monde chaque semaine plus de 800 enfants. Ces derniers temps, dans un bruit assourdissant de marteaux-piqueurs et de bétonneuses, elle s'est préparée durant des mois à un événement très attendu, à savoir l'ouverture d'un nouveau service baptisé le *Fistula Center Malalai Hospital*, un service qui est en mesure de traiter, pour la première fois en Afghanistan, les fistules obstétriques¹⁴.

MÊME REMUE-MÉNAGE DANS LES AUTRES MATERNITÉS D'AFGHANISTAN

Du jamais vu dans l'histoire des maternités en Afghanistan ! En effet, la modernisation des maternités initiées ces dernières années montre qu'un changement profond s'opère dans le pays.

D'abord, citons la maternité du *Badakhshan Provincial Hospital* qui s'est récemment remise en question et a lancé un vaste plan de rénovation comme l'a fait le *Cure International Hospital* qui dispose d'un service de gynécologie-obstétrique qui tranche avec la situation compliquée et fragile des autres maternités du pays.

Ensuite, à Kandahar, une vaste ville située dans le sud de l'Afghanistan, c'est le CICR qui apporte son savoir-faire. Les femmes enceintes qui se rendent principalement, après plusieurs jours de marche, à la maternité de l'hôpital régional Mirwais de Kandahar, viennent surtout y chercher le professionnalisme des sages-femmes du CICR¹⁵.

Enfin, dans des zones où les combats font rage, la tâche des sages-femmes est plus ardue. Ainsi, dans la province de Helmand où les femmes se rendent à l'hôpital *Boost* de Lashkar Gah, des médecins de Médecins sans frontières (MSF) les accueillent dans des conditions optimales, bien que la maternité soit dans une zone où la situation environnante est à blâmer. Ainsi, en août 2016, les combats y étaient si violents que les patientes ne parvenaient même plus à atteindre l'établissement. Par ailleurs, les personnels soignants qui y travaillent sont de plus en plus terrorisés et menacés par des terroristes locaux¹⁶.

DES AIDES SUR MESURE

Dans ce pays à la croisée des cultures et des civilisations, il n'est pas facile de faire sauter les verrous. En effet, l'Afghanistan de 2016 ressemble point pour point à ce qu'il était dans la première partie du XX^e siècle. Pour vous en assurer, visionnez le film *L'Afghanistan* de Géo Kelber tourné en 1938.

Toutefois, après les événements de 2001, le pays s'ouvrit aux organisations internationales. Par exemple, au début de l'année

2015, MSF organisa au sein de la maternité de l'hôpital de Dasht-e-Barchi de Kaboul une unité kangourou et un service de néonatalogie¹⁷. L'organisation précisait par ailleurs : « À l'hôpital de Dasht-e-Barchi, la maternité MSF se compose de 30 sages-femmes, 8 gynécologues, 9 infirmières de bloc, 4 assistants anesthésistes, 12 infirmières en néonatalogie et 3 pédiatres »¹⁸.

De plus, dans le cadre de son plan d'aide à l'Afghanistan, la France soutient aussi la formation des sages-femmes dans la province du Badakhshan en partenariat avec la Fondation Aga-Khan¹⁹.

UN PAYS DANS LEQUEL « LE RÉGIME DÉMOGRAPHIQUE EST PRIMITIF » (ADOLPHE LANDRY)²⁰

En dépit des nouvelles structures salvatrices pour les femmes enceintes, en Afghanistan plus de la moitié des femmes accouchent encore au domicile sans l'assistance de personnels qualifiés et bien souvent suivant les méthodes traditionnelles. Il est, par exemple, comme les coutumes le notifient, interdit aux femmes de se montrer à des personnels médicaux masculins²¹.

Ces pratiques sont risquées. En effet, ces femmes qui connaissent des grossesses très jeunes ou qui souffrent de malnutrition, montrent de sévères complications durant leur grossesse et leur accouchement. De plus, pour la majorité, juste après l'accouchement les femmes retournent aux tâches quotidiennes.

Selon l'UNICEF, le taux de mortalité maternelle s'élevait à 1 800 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2005²² et selon La Banque Mondiale, dix ans plus tard, en 2015, il y avait encore 396 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes²³. Cette "amélioration" s'explique par l'augmentation du nombre de sages-femmes en Afghanistan ; les effectifs sont en effet passés de 467 en 2002 à 2 167 en 2008.

L'Afghanistan restait cependant en 2010 le dixième pays au palmarès des décès maternels après l'Inde, le Nigeria, la République démocratique du Congo, le Pakistan, le Soudan, l'Indonésie, l'Éthiopie et la République Unie de Tanzanie selon le rapport *Trends in maternal mortality: 1990 to 2010*.²⁴

Ce triste constat rappelle qu'une femme meure toutes les 27 minutes en Afghanistan des suites d'un accouchement et cela est encore considéré par nombre de femmes comme « une série d'événements inéluctablement douloureux »²⁵.

ACCEPTER SANS COUP FÉRIR !

Rappelons qu'en Afghanistan le but premier du mariage est la procréation. C'est pourquoi la grossesse y est accueillie avec joie²⁶. Seuls les enfants légitimes priment.

Il arrive cependant que des naissances illégitimes se produisent comme l'a raconté Khaled Hosseini dans son roman intitulé *Mille splendides soleils*. Il y raconte l'histoire de Nana, une femme qui, après une relation intime avec le maître de maison dans laquelle elle travaille, donne naissance à une fille illégitime nommée Mariam²⁷. L'adultère ou *zina* est considéré comme une conduite "impudique".

Dans ce monde dominé par la tradition, qui ne permet aucune entorse, les hommes et les femmes continuent aussi à vivre séparément. Dans les campements nomades pachtounes, on a conservé deux campements, l'un pour les hommes et l'autre pour les femmes car les hommes et les femmes ne doivent jamais se rencontrer. Au terme, lorsque les nomades doivent bouger, le huis clos est levé et même les femmes nouvellement

accouchées sont condamnées à prendre la route sans que personne n'en soit éploré. Comme le rapportait Faisal Amin Khan en 2013 dans *Le Figaro*, « En période de migration, les filles sont en état de se déplacer avec la tribu quelques heures seulement après l'accouchement. »²⁸

DEBOUT

Tandis que l'Afghanistan vit au rythme des soubresauts des pouvoirs, une partie des femmes ayant subi les tourments moraux se muent en femmes "plus libres de leurs choix". Ainsi, les mères ne désirant plus un grand nombre d'enfants cherchent désormais des moyens de contraception. L'ONG britannique *Marie Stopes International*, qui dispose de nombreuses antennes en Afghanistan, y vient en aide aux femmes qui souhaitent utiliser une contraception. C'est dire si ce débat est vif en Afghanistan tout comme celui qui traite de la vasectomie "que répugnent à pratiquer les hommes".²⁹

MÊME SI LES MENTALITÉS ÉVOLUENT, LA NAISSANCE D'UN GARÇON PRIME SUR LA NAISSANCE D'UNE FILLE

Trop souvent, ce sont les "pieds à reculons" que les pères accueillent la naissance d'une fille. Il faut pourtant nuancer cette vision. En effet, Gaït Archambeaud rapporte dans sa thèse intitulée "*L'Afghanistan et le langage de l'égalité : une approche poétique du contrat social sur une zone de fracture du système-monde*" que « selon un *hadith*, dans une maison où naît une fille, c'est sept anges qui arrivent, parce que les filles ne tuent pas. » Toutefois, il est préférable de donner naissance à un garçon. Le cas échéant, si une famille n'a que des filles, l'homme qui épouse une des filles est considéré comme le fils de la famille. Par ailleurs, en cas du décès du mari, la famille se présente à la veuve pour relever les orphelins.

APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Dans ce décor piqueté de montagnes découpées où souffle le vent de la tradition et où tonnent les bruits de la guerre, les femmes afghanes continuent à employer, après l'accouchement, des thérapeutiques traditionnelles à base de plantes. Ainsi, lors de ses enquêtes ethnobotaniques, Chafique Younos, de l'Université de Metz, relevait l'emploi après l'accouchement de deux plantes³⁰. Il y a d'abord *Trigonella foenum graecum L.* c'est-à-dire le fenugrec dont les graines sont cuites avec de l'eau, du riz et du sucre candi³¹. Ensuite, les femmes utilisent le blé ou *Triticum sativum L.* sous forme de farine mélangée à de la soupe et du sucre candi³². Chafique Younos relevait aussi l'utilisation de *Plantago major L.*³³ à savoir le grand plantain pour fortifier les nouveau-nés. Les graines sont cuites dans de l'eau avec du sucre et du beurre.

CONCLUSION

L'idée de « *Demeurer loyal au monde hérité* », comme l'écrivait le pédopsychiatre Jean-Claude Métraux, tend lentement à s'effriter en Afghanistan car les femmes se rendent davantage dans les maternités. Même s'il n'y a pas suffisamment de maternités pour accueillir les femmes enceintes, les maternités des organisations internationales accueillent le plus possible les femmes qui rencontrent des complications lors de l'accouchement³⁴. Cependant, pour les sages-femmes en mission, la vie est délicate. Elles doivent vivre en permanence dans l'enceinte des hôpitaux car il est interdit pour des raisons de sécurité et d'instabilité d'en sortir.

Dans cette société patriarcale³⁵, la présence du mari dans les maternités reste la règle et, après l'accouchement, les femmes ne sont pas obligées d'enregistrer leur enfant à l'état civil³⁶ mais c'est une autre histoire. ■

14. Consultez l'article intitulé "*Malalai Maternity Hospital : The only facility treating obstetric fistula in Afghanistan*" posté le 28 avril 2013 sur le site afghanistan.unfpa.org – Le Malalai Maternity Hospital est dirigé par la docteure Nasreen Oryakhil. En lien avec l'Établissement Français du Sang, le Ministère afghan de la Santé (MoH) a établi une banque de sang dans la maternité, ce qui permet désormais de lutter efficacement contre la mortalité maternelle.
15. Paulina DALMAYER, "*Afghanistan : survivre à la maternité. Avec 5,1 enfants par femme, la fécondité atteint des sommets, comme la mortalité maternelle*". Causeur, 18 juillet 2012.
16. Emily FRIEDMAN, "*Hôpitaux en zones de conflits. Des attaques déléguées*". Revue Hospitalière de France, novembre – décembre 2015, 567, pp. 38-52.
17. <http://www.msf.fr> – Médecins Sans Frontières précise dans l'article "*Afghanistan : une unité pour les 'mamans kangourou' à Kaboul*" : « Un des objectifs de ma mission » indique Élodie Barniet « était d'initier l'équipe à la méthode "kangourou" : cette activité est dédiée aux mamans dont les enfants sont prématurés et présentent un retard de croissance in utero ».
18. <http://www.msf.fr/actualite/articles/afghanistan-unite-mamans-kangourou-kaboul>
19. <http://www.senat.fr>
20. Adolphe LANDRY, *La révolution démographique*. Paris, Sirey, 1934.
21. Le poids de l'Islam et des codes tribaux est aussi important.
22. *La situation des enfants dans le monde en 2009 – La santé maternelle et néonatale*. New York, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2010, p. 60.
23. À titre de comparaison, la France compte 9 décès pour 100 000 grossesses. Les Nations Unies indiquent à la page 6 du rapport *Objectifs du Millénaire pour le développement* (2015) que « depuis 1990, le taux de mortalité maternelle a diminué de 45 % dans le monde ».
24. www.unfpa.org

25. Julien BEAUGE, "*Carol Mann, Femmes afghanes en guerre*". Site Internet : <http://lectures.revues.org/1233>
26. Simone BAILLEAU LAJOINIE, *Conditions de femmes en Afghanistan*. Éditions sociales, 1980, p. 198.
27. Khaled HOSSEINI, *A thousand splendid suns*. New York, Penguin Books, 2007. L'auteur avait signé un premier roman intitulé *Les cerfs-volants de Kaboul*.
28. Faisal AMIN KHAN, "*La terre pachtoune entre guerre et paix*". *Le Figaro*, 6 septembre 2013.
29. Fariba ADELKHAH, "*Guerre et terre en Afghanistan*". REMMM – Revue des mondes musulmans et de la Méditerranée, juin 2013, 133, pp. 19-41.
30. Chafique YOUNOS, "*Plantes utilisées en Afghanistan en diététique*". Actes du 2^e Colloque Européen d'Ethnopharmacologie et de la 11^e Conférence internationale d'Ethnomédecine, Heidelberg, 24-27 mars 1993, pp. 160-162.
31. En Afghanistan, le fenugrec se dit *shula-e hulba*.
32. En Afghanistan, le blé se dit *ard-e gandum litfi*.
33. En Afghanistan, le grand plantain se dit *zûf*.
34. Une conférence sur l'Afghanistan contemporaine fut donnée le 6 novembre 2003 par le Dr Akhtar Khoshbeen, ancien doyen de la Faculté de médecine de Kaboul et ancien ministre de la santé d'Afghanistan à la salle Opéra de Genève.
35. Les filles célibataires sont la plupart du temps accompagnées d'un mahram.
36. "*L'état civil des étrangers en France*". Plein droit, 2010, 2, 85, p. 48. L'auteur de l'article indique que le pays n'a pratiquement pas d'état civil. Consultez aussi l'article d'Habib Haider sur le site Internet de Mediapart intitulé "*Afghanistan : une nation toujours sans État*".

AGENDA EN BREF

- **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'Études de l'Association Nationale des Sages-femmes Coordonnatrices
<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 Épineuse - Hôpital Pitié-Salpêtrière
III^e Congrès "Je suis la Sage-Femme"
www.eska.fr
- **19-20 JANVIER 2017**
PARIS - MATERNITÉ PORT-ROYAL
Séminaire de formation continue (4 jours): "Retard de Croissance Intra Utérin: Prise en charge anténatale et suivi postnatal"
Informations par e-mail: jocelyne.cayuela@cch.aphp.fr ou 01 58 41 38 71
- **30 - 31 JANVIER 2017**
ISSY-LES-MOULINEAUX (92)
15^{es} Journées du Collège National des Sages-Femmes
<http://www.cerc-congres.com>



CONGRÈS D'AUTOMNE DE L'UPSFB

LE 27 OCTOBRE 2016

La sage-femme, un art ancien dans un monde nouveau

<p>Programme de la matinée</p> <p>8H00 - 8H30 > Accueil - café 8H30 - 9H00 > Mot de la présidente M^{me} Wittrouw V. 9H00 - 9H45 > Le maternage peut contrer l'effet du stress sur l'ADN et favoriser le développement du cerveau du jeune enfant Dr Zammatté N., Docteur en Sciences, thérapeute. 9H45 - 10H30 > Aneuploïdie? Quels tests en 2016? Dr Romain M., gynécologue-obstétricienne, et Désir J., Pédiatre, Centre de Génétique Humaine ULB. 11H00 - 11H45 > Des outils technologiques en réponse aux besoins des mères à la suite de leur accouchement M^{me} Slomian J., Sage-femme, Doctorante ULG 11H45 - 12H15 > Discussion 12H15 - 13H15 > Repas</p>	<p>Programme de l'après-midi</p> <p>13H15 - 13H30 > Concours TFE 13H30 - 14H15 > Le dossier informatisé partagé: un outil pour mieux collaborer? Dr Jongen P., Médecin généraliste, Réseau santé wallon. 14H15 - 15H00 > Liberté du patient et responsabilité professionnelle... quelles conséquences juridiques? Maître Jacobs B., Avocate spécialisée en droit de la famille. 15H30 - 16H15 > Retour au Nid: bilan après une année de pratique M^{me} Rochlenko O., Sage-femme coordinatrice CHU Erasme. 16H15 - 16H45 > Accoucher ici ou ailleurs, des femmes, des normes, des enfants, des rites, des hommes M^{me} Paulis C., Anthropologue ULG 16H45 - 17H15 > Discussion 17H15 - 17H30 > Clôture de la journée</p>
---	---

Lieu / Centre culturel "Ecrin"
Rue de la Gare 5, 5310 Eghezée (Belgique)

Plus d'infos / www.sage-femme.be

 www.facebook.com/Union-professionnelles-sages-femmes-belges-UPSFB-370629923146007

12^{ÈME} COLLOQUE INTERNATIONAL DE PÉRINATALITÉ

DE L'ARIP

Association pour la Recherche et l'In(formation) en 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



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

PHYSIOSTÉOBS

Programmes formations et inscriptions

www.phyosteobs-formations.fr - T 05 62 63 59 68



FORMATIONS ANSFL 2017

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

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

Tarifs, dates, adhésion sur : www.ansfl.org

Accompagnement vers la naissance et la parentalité
Intervenante / Odile Tagawa (SF)

- **Session I :** Prénatal - **Date :** www.ansfl.org
- **Session II :** Postnatal (*Pré requis : suivi de la session I*) - **Date :** 19-20 janvier 2017
- **Lieu :** Orléans

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 (*Pré requis : suivi de la session I*)
Date : 1-2 juin 2017
- **Session III :** retrouver la mobilité et le dynamisme (*Pré requis : suivi de la session II*)
Dates : 15-16 décembre 2016
28-29 septembre 2017

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

- **Date :** 21-22 sept 2017 • **Lieu :** Paris

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

- **Date :** site www.ansfl.org

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** (*Pré-requis : suivi de la session I*)
Date : 14-15-16 mars 2017

FORMATIONS PROPOSÉES SEULEMENT EN "GROUPE CONSTITUÉ"

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

Naissance physiologique et suites de couches immédiates
Intervenantes / Jacqueline Lavillonnière (SF) et Amélie Battaglia (SF)

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

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



N'féraïdo
modelages
accompagnant
Physiologie



Volet obstétrique

Réponses manuelles aux maux de

Cycle I : La grossesse, l'accouchement et le post-partum

Cycle II : La mère et le bébé

Dates Paris	Dates Agen
Cycle I : 23 au 25 Janv 2017	Cycle I : 22 au 24 Mars 2017
Cycle II : 26 au 28 Janv 2017	Cycle II : 31 Mai 01 02 Juin 2017

Volet uro-gynécologique

Cycle I : Rééducation périnéale et modelage du petit bassin par voie externe

Dates Paris	Dates Agen
Cycle I : 1 au 3 février 2017	Cycle I : 15 au 17 mars 2017
	15 au 17 mai 2017

Contact et intervenant
Dominique Jacquin, OSTÉOPATHE D.O.
Tél. : 05 62 28 39 94
www.nferaido.com





Formations en haptonomie

CIRDH FRANS VELDMAN

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

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

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

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

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





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

INSTITUT DE GASQUET®

FORMATIONS SAGES-FEMMES 2016



Du côté de la prépa...



MODULE 2 - Préparation corporelle à la naissance

- Dates à venir en 2017

Intégralement pris en charge et indemnisé

Du côté du périnée...



MODULE 1 - Dossier périnée

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

3 jours 550€
fif pl possible



MODULE 2 - Pessaire. Boules de geisha

- 26 novembre 2016

1 jour 180€
fif pl possible



MODULE 2 - Compétence périnée 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.degasquet.com



Pratiquer dès le lendemain du séminaire

Connaissance & Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh



OGPC habilité à dispenser des programmes de DPC



Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

Calendrier 2016-2017

Formations CMP en 3 étapes:

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

CMP niveau I

St Sébastien de Morsent (Évreux)
Hôpital La Musse

Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine

- 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 Chevreul

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 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 23 au 26/01/17 & du 20 au 23/02/17

Nanterre (92) - Espace Chevreul

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

Travail Corporel autour de la CMP

Formatrice: Corinne Roques

Formation en 3 étapes:

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

Pré requis:

Formation CMP

- Vergèze (30) La Clé des Chants Du 24 au 27/11/16

- 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



LE PRÉNATAL

- Analyse du rythme cardiaque fœtal
- Consultations prénatales
- Entretien prénatal précoce
- Eutonie du prénatal au postnatal immédiat
- Grossesse, gestion du poids bienveillante et image corporelle **NOUVEAU**
- Pharmacologie à l'usage de la sage-femme
- Prise en charge des grossesses à risque élevé
- Prise en charge des grossesses à risque élevé – Niveau II
- Suivi échographique de la grossesse
- Thérapeutiques non pharmacologique de la grossesse

Hypnose

HYPNOSE PÉRINATALE

- Hypnose périnatale – Technicien 1
- Hypnose périnatale – Technicien 2
- Hypnose périnatale – Praticien
- Hypnose de groupe et préparation à la naissance
- Hypnose : outils d'accompagnement du couple et de la parentalité **NOUVEAU**
- Hypnose médicale et périnatalité
UNIQUEMENT EN INTRA-ÉTABLISSEMENT
- Hypnose médicale et analgésie-anesthésie
UNIQUEMENT EN INTRA-ÉTABLISSEMENT



OSTÉOPATHIE

- Ostéopathie dans le champ obstétrical
- Ostéopathie dans le champ obstétrical - Niveau II
- Ostéopathie, traitement des dysfonctions périnéales

Médic Formation ouvre son centre de formation :

79, rue de Sèvres 92100 Boulogne Billancourt



Métro ligne 9 station Pont de Sèvres
ou Tramway T2 station Musée de Sèvres



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**

PRISE EN CHARGE POSSIBLE

➔ OGDPC ➔ FIF-PL ➔ Crédit d'impôts ➔ DIF

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

Medic Formation à vos côtés

47

FORMATEURS

65

FORMATIONS
EN 2014

7

ANS À VOS CÔTÉS



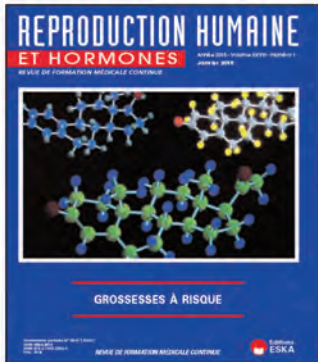
FORMATIONS EN INTRA

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

**NOUS CONTACTER
POUR UN DEVIS**

LA MÉDECINE AUX ÉDITIONS ESKA

LES REVUES MÉDICALES



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



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



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



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



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



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

CFEE

Des revues éditées par les Editions ESKA

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

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

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

TARIF D'ABONNEMENT

11 NUMÉROS PAR AN

Abonnement Particulier	Plein tarif	Étudiant(e) * Retraité(e) *
FRANCE	77,00 €	42,00 €
D.O.M.	82,00 €	52,00 €
EUROPE OCCIDENTALE	90,00 €	54,00 €
T.O.M./ÉTRANGER	92,00 €	57,00 €

* Joindre attestation.

Abonnement collectif de service 153,00 €

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

ABONNEMENT 2017

VOS COORDONNÉES

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

Nom Prénom

Adresse

Code postal [][][][] Ville

Pays Téléphone

E-mail

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

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

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

Obstétrique



ultimate™

La trousse d'accouchement 3 en 1*

1 - PRÉPARATION ET PROTECTION ÉTANCHE DU MATÉRIEL

- Protection complète des tables d'accouchement, matelas, sol...
- Hygiène

2 - SURVEILLANCE DE L'HÉMORRAGIE POST-PARTUM

- Champ sous-fessier avec double poche détachable intégré
- Asepsie

3 - EFFICIENCE DU PERSONNEL DE SANTÉ

- Réduction du temps de décontamination et de nettoyage

* N'hésitez pas à visualiser notre vidéo sur notre site vygon.com



ultimate™ est un dispositif médical stérile de classe I ; conforme à la directive 93/42/CEE, selon l'annexe II. Certification établie par GMED, organisme notifié n°0459. Avant toute utilisation, merci de vous référer à la notice d'utilisation disponible dans l'emballage du dispositif médical. Dispositif fabriqué et distribué en France par VYGON.



Value Life

Pour supporter les premiers jours de la lactation : technologie d'initiation Medela



La technologie d'initiation de la lactation Medela :

- 1 Supporte les mères dépendantes d'un tire-lait à initier avec succès leur production de lait^{1, 2}.
- 1 Est efficace pour les mères de nourrissons nés prématurément et à terme^{1, 2}.
- 1 Sur les deux premières semaines, les mères utilisant la technologie d'initiation ont réussi à produire chaque jour une quantité de lait largement supérieure par rapport aux mères utilisant uniquement la technologie 2-Phase Expression¹.

La nouvelle carte Symphony PLUS issue de la recherche inclut 2 programmes d'expression du lait : la technologie d'initiation et la technologie 2-phases Expression.

Elle a été spécialement conçue pour assister les mères au cours des différentes phases de la lactation : pour initier, amplifier et maintenir une production de lait en adéquation avec les besoins du bébé.

La carte Symphony PLUS est fournie avec tous les tire-laits Symphony et disponible en carte de remplacement.

Nouveau



www.medela.fr

medela

1 Meier, P.P. et al. J. Perinatol 32, 103-110 (2012).

2 Torowicz, D.L. et al. Breastfeed Med 10, (2015).

Symphony élu top produit 2015 sur le site avisdemamans.com : 86 mamans l'ont testé et apprécié selon les critères suivants : rapport qualité/prix, lavage facile, montage facile, niveau sonore, aspiration.

Mars 2016 : Le tire-lait électrique hospitalier Symphony est un produit de santé réglementé. C'est un dispositif médical de classe IIa qui porte au titre de cette réglementation le marquage CE. LPPR: code 1105712 (12,07€) pour la location hebdomadaire; code 1140252 (6,04€) pour l'achat de la tétérèle, du biberon et du tube de raccordement. Lire attentivement la notice avant utilisation. Fabricant : Medela AG, Suisse.