

LES **DO**

#465 JANVIER 2017

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE



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

44^e année ISSN 0767-8293



DOSSIER



REPORTAGE

**Cheminement d'une sage-femme vers la recherche
sur le microbiome** ENTRETIEN AVEC MAÏTÉ RIBÈRE

ACTUALITÉS PROFESSIONNELLES

**Les recommandations du Collège National des Sages-femmes
sur l'administration de l'oxytocine pendant le travail spontané**

FICHE TECHNIQUE

Bases de données en santé & méthodologie de recherche

MANAGEMENT

Management inadéquat de l'encadrement? De quoi parle-t-on?

Dakin

Cooper[®] stabilisé

**“ Pour l’antisepsie des
muqueuses génitales
lors de l’accouchement,
nous faisons confiance à
Dakin Cooper[®] stabilisé
et vous ? ”**



L'évidence antiseptique

Solution d'hypochlorite de sodium à 0,5%

Antisepsie de la peau, des muqueuses* et des plaies

* Sauf l'œil

Place du Dakin Cooper[®] stabilisé dans la stratégie thérapeutique.

« Sur peau lésée, cette spécialité a une place limitée dans la stratégie thérapeutique qui repose sur les soins quotidiens à l'eau et au savon ordinaire.

Sur peau saine, les antiseptiques en solution alcoolique, povidone iodé alcoolique ou chlorhexidine alcoolique, doivent être privilégiés par rapport aux solutions aqueuses ou faiblement alcooliques, excepté chez l'enfant de moins de 30 mois où DAKIN peut être utilisé en première intention.

DAKIN a une place importante dans la prise en charge des accidents d'exposition au sang. »

HAS - Commission de la Transparence - Avis du 19 février 2014

Pour un accès aux mentions légales obligatoires, connectez-vous sur <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

Visa n° 16/07/64176064/PM/001

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

F. GAZEAU, Sage-femme, CH Montauban

Jérôme JANICKI, Docteur en Histoire des Sciences

J. FOL-JUGUERA, sage-femme cadre, CH Montauban

Carole LECONTE, Sage-femme

Florian LESEIGNEUR, Pharm. D. (Paris XI)

Dr Hélène PILLANT-LE MOULT, Institut de proctologie

Léopold Bellan, Hôpital Saint-Joseph, Paris 14^e

Dr F. RENOUEVEL, Gynécologue-Obstétricien, CH Montauban

Maïté RIBÈRE, Sage-femme, Étudiante au PhD

Sciences biologiques, Laboratoire d'écologie moléculaire

et d'évolution, Université de Montréal (Québec)

Jean-Luc STANISLAS, Cadre Supérieur de

Santé (93), Consultant Leadership

Dr J.-P. VOVE, Gastro-entérologue, proctologue,

sexologue, Bordeaux

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 : Janvier 2017

ABONNEMENTS DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

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

www.eska.fr - adv@eska.fr

SOMMAIRE

465 - JANVIER 2017

03 ÉDITORIAL

Objectifs 2017

BENOÎT LE GOEDEC

04 REPORTAGE

Cheminement d'une sage-femme vers la recherche sur le microbiome
Entretien avec Maïté Ribère

CHRISTINE BUZENET

09 ACTUALITÉS PROFESSIONNELLES

Les recommandations du Collège National des Sages-femmes sur l'administration de l'oxytocine pendant le travail spontané

BENOÎT LE GOEDEC

31 FICHE TECHNIQUE

Bases de données en santé & méthodologie de recherche. Application à la pharmacologie de la femme enceinte ou allaitante

FLORIAN LESEIGNEUR

33 MANAGEMENT

Management inadéquat de l'encadrement ? De quoi parle-t-on ?

JEAN-LUC STANISLAS

36 HISTOIRE

Les cures maritimes et l'état de grossesse
JÉRÔME JANICKI

40 KIOSQUE

40 ACTUALITÉS

43 JURIDIQUE

44 AGENDA



44 FORMATIONS

13 DOSSIER D.O.PÉDIA

14 Constipation et hémorroïdes
Dr J.-P. VOVE

18 Incontinence anale : prise en charge
Dr HÉLÈNE PILLANT-LE MOULT

22 Étude rétrospective des césariennes code rouge au Centre Hospitalier de Montauban en 2015
F. GAZEAU, J. FOL-JUGUERA, ET F. RENOUEVEL

26 L'offre de soins en gynécologie proposée par les sages-femmes libérales exerçant dans quatre départements de la Région Auvergne-Rhône-Alpes : le Cantal, l'Isère, la Loire et la Savoie
CAROLE LECONTE

LES ANNONCEURS

C2 Dakin

C3 Winback Intimity

C4 Grandir Nature

12 Matilia

31 Électronique Médicale de France

Photo de couverture ©iuneWind - Fotolia.com

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

1^{er} CONGRÈS Maladies Chroniques Innovations et Qualité de Vie PARIS 2017

1^{er} congrès pluri-disciplinaire d'Innovations et d'Amélioration de la Qualité de Vie des Maladies Chroniques

MALADIES CARDIO-VASCULAIRES – DIABÈTE

Mercredi 14 - Jeudi 15 - Vendredi 16 - Samedi 17 juin 2017

Lieu : Hôpital Pitié Salpêtrière, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris

PRÉSIDENTS ET MEMBRES DU COMITÉ SCIENTIFIQUE :

BERNARD BEAUDUCEAU, MICHÈLE CAZAUBON, JEAN-LUC DEQUEKER, JEAN-GUILLAUME DILLINGER, ISMAEL ELALAMY, AGNÈS HARTEMANN, PHILIPPE HUMBERT, JEAN-CLAUDE KAHN, FABIEN KOSKAS, MICHEL MARRE, FRÉDÉRIC MERCIER, PIERRE SABOURET

ORATEURS DIABÈTE :

BERNARD BAUDUCEAU, GUILLAUME CHARPENTIER, MANUEL DOLZ, ERIC FOURNIOLS, MARINE HALBRON, AGNÈS HARTEMANN, GEORGES HANON, PHILIPPE HUMBERT, FRÉDÉRIC MERCIER, ANTOINE PERRIER, PHILIPPE RIEGEL*, PIERRE-JEAN SAULNIER, JEAN-LOUIS SCHLIENGER*, ÉRIC SENNEVILLE

ORATEURS CARDIO-VASCULAIRE :

PHILIPPE ABASTADO, EMMANUEL ANDRÉS, PHILIPPE ARBEILLE, PATRICK ASSAYAG, ALICE BELLICHA, HAKIM BENAMER, PHILIPPE BLANCHÉMAISON, SOK-SITHIKUN BUN, BRUNO BURCHERY, NICOLAS CASTAING*, MICHÈLE CAZAUBON, JEAN-MARC CHARDONNEAU, JEAN-PHILIPPE COLLET, RAPHAEL COSCAS, RENÉ COURCOL*, CLAUDE DALLE, PATRICK DARY, JEAN-MICHEL DAVAINÉ, JEAN-CLAUDE DEHARO*, JEAN-GUILLAUME DILLINGER, LUDOVIC DROUET, ISMAEL ELALAMY, SYLVIE FELDMAN-BILLARD, JEAN-FERRIÈRES, PIERRE FONTAINE*, JULIEN GAUDRIC, BRUNO GUILBERT*, OLIVIER HANON, AGNÈS HARTEMANN, RICHARD ISNARD, FABIEN KOSKAS, CHRISTINE LAFFORGUE*, JOSETTE LE DOEUFF, RÉMY LEROY, DANY MARCADET, MICHEL MARRE, PASCALE MASSIN, MIKAEL MAZIGHI, DOMINIQUE NUYTENS, JEAN-MICHEL OPPERT, LOUIS POTIER*, PASCAL PRIOLLET*, YVES SADOUN, DANIEL THOMAS*, FRÉDÉRIC VIN

* Orateurs/Communications pressentis

PRÉ-PROGRAMME

SOUS RÉSERVE DES ACCORDS ET MODIFICATIONS

THÈMES ET SESSIONS

THÈME 1 : LE DIABÈTE

Session 1 : Diabète - Généralités - Épidémiologie

Session 2 : Monitoring moderne

Session 3 : Nouvelles voies thérapeutiques

THÈME 2 : LE PIED DIABÉTIQUE

Session 4 : L'origine des plaies

Session 5 : La prévention des plaies

Session 6 : Traitement et cicatrisation

Session 7 : Gestion de l'infection chez le diabétique

THÈME 3 : LES AUTRES ATTEINTES DU DIABÈTE

Session 8 : La rétinopathie

THÈME 4 : LES VAISSEAUX ET LE CŒUR

Session 9 : Innovations et qualité de vie du malade chronique veineux et lymphatique

Session 10 : Innovations et qualité de vie du malade chronique artérielle

Session 11 : Traitement de la maladie coronaire

Session 12 : Prévention du risque cardio-vasculaire

Session 13 : L'insuffisance cardiaque

Session 14 : L'innovation au service de l'HTA

Session 15 : Les troubles du rythme

THÈME 5 : LES VAISSEAUX

Session 16 : Actualités sur l'anti-coagulation

Session 17 : La prise en compte de l'esthétique de la maladie veineuse chronique

Session 18 : Nouveautés en chirurgie artérielle

Session 19 : Exploration et monitoring en vasculaire

THÈME 6 : EXPLORATIONS, MONITORING ET LES TRAITEMENTS EN MÉDECINE VASCULAIRE

Session 20 : La coagulation périopératoire et en urgence

Session 21 : Traitements et risques en médecine vasculaire



Groupe de travail
QUALITÉ DE VIE ET
MALADIES CHRONIQUES



POUR TOUT RENSEIGNEMENT, MERCI DE CONTACTER :

Centre de Formation des Éditions ESKA (CFEE) - Conférences Internationales

12, rue du 4 septembre - 75002 Paris - France - Tél. : +33 1 42 86 55 69 - Fax : +33 1 42 60 45 35 - e-mail : congres@eska.fr

Contact : Serge KEBABTCHIEFF - Adeline MARÉCHAL - Flore HOELLINGER

Seulement 22 % des personnes ont atteint leurs objectifs fixés en début d'année. 78 % échouent donc.

Ces objectifs ne sont souvent pas atteints car le temps de se poser la bonne question n'est pas pris avant de se jeter dans l'action.

Albert Einstein disait : « *Si j'avais une heure pour résoudre un problème, je passerais 55 minutes à réfléchir à la question et 5 minutes à penser à la solution* ».

Objectifs 2017

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

Prendre en considération une demande, la clarifier, explorer son contexte, définir les ressources et les obstacles, élaborer une stratégie, susciter l'engagement et renforcer la motivation, voilà tout un processus qui peut atteindre les objectifs fixés.

À moins que cela ne soit que des bonnes résolutions. Mais pourtant, d'après *Le Robert*, une résolution est une décision volontaire arrêtée après délibération et avec l'intention de s'y tenir.

Ou bien encore que des souhaits, des vœux pieux, qui se suffisent à eux-mêmes. Ils permettent alors de vivre l'espérance d'un changement improbable ou impossible. De fait, ils n'ont pas vocation à être atteints pour que « *le charme de l'illusion dure autant que la passion qui le cause* », disait Rousseau.

Où se situent les vœux du nouvel an des sages-femmes ?

Soyons conscients qu'à une formulation près, toute la dramaturgie peut changer.

Il est de notre responsabilité de comprendre cela, au bénéfice non seulement de la profession, mais surtout de nos patientes. Notre questionnement doit toujours être au service d'autre chose que de nous-mêmes.

Avoir une intentionnalité ne veut pas dire s'attendre à ce que l'autre y acquiesce mais accompagner à la réflexion, à côté de, là où on a l'habitude d'aller. Cela permet un renouveau, une restructuration cognitive offrant la possibilité de se représenter une version de la réalité et de lui ouvrir des pistes jamais envisagées.

Nous pourrions alors souhaiter que la profession de sage-femme se pose les bonnes questions sur elle-même.

Car :

- Lorsqu'une sage-femme comprend ce qu'elle fait, elle abandonne l'illusion de non-directivité et laisse à la patiente la liberté de construire du sens avec des frontières structurantes ;
- Lorsqu'une sage-femme comprend ce qu'elle fait, elle abandonne l'illusion de non-responsabilité et sera dans une influence bénéfique résolument centrée sur la patiente qu'elle accompagne ;
- Lorsqu'une sage-femme comprend ce qu'elle fait, elle abandonne l'intentionnalité illusoire et mène en conscience un processus d'accompagnement dans la maîtrise de son art et au nom de la réalisation des individus.

Et là, il y a de la maïeutique.

Belle année 2017. •

Cheminement d'une sage-femme vers la recherche sur le microbiome

ENTRETIEN AVEC MAÏTÉ RIBÈRE

PROPOS RECUEILLIS PAR CHRISTINE BUZENET, SAGE-FEMME

Maïté Ribère est sage-femme et actuellement également étudiante en doctorat au Département de sciences biologiques à l'Université de Montréal. Elle vit actuellement à Paris pour un an pour y effectuer son "terrain", c'est-à-dire la partie échantillonnage de son projet de thèse. Elle est passée par différents modes d'exercice avant de mettre entre parenthèses sa pratique clinique pour se consacrer au doctorat. Elle a accepté de nous en dire plus sur son parcours de sage-femme et de chercheure atypique.



COMMENÇONS PAR LE COMMENCEMENT : QU'EST-CE QUI VOUS A AMENÉE AU MÉTIER DE SAGE-FEMME ?

Je suis passée par l'ancien système de formation des sages-femmes : la première année de médecine commune (PCEM1) puis l'école de sages-femmes durant quatre ans. Je me suis inscrite en Fac de médecine — à l'Université Paris Descartes — sans réellement savoir ce que supposaient des études médicales, j'étais surtout très enthousiasmée par la liberté des études supérieures ! Comme d'autres, j'ai redoublé ma première année et lors de ma deuxième première année (vous suivez toujours ?) nous avons eu une sorte de conférence à mi-parcours avec un représentant de chaque filière (médecin, dentiste, sage-femme et kiné). Le discours qui m'a le plus touchée était celui de la sage-femme, je l'ai trouvée très humaine. Je dirais que c'est à ce moment-là que j'ai décidé de m'orienter vers la formation de sage-femme après le concours de médecine.

COMMENT SE SONT DÉROULÉES VOS ÉTUDES DE SAGE-FEMME ?

C'est difficile de répondre simplement à cette question. Je suis diplômée de l'École de sages-femmes de l'hôpital Foch, à Suresnes (92). J'ai trouvé que les études de sage-femme étaient à la fois difficiles et extrêmement gratifiantes : à l'image du métier finalement. Les sages-femmes qui nous formaient en stage pouvaient être très exigeantes, parfois dures, mais certaines étaient également une vraie source d'inspiration. Gérer une salle de naissances qui déborde, former les étudiantes, tout en restant disponible pour accueillir et accompagner les couples demande un sang-froid et une organisation à toute épreuve ! Selon moi, c'est là que se manifeste la véritable vocation, dans ces moments difficiles. Les sages-femmes sont un corps de métier incroyable, mais leurs conditions de travail ont tendance à se dégrader au fil du temps et elles sont souvent trop peu nombreuses

pour exercer dans de bonnes conditions. C'est dommage! Apprendre à être sage-femme c'est apprendre un métier qui demande un haut niveau de qualifications, intégrer des valeurs humaines et éthiques essentielles, mais aussi faire face aux difficultés de la pratique. Cet apprentissage ne se fait pas toujours dans la douceur... Comme toutes les études médicales, ce sont des études qui font mûrir très vite!

QUEL A ÉTÉ VOTRE PARCOURS APRÈS LE DIPLÔME?

Après le diplôme, j'ai exercé à l'hôpital, en salle de naissances et en suites de couches, avant de travailler pour le service d'hospitalisation à domicile (HAD) des hôpitaux parisiens... Lorsque l'on travaille pour l'HAD, on est amené à travailler avec des sages-femmes libérales du réseau ville-hôpital et au bout de quelque temps, ce mode d'exercice a commencé à me faire de l'œil. À la fin de mon contrat, j'ai donc décidé de me lancer, d'abord en remplaçant une collègue libérale partie en congés maternité. Heureusement! Le libéral est un univers radicalement différent du milieu hospitalier et qui demande de se former à beaucoup de choses, ne serait-ce qu'au niveau administratif (comptabilité, etc.). À la fin de mon contrat, une occasion de monter mon propre cabinet s'est présentée. Je me suis installée en collaboration avec une autre sage-femme et amie, qui a été plus qu'une collègue, un soutien quotidien. Nous avons eu la chance de bien nous entendre dans notre collaboration et je la remercie encore pour avoir investi tant d'énergie dans notre projet. Il faut croire que nous nous sommes installées au bon endroit, au bon moment, car notre activité nous a rapidement occupées à temps plein, mais je sais que les démarrages peuvent être plus difficiles. Je dirais que l'important est de bien s'entourer: s'insérer rapidement dans le réseau de soins, rencontrer les autres professionnels de périnatalité du secteur, les associations et bien sûr avoir un solide groupe d'amies sages-femmes avec qui échanger lorsqu'on vit des choses difficiles m'a énormément aidée. Comme pour les

LL

Avoir un solide groupe d'amies sages-femmes avec qui échanger lorsqu'on vit des choses difficiles m'a énormément aidée.

77

jeunes mamans qui sortent de maternité, l'ennemi numéro un de la sage-femme en ville c'est l'isolement.

Le libéral est un mode d'exercice qui m'a tout de suite plu car il permet une grande liberté dans la pratique quotidienne: on s'organise comme on veut, on fait passer des messages qui nous correspondent, on est son propre patron! En contrepartie, il n'y a pas de congés payés et – comme toutes les professions indépendantes – je dirais que ce statut offre moins d'avantages sociaux que le salariat de façon générale donc il faut trouver un juste équilibre pour pouvoir payer ses factures! J'ai vraiment aimé être sage-femme libérale, c'est vraiment le mode d'exercice qui m'aura le plus appris depuis le diplôme et qui offre une pratique très diversifiée... On me demandait souvent si les accouchements ne me manquaient pas. C'est indéniable que parfois j'aurais aimé pouvoir accompagner des naissances, mais surtout celles de mes patientes! Le libéral apporte ce lien privilégié avec les femmes: on les suit longtemps, on les connaît, et quel plaisir lorsqu'elles font de nouveau appel à vous parce qu'elles attendent un autre enfant! Cette confiance renouvelée fait partie des sentiments les plus gratifiants que j'ai éprouvés dans mon travail.

Après deux ans en libéral, j'avais déjà un certain nombre de formations "courtes" à mon actif et j'ai eu envie d'entamer une formation plus longue. C'est à ce moment que je me suis inscrite en Master 1 de Santé Publique à l'Université Paris Sud. Je souhaitais faire quelque chose qui ne m'apporte

pas nécessairement une compétence nouvelle dans ma pratique mais qui élargisse un peu mon champ de vision, je voulais avoir les moyens de comprendre quels étaient les outils de décision utilisés en santé publique. Bref, il me manquait quelque chose au cabinet et je sentais que je n'avais pas encore tout à fait trouvé ma façon à moi d'être sage-femme. Le retour sur les bancs de la Fac a été un vrai challenge! Et beaucoup de travail... Surtout durant ma première année de master où je continuais à travailler au cabinet. Au début, se remettre dans un rythme de cours, assister aux travaux dirigés, ça n'a pas été simple (mention spéciale pour les bio-statistiques) mais en même temps ça a été très stimulant comme expérience. Pour ma deuxième année de master, je me suis orientée vers le M2 "Génétique épidémiologique" de Paris Sud. J'avais été conquise par la présentation orale des responsables du M2 et j'avais envie de tenter une spécialisation

LE CABINET DE SAGES-FEMMES
À ISSY-LES-MOULINEAUX (92)



dans une branche où on ne m'attendait pas (il aurait été plus logique de choisir "Recherche clinique ou Épidémiologie" par exemple). Pour le M2, j'ai dû trouver un laboratoire pour six mois – de janvier à juin – afin de réaliser mon stage. J'avais envie de vivre à l'étranger quelque temps et de prendre un peu de recul sur mon parcours qui pouvait me sembler chaotique à l'époque, mes choix professionnels ayant été plus intuitifs que raisonnables. Si le diplôme de sage-femme n'est pas vraiment un passeport pour l'étranger (du fait des compétences différentes selon les pays notamment), les études universitaires oui ! J'avais plusieurs idées de destinations, mais j'avais très envie de partir pour le Québec. J'ai donc entrepris une campagne massive pour soumettre ma candidature à presque tous les directeurs de laboratoire du Département de sciences biologiques à l'Université de Montréal. J'avais un profil atypique, et par conséquent j'ai attiré l'attention d'un directeur de thèse non moins atypique, le Professeur François-Joseph Lapointe, qui a tout de suite

vu dans ma formation de sage-femme un atout. Nous nous sommes rapidement bien entendus et il m'a parlé de ses travaux sur le microbiome de mammifères (entre autres) et de son intérêt pour le microbiome humain dans le contexte de la naissance. J'avais déjà beaucoup ralenti ma pratique clinique et cédé ma part au cabinet à une autre sage-femme (une amie en qui j'avais toute confiance) qui a pris la relève auprès de mes patientes. Il ne me restait plus qu'à organiser mon déménagement outre-Atlantique. J'ai obtenu un permis d'études en quelques semaines et je suis partie.

COMMENT S'EST PASSÉE VOTRE INTÉGRATION AU SEIN DU LABORATOIRE ? EN QUOI VOTRE FORMATION DE SAGE-FEMME VOUS A-T-ELLE AIDÉE ?

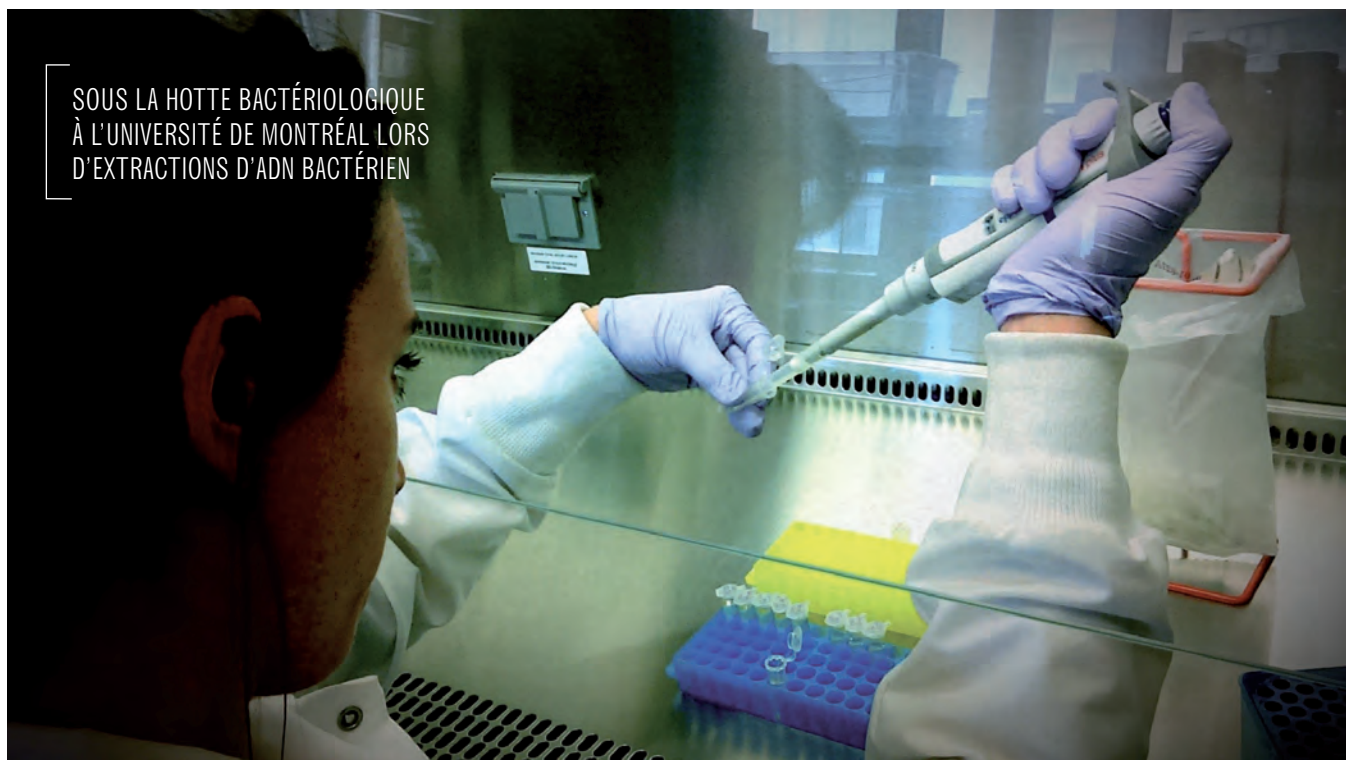
J'ai été très bien accueillie au sein du laboratoire. Comme tous les lieux de stage, il faut faire ses preuves avant d'être complètement acceptée. Mais le Laboratoire d'Écologie Moléculaire et d'Évolution (LEMEE) du Pr Lapointe est très différent des laboratoires de recherche français ou de certains laboratoires québécois où souvent plusieurs personnes contribuent à un projet commun. Au LEMEE, nous avons chacun notre propre projet, ce qui permet de ne pas baigner dans une ambiance ultra-compétitive et encourage les étudiants à faire connaissance. Je dirais que, comme souvent lorsqu'on intègre un nouveau lieu de travail, c'est surtout sur le plan personnel qu'on doit être accepté par les autres membres de l'équipe car le Pr Lapointe accorde beaucoup d'importance à l'ambiance dans son laboratoire et considère que des étudiants heureux et qui peuvent travailler en bonne intelligence sont des étudiants plus productifs ! Finalement, quel que soit le lieu de travail, rencontrer une nouvelle équipe c'est partout pareil...

LL

Travailler avec des pipettes demande également d'être précis et concentré, tout comme lors d'un accouchement ou d'un examen gynécologique, et de tenir un cahier de labo aussi rigoureusement qu'un partogramme.

77

SOUS LA HOTTE BACTÉRIOLOGIQUE
À L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL LORS
D'EXTRACTIONS D'ADN BACTÉRIEN



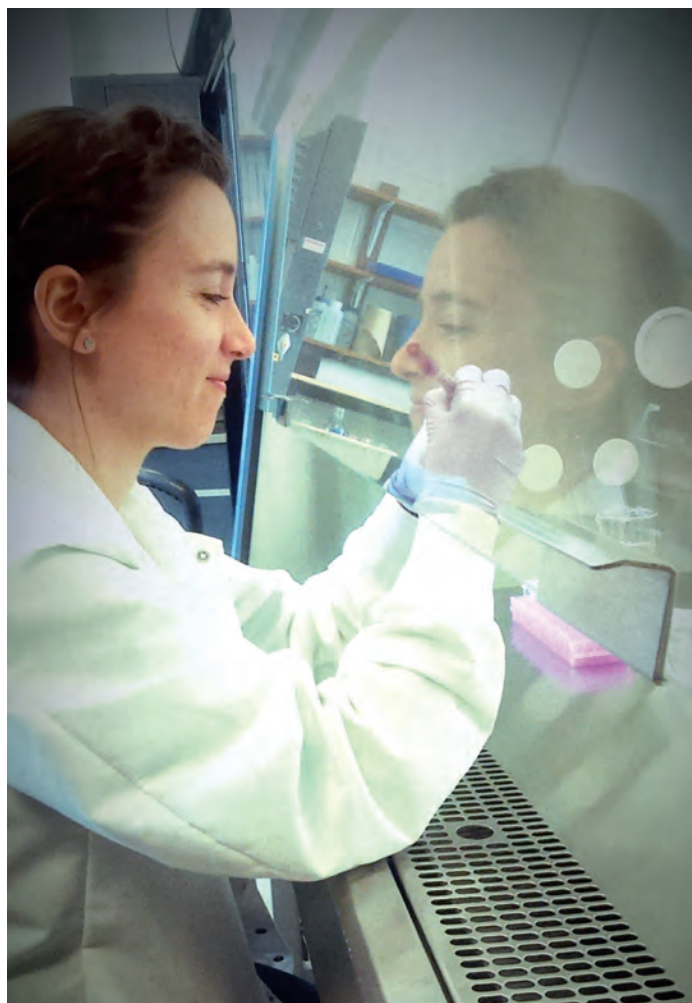
Il existe beaucoup d'entraide entre les étudiants au LEMEE, les anciens forment les nouveaux et le directeur reste disponible si on butte sur un problème. Sur la partie "analyses bio-informatiques et bio-statistiques", ma formation de sage-femme ne m'a été d'aucun secours, j'avais tout à apprendre... Par contre, sur la partie "manipulations sous hotte bactériologique", les études médicales aident beaucoup car nous sommes très bien formés au respect des règles d'hygiène dont l'objectif à l'hôpital est le même que sous la hotte : limiter la contamination ! Des patients dans le premier cas, des échantillons dans le second. Travailler avec des pipettes demande également d'être précis et concentré, tout comme lors d'un accouchement ou d'un examen gynécologique, et de tenir un cahier de labo aussi rigoureusement qu'un partogramme. On peut facilement trouver des similitudes au niveau du rythme de travail qui alterne des phases très calmes et d'autres où on peut être amenés à travailler sans interruption sous la hotte pour terminer des extractions d'ADN bactérien dans les temps !

Le monde de la recherche universitaire en lui-même m'a semblé vraiment différent du milieu hospitalier, mais je m'y suis rapidement sentie à ma place. Pour commencer, la "philosophie" en laboratoire n'est pas la même. Toutes les études en sciences fondamentales ne se doivent pas de déboucher sur des applications pratiques, le but premier est d'engranger des connaissances scientifiques. Sortir d'une démarche fonctionnelle et productiviste demande un peu de temps, mais permet une ouverture d'esprit qui, à mon sens, a beaucoup à apporter à un clinicien. Pour moi, il y a une forme d'idéal à pouvoir faire des choses qui ont du sens pour nous sans se préoccuper de savoir si elles seront "utiles". L'accompagnement, la présence, la réassurance des patientes est-elle utile du point de vue strictement médical ? Probablement pas, mais il a du sens pour les femmes, les couples et aussi les sages-femmes qui se tiennent à leurs côtés je pense.

Je crois que cette expérience m'a permis de découvrir ma façon d'être sage-femme. Mon travail contribue à générer un savoir sur les interactions entre les communautés bactériennes et le corps humain qui les abritent mais il se concentre sur un public qui me touche : les mères et les nouveau-nés.

DURANT VOTRE THÈSE VOUS ALLEZ TRAVAILLER SUR LE MICROBIOME DANS LE DOMAINE DE LA PÉRINATALITÉ. LE MICROBIOME QU'EST-CE QUE C'EST ?

Le microbiote humain a largement été étudié dans un projet pionnier : le *Human Microbiome Project* ⁽¹⁾. Il désigne l'ensemble des micro-organismes (bactéries, archées, eucaryotes microbiens, et virus) qui colonisent le corps humain et qui vivent en symbiose avec celui-ci sans être pathogènes et donc qualifiés de commensaux. Le microbiome désigne l'ensemble des données génétiques issues du microbiote – soit le génome collectif des micro-organismes – mais également le biome à l'échelle microscopique (notion inspirée de l'écologie microbienne). On retrouve du microbiome humain sur tous les sites en contact avec l'environnement au sens large (intestin, poumon, peau, vagin...) et on estime que le ratio cellules humaines/bactéries, longtemps considéré de l'ordre de un pour dix, a récemment été réévalué à environ un pour un.



Le microbiome intestinal est celui dont on a le plus entendu parler et le plus étudié, notamment en raison des perspectives thérapeutiques de pathologies gastro-intestinales chroniques. Il joue un rôle important dans le maintien de l'état de santé des individus, et le déséquilibre des interactions bactéries-hôte par le régime alimentaire ou l'exposition à certains produits chimiques peut conduire à une dysbiose – c'est-à-dire un déséquilibre des communautés bactériennes commensales – et donc à la sortie de cet état de santé. Outre la digestion, la flore bactérienne intestinale remplit en effet de nombreuses autres fonctions : production d'acides aminés essentiels et de vitamines, régulation du système immunitaire, modulation de l'appétit et du rythme circadien, et jusqu'à notre comportement ⁽²⁾. Le microbiome d'autres sites a aussi été exploré, notamment dans des études d'associations à certaines pathologies. Le déséquilibre des communautés bactériennes vaginales par exemple a été associé aux vaginoses bactériennes ⁽³⁾, et à une sensibilité accrue aux mycoses et aux infections virales ⁽⁴⁾.

Les données actuelles montrent que le microbiome est initialementensemencé au moment de la naissance. Cet ensemencement est fonction de la voie d'accouchement : les enfants nés par voie vaginale ont à la naissance un microbiome différent de ceux nés par césarienne ⁽⁵⁾. Par la suite, l'acquisition du microbiome intestinal adulte prend environ trois ans ^(6,7). Le temps nécessaire à l'établissement

du microbiome adulte dans les autres sites du corps humain (bouche, estomac, tractus uro-génital, etc.) reste encore mal connu. La question de l'impact d'éventuelles perturbations du microbiome à ce stade précoce de la vie reste ouverte : ont-elles un poids peu important du fait des profonds changements (métaboliques, immunitaires, etc.) au cours de cette période ou ont-elles au contraire des conséquences à long terme non négligeables sur la santé ?

La structure du microbiome humain est le résultat d'un processus multifactoriel qui évolue dans le temps ⁽⁶⁾. Il est influencé par le patrimoine génétique de l'hôte ⁽⁸⁾ et est affecté par son mode de vie ^(4,5). Comprendre comment le microbiome se modifie et comment développer des modèles prédictifs nous permettant de répondre à des questions allant de l'influence du régime alimentaire à l'exposition à certains médicaments, en passant par les pratiques obstétricales différentes est un des objectifs majeurs de la recherche sur le microbiome humain. C'est également un champ de recherche qui pourra contribuer au développement d'une médecine personnalisée, chaque personne portant ses propres communautés bactériennes qui fonctionnent en symbiose avec l'hôte. Il est donc tout à fait envisageable que les pratiques médicales futures doivent prendre en compte cet équilibre fragile et pourtant essentiel au maintien de l'état de santé.

DITES-NOUS-EN UN PEU PLUS SUR VOTRE PROJET DE THÈSE...

Mon projet de thèse s'articule autour du microbiome à trois moments importants en périnatalité : la conception, la vie in utero, et la naissance. Brièvement, le premier projet consiste à faire une analyse comparative des microbiomes de couples fertiles et infertiles. Ainsi j'explore l'hypothèse selon laquelle il existe une association entre certains « profils » microbiens et une infertilité idiopathique. Le second projet participe à la remise en question du dogme selon lequel le fœtus se développe dans un milieu stérile. Plusieurs études ont déjà étudié les microbiomes du placenta, du cordon, et des membranes sans pour autant pouvoir confirmer ou infirmer la stérilité du milieu dans lequel baigne le fœtus, mais cette hypothèse est aujourd'hui sérieusement ébranlée. Enfin, le troisième projet étudie de façon exhaustive le processus de transmission du patrimoine microbien de la mère à l'enfant au moment de la naissance, et précisément sur l'importance de la durée d'ouverture de l'œuf dans cette passation microbienne. Je suis particulièrement attachée à

LL

Oui, on peut être sage-femme et aller loin dans les études supérieures et non, nous ne sommes pas limitées par ce diplôme qui cherche encore ses marques dans le paysage universitaire.

77

ce dernier projet car c'est celui qui a le plus été inspiré de ma pratique de clinicienne et où les sages-femmes ont un rôle de premier plan puisque le mode d'échantillonnage est totalement inspiré de notre pratique en salle de naissances.

CONCLUSION

Durant mes études, puis ma pratique de sage-femme, j'ai beaucoup appris, sur moi en particulier. J'avais toujours ce sentiment de ne pas être tout à fait à ma place, tout à fait épanouie. Je sentais que j'avais cette part créative, curieuse, chercheuse qui ne demandait qu'à s'exprimer, et je sentais que ma pratique clinique ne parvenait pas à satisfaire cette envie. Pour autant, je pensais sincèrement être parfaitement incapable de reprendre des études supérieures et encore moins faire un doctorat en sciences "dures"! Malgré cela, au fil des rencontres (des responsables de M2 motivés, un directeur de stage confiant), j'ai fini par y croire, et j'accepte chaque jour davantage que oui, on peut être sage-femme et aller loin dans les études supérieures et non, nous ne sommes pas limitées par ce diplôme qui cherche encore ses marques dans le paysage universitaire. J'ai eu de la chance c'est sûr, mais j'ai aussi pris des risques et, comme n'importe quel travail, le doctorat nous fait traverser des phases de doutes. Mais ça vaut le coup! Selon moi, chercher la façon d'exercer qui nous correspond, notre propre façon d'être sage-femme est essentiel. Il y a en fait mille et une façons d'être sage-femme, la recherche ne correspondra sûrement pas à tous — et heureusement — car c'est aussi ce qui fait la richesse de notre corps de métier. Cependant, les sages-femmes ont définitivement un savoir propre à leur profession, et il est certain qu'elles peuvent le mettre à contribution en laboratoire. •

BIBLIOGRAPHIE

1. Structure, Function and Diversity of the Healthy Human Microbiome. *Nature*. 2012 Jun 13; 486 (7402): 207 – 14.
2. Rea K, Dinan TG, Cryan JF. The microbiome: A key regulator of stress and neuroinflammation. *Neurobiol Stress*. 2016 Mar 4; 4:23 – 33.
3. Ravel J, Gajer P, Abdo Z, Schneider GM, Koenig SSK, McCulle SL, et al. Vaginal microbiome of reproductive-age women. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2011 Mar 15; 108 (Suppl 1): 4680 – 7.
4. Sivapalasingam S, McClelland RS, Ravel J, Ahmed A, Cleland CM, Gajer P, et al. An Effective Intervention to Reduce Intra-vaginal Practices Among HIV-1 Uninfected Kenyan Women. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2014 Nov 1; 30 (11): 1046 – 54.
5. Dominguez-Bello MG, Costello EK, Contreras M, Magris M, Hidalgo G, Fierer N, et al. Delivery mode shapes the acquisition and structure of the initial microbiota across multiple body habitats in newborns. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2010 Jun 29; 107 (26): 11971 – 5.
6. Koenig JE, Spor A, Scalfone N, Fricker AD, Stombaugh J, Knight R, et al. Succession of microbial consortia in the developing infant gut microbiome. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2011 Mar 15; 108 (Suppl 1): 4578 – 85.
7. Yatsunenok T, Rey FE, Manary MJ, Trehan I, Dominguez-Bello MG, Contreras M, et al. Human gut microbiome viewed across age and geography. *Nature*. 2012 May 9; 486 (7402): 222 – 7.
8. Goodrich JK, Waters JL, Poole AC, Sutter JL, Koren O, Blehman R, et al. Human genetics shape the gut microbiome. *Cell*. 2014 Nov 6; 159 (4): 789 – 99.

Les recommandations du Collège National des Sages-femmes sur l'administration de l'oxytocine pendant le travail spontané

→ En publiant ses premières recommandations pour la pratique clinique, le Collège National des Sages-femmes légitime ainsi, enfin, son titre de société savante. Sophie Guillaume, son actuelle présidente, parle même "d'acte fondateur pour le Collège". Nous vous livrons ici l'essentiel de leurs recommandations.

Ces recommandations portent sur l'administration de l'oxytocine pendant le travail spontané. Elles concernent l'utilisation de l'oxytocine, ses modalités d'administration, ses bénéfices, ses possibles effets dans le cadre du travail spontané, d'un accouchement à terme, d'un singleton en présentation céphalique.

L'oxytocine est en effet utilisée quotidiennement et fréquemment dans la pratique des sages-femmes. Selon les résultats de l'enquête périnatale en 2010, 64 % des femmes s'en sont vues administrer.

Ces recommandations visent à en avoir une utilisation plus raisonnée et répondent au questionnement d'un usage abusif, la sage-femme étant pourtant formée à la physiologie et au respect du processus naturel.

Selon le CIANE, associé au travail, un tiers des femmes n'étaient pas informées de l'utilisation de l'oxytocine pendant leur travail d'accouchement.

Corinne Dupont, première sage-femme titulaire d'une "Habilitation à Diriger les Recherches" a porté, avec Marion Carayol, ce projet.

« Les recommandations sont quadripartites, elles regroupent, outre les usagers, l'INSERM, le CNSF, le CNGOF et intègrent les autres cliniciens intervenant lors d'un accouchement : un anesthésiste (pour l'analgésie péridurale) et un pédiatre. De même, nous avons veillé à réunir des cliniciens proches du terrain dont les profils sont très différents.

Les recommandations sont organisées en sept chapitres. Le comité d'organisation est composé de deux obstétriciens, un de Besançon et un de Paris, deux sages-femmes titulaires d'une thèse de science, et d'un médecin épidémiologiste. Pour les groupes de travail, nous avons composé des « binômes rédacteurs » sage-femme/obstétricien et

sage-femme/pédiatre. » explique Corinne Dupont.

« La presque totalité des sages-femmes ayant rédigé les RPC ont une thèse ou sont en parcours de thèses. Nous avons aussi sollicité des sages-femmes qui sont de vraies cliniciennes. Elles étaient là pour s'assurer de l'applicabilité de nos recommandations, afin que nous ne soyons pas trop loin de la réalité. »

LA MÉTHODOLOGIE DE CES RPC

Ces RPC s'appuient sur une méthodologie précise et reconnue.

Le CNSF détaille ainsi :

« Nous avons suivi la démarche méthodologique de la Haute Autorité de Santé pour classer les études sélectionnées selon le niveau de preuve scientifique. Cependant, certains niveaux de preuve ont pu être dégradés afin de prendre en considération la qualité des études, même s'il s'agissait d'essais randomisés (notamment en cas de faible effectif ou en présence de biais importants).

Six étapes ont permis d'élaborer cette RPC :

- Désignation des membres du Comité d'Organisation (CO) par le promoteur le CNSF (Collège national des sages-femmes de France) en collaboration avec le CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens Français) et l'INSERM (Epopé U1153)
- Élaboration des questions précises et désignation par le CO des experts pour répondre à ces questions selon leur type d'activité (recherche et clinique) et leur lieu d'exercice (type de maternité et statut), en intégrant les associations d'usagers.
- Analyse de la littérature par les experts en indiquant le niveau de preuve (NP) pour chaque affirmation importante et rédaction des recommandations avec des grades.

- Discussion des NP, grades et rédaction des recommandations en équipe jusqu'à consensus.
- Transmission des textes à un grand nombre de lecteurs experts sur le sujet ou praticiens du secteur privé ou public, de maternité de type I, II et III.
- Rédaction d'un texte court avec l'ensemble du groupe (CO et experts) avec des recommandations intégrant les remarques des lecteurs et précisant le grade de chacune.

Les sept questions ont analysé les aspects suivants :

1. Définition et caractéristiques du travail normal et anormal.
2. Indications de l'oxytocine au cours du premier et du deuxième stade du travail spontané.
3. Interventions associées à l'administration de l'oxytocine pendant le travail spontané.
4. Efficacité de l'oxytocine au cours du travail spontané selon les modalités d'administration.
5. Risques et effets indésirables materno-fœtaux liés à l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané.
6. Risques et effets indésirables fœtaux et pédiatriques de l'administration de l'oxytocine au cours du travail spontané.
7. Analgésie péridurale et utilisation de l'oxytocine au cours du travail.

Chaque texte fait l'objet d'un article indépendant diffusé. Le texte court a pour objectif de synthétiser chacun de ces chapitres. Le plan a été construit selon une logique chronologique et pragmatique pour les cliniciens. »

Avec ces premières RPC, le CNSF alerte et préconise :

- 1 Un meilleur accompagnement des praticiens (sages-femmes et gynécologues obstétriciens) pour une administration raisonnée de l'oxytocine.

② Une meilleure information du corps médical sur les risques et bénéfices de l'oxytocine lors du travail spontané et les modalités optimales de son administration.

③ Une meilleure information des usagers pour leur offrir la possibilité d'un accouchement le plus physiologique possible.

Découverte en 1909, l'ocytocine est une hormone produite par l'hypothalamus, sécrétée notamment au moment de l'accouchement et pendant l'allaitement. Elle agit sur le muscle lisse utérin pour stimuler les contractions au cours du travail (dilatation du col, expulsion du fœtus) et immédiatement après l'accouchement, pour réduire le risque d'hémorragie du post-partum (HPP). L'oxytocine est un analogue de synthèse de l'ocytocine naturelle. Mis au point dans les années 50, ce médicament a obtenu son AMM (autorisation de mise sur le marché) en août 1970.

Les indications de l'AMM sont les suivantes :

- Insuffisance des contractions utérines (CU) en début ou en cours de travail ;
- Chirurgie obstétricale (césarienne, interruption de grossesse...) en vue d'une bonne rétraction utérine ;
- Atonie utérine consécutive à une hémorragie du post-partum immédiat (HPP).

Pour ces trois indications, le Service médical rendu (SMR) est évalué comme important par la commission de transparence de la HAS (Haute Autorité de Santé). En France, l'oxytocine se présente sous un seul conditionnement en ampoule de solution injectable de 5UI/ml (Syntocinon®). L'oxytocine est d'usage courant en maternité, y compris pour les patientes dont le travail est spontané. L'objectif est de raccourcir la durée du travail dans l'optique de diminuer la morbidité maternelle et fœtale associée à un travail prolongé. En 2016, sa principale indication est la dystocie dynamique.

L'utilisation de l'oxytocine pendant le travail semble de plus en plus banalisée dans le cadre de la "direction active du travail". Or, comme toutes les substances actives, ce médicament n'est pas dépourvu d'effets secondaires. Aux États-Unis, l'oxytocine intraveineuse (Oxytocine IV) a été ajoutée sur la liste des médicaments potentiellement à risque par l'*Institute for safe medication practices*, ISMP7. Son utilisation est notamment associée à des événements indésirables graves comme les anomalies

de la contractilité utérine entraînant des anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF).

Une étude de l'Inserm publiée en 2011 mettait en garde contre le risque d'hémorragie grave du post-partum consécutive à l'administration d'oxytocine pendant le travail. « *Le sur-risque observé augmente avec la dose d'hormone prescrite* » constate le Dr Catherine Deneux-Tharaux (unité Inserm 1153). L'HPP constitue la principale cause de décès maternel en France.

LES ENSEIGNEMENTS CLÉS DE CES RPC

Dans ce contexte, il était important que les sages-femmes prennent position. Il a fallu deux ans de travail pour produire les 200 pages de recommandations que le CNSF publie aujourd'hui.

Vous pouvez retrouver la totalité ainsi que les références bibliographiques et le nom des participants au groupe de travail sur le site du Collège national des Sages-femmes (<http://cnsf.asso.fr/>).

Ces RCP seront aussi présentées lors du congrès national du CNSF, les 30 et 31 janvier 2017.

Les conclusions de ce travail ont permis de mettre en avant plusieurs points :

① **L'importance de redéfinir les différents stades du travail.** Les définitions établies dans les années 50 par E. Friedman servent de référence depuis plus d'un demi-siècle. Des travaux récents remettent en question ces définitions.

→ **En pratique :** la définition ancienne des phases de travail a conduit à un interventionnisme excessif de la part des soignants. Le premier stade du travail (du début de la dilatation jusqu'à dilatation complète) se divise en deux phases, la phase de latence et la phase active. Le début de la phase active est désormais repoussé à 5-6 cm de dilatation contre 3-4 cm autrefois. D'autre part, la vitesse de dilatation est considérée comme anormale si elle est < 1 cm/4 h en début de phase active et 1 cm/2 h au-delà de 7 cm de dilatation.

② **Le nécessaire respect de la phase de latence.** Cette phase qui dure jusqu'au début de la phase active (5-6 cm) est cruciale. Il est essentiel de "savoir attendre" et de respecter ce temps. Les recommandations américaines vont dans le même sens.

③ **La hiérarchie des actions à mettre en place.** L'amniotomie, rupture artificielle des membranes, entraîne une augmentation de la dynamique utérine. En cas de dystocie dynamique au cours de la phase active, il est recommandé de pratiquer une amniotomie avant l'administration d'oxytocine.

④ **La péridurale n'est pas une indication pour une administration systématique d'oxytocine.** La péridurale influe peu sur le déroulement du travail et ne diminue pas la synthèse de l'ocytocine endogène ou son efficacité sur l'activité utérine, contrairement à ce que l'on aurait pu croire.

Enfin, le deuxième stade du travail, qui se scinde lui aussi en deux phases (phase de descente et phase d'expulsion) a également été étudié en détail. L'analyse des études a permis de montrer, là encore, la pertinence d'une médicalisation raisonnée. « *Si au bout d'une heure le bébé n'est pas descendu, on peut encore attendre avant d'administrer de l'oxytocine* », précise le Dr Le Ray. « *En revanche, au bout de 2 heures il faut en administrer car on a montré qu'après la troisième heure à dilatation complète, on observait une augmentation des risques maternels, notamment hémorragiques* ». Enfin, dans la continuité de cette démarche scientifique et afin de renforcer la rigueur du travail effectué dans le cadre de ces RPC, fin 2017, le CNSF va évaluer leur diffusion et leur impact sur les pratiques au sein de plusieurs réseaux de périnatalité.

UN OUTIL POUR SE REPÉRER

Un outil élaboré sous forme de marque-page et synthétisant les éléments principaux est à disposition des équipes. Il comporte au recto une règlette, au verso un schéma d'utilisation de l'oxytocine.

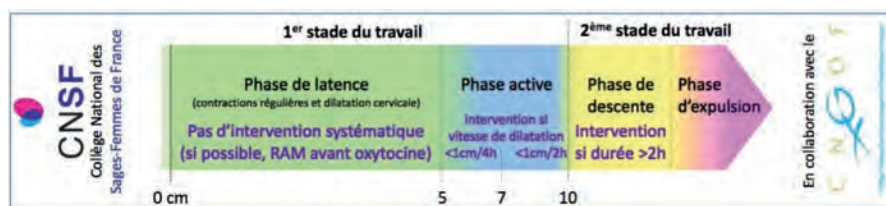
Le recto → la règlette

Il s'agit d'un outil pratico-pratique qui permet une conversion immédiate entre les ml injectés et les micro-unités/mn. La règlette vise à éviter les surdosages. Elle rappelle en outre deux recommandations essentielles :

- Attendre 30 mn entre deux augmentations de dose ;
- Ne pas dépasser la dose de 20 mUI/mn.

Le verso → l'iconographie sur les étapes du travail

Elle résume les nouvelles définitions des différents stades du travail et matérialise en un clin d'œil les critères d'utilisation de l'oxytocine à chacune de ces phases.



LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS EN DÉTAIL

→ Une nouvelle définition des stades du travail

Les différents stades du travail ont été redéfinis suite aux publications américaines. La population des femmes a changé (âge du premier enfant, surpoids ou obésité maternels, poids des enfants à la naissance...). L'accompagnement et le suivi du travail (analgésie péridurale, déclenchement) ont également modifié le déroulement des accouchements. Enfin, les méthodes de calcul des normes statistiques ont montré que les courbes de référence utilisées pendant un demi-siècle étaient lacunaires.

Le travail est divisé en trois stades :

- **1^{er} stade.** Période de dilatation cervicale jusqu'à 10 cm (dilatation complète) comprenant une phase de latence allant de la présence de contractions utérines régulières, associées à des modifications cervicales jusqu'à 5-6 cm de dilatation cervicale (versus 3 cm avant cette RPC) et une phase active période allant de 5-6 cm à 10 cm ;
- **2^e stade.** Période allant de la dilatation cervicale complète jusqu'à la naissance de l'enfant ;
- **3^e stade.** Période allant de la naissance de l'enfant jusqu'à la délivrance placentaire.

→ Une administration raisonnée d'oxytocine

Chez des parturientes en travail spontané, à terme, avec présentation céphalique, sans utérus cicatriciel ni retard de croissance, nous recommandons de n'administrer de l'oxytocine qu'en cas de :

- 1 Dystocie pendant la phase active, c'est-à-dire si la vitesse de dilatation cervicale est inférieure à 1 cm/4 h entre 5 et 7 cm ou inférieure à 1 cm/2 h au-delà de 7 cm. Il est par ailleurs recommandé de rompre la poche des eaux (amniotomie) et d'attendre une heure avant d'administrer de l'oxytocine.

- 2 Prolongation du 2^e stade au-delà de 2 h pour corriger une absence de progression de la présentation.

→ Modalités générales d'administration de l'oxytocine

- 1 Il est recommandé d'établir au sein de chaque maternité un protocole de service formalisant les principes suivants :
 - L'administration par voie intraveineuse à l'aide d'un dispositif médical permettant le contrôle de la dose administrée et équipé d'une valve anti-reflux ;
 - La standardisation de la dilution et des débits exprimés en mUI/min ;
 - L'information de la patiente tracée dans le dossier médical. Tous ces éléments doivent être mentionnés dans le dossier ainsi que la dose totale d'oxytocine administrée durant le travail en mUI.
- 2 En cas d'administration d'oxytocine pendant le travail, il est recommandé d'enregistrer l'activité utérine et de surveiller le RCF de façon continue.
- 3 Il est recommandé de débiter à une dose initiale de 2 mUI/min, de respecter des intervalles d'au moins 30 mn avant chaque augmentation de dose. Ces augmentations se feront par dose de palier de 2 mUI/min, sans dépasser un débit absolu de 20 mUI/min. L'augmentation des doses sera arrêtée dès l'obtention d'une modification cervicale ou de 5 contractions utérines par 10 mn.
- 4 Risques et effets indésirables maternels liés à l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané.
 - Les effets maternels indésirables concernent l'hyperactivité utérine, et l'hémorragie du post-partum (HPP).
- 5 Risques et effets indésirables fœtaux, néonataux et pédiatriques lors de l'administration de l'oxytocine au cours du travail spontané.
 - Les effets indésirables rapportés concernent des anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) liées à une hyperactivité utérine, la morbidité néonatale, l'hyponatrémie, l'ictère néonatal, et les difficultés néonatales de la succion.

CONCLUSION

L'administration d'oxytocine durant le travail spontané ne doit pas être considérée comme une prescription anodine. Les données actuelles, telles que rappelées dans ces recommandations, doivent inciter les acteurs de la périnatalité à la plus grande vigilance. L'oxytocine expose la mère et le fœtus à des effets néfastes pouvant avoir des conséquences à court terme et possiblement à long terme. Son administration doit faire l'objet d'un protocole et les indications doivent être clairement définies.

Il est recommandé à chaque maternité de pouvoir évaluer son taux d'administration d'oxytocine durant le travail spontané comme un indicateur de suivi de la qualité des soins en salle de naissance.

Lors des réunions collégiales dites "Revue de morbidité/mortalité/Reprises de cas" portant d'une part sur des observations maternelles d'HPP sévère ou de rupture utérine sur utérus sain et d'autre part sur des observations néonatales d'anoxo-ischémie, il est recommandé d'analyser les modalités d'administration de l'oxytocine.

Enfin, fin 2017, dans la continuité de cette démarche scientifique et afin de renforcer la rigueur du travail effectué dans le cadre de ces RPC, le CNSF va évaluer leur diffusion et leur impact sur les pratiques au sein de plusieurs réseaux de périnatalité.

Nous espérons que ces recommandations permettront à la profession de sages-femmes de faire reconnaître son expertise dans la recherche et la capacité à produire des RCP, mais aussi qu'elles auront un effet dans la pratique clinique et seront l'objet de référence dans l'enseignement et la formation des sages-femmes.

Parions alors sur le fait que cela ne soit que la première d'une série mais espérons aussi que les RPC ne soient pas seulement faites à partir d'études montrant les effets néfastes d'une utilisation dangereuse et abusive d'un produit mais qu'elles aient pour objet la bonne pratique des sages-femmes pour la santé des femmes. •

Pourquoi allaiter ?

Lien affectif unique

Maman-Bébé
Continuité du peau à peau

**Gain de temps
et d'argent**

Pas de préparation, ni de matériel

**Aliment évolutif
parfaitement adapté**

Effet protecteur

Diminution risque cancer sein/ovaire
Contre infections virales / bactériennes

Pourquoi prendre matilia® Allaitement ?

Prêt à l'emploi

Pas besoin de chauffer de l'eau
comme pour les tisanes

Acte alimentaire

1 bouteille/jour
Observance facilitée
Non médicalisé

Nomade

À déguster à la bouteille
Conservation ambiante avant ouverture

Se faire plaisir

Tout simplement bon !
3 saveurs parfumés :
chocolat, vanille, caramel



Une alternative innovante pour soutenir l'allaitement

Recommandée par
les Sages-Femmes



www.francebebe.fr



Dossier D.O.PÉDIA

Comme tous les ans en janvier, nous réitérons notre dossier D.O.PEDIA. Vous trouverez des articles issus de certains congrès professionnels où chacun n'a pu se rendre, et des articles riches d'intérêts mais n'ayant pu entrer dans un dossier thématique antérieur. Bonne lecture.

SOMMAIRE DU DOSSIER

14
CONSTIPATION
ET HÉMORROÏDES

18
INCONTINENCE ANALE :
PRISE EN CHARGE

22
ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DES
CÉSARIENNES CODE ROUGE AU CENTRE
HOSPITALIER DE MONTAUBAN EN 2015

26
L'OFFRE DE SOINS EN GYNÉCOLOGIE
PROPOSÉE PAR LES SAGES-FEMMES
LIBÉRALES EXERÇANT DANS QUATRE
DÉPARTEMENTS DE LA RÉGION
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES : LE CANTAL,
L'ISÈRE, LA LOIRE ET LA SAVOIE

CONSTIPATION ET HÉMORROÏDES

Bien peu d'affections sont aussi courantes et aussi bénignes. Bien peu d'affections donnent lieu à autant d'idées reçues et autant à l'automédication.

Nous allons donc, pour la constipation, puis pour les hémorroïdes, passer en revue et combattre les idées reçues les plus répandues.

On considère dans ce qui suit que les sages-femmes prennent en charge des femmes jeunes.

Les pathologies graves, telles que les maladies inflammatoires et les cancers, ne seront pas évoquées.

Le fonctionnement de l'intestin est un peu plus complexe qu'on croit. Les selles n'avancent pas dans l'intestin comme l'eau dans un tuyau d'arrosage ! Et en plus cette tuyauterie est équipée d'un cerveau qui vient tout compliquer.

Le mot que vous prononcez le plus fréquemment n'est-il pas « poussez ! » ? On pousse pour accoucher, pour déféquer, normalement on ne pousse pas pour uriner – ou peu – mais 40 à 70 % des femmes poussent pour uriner.

→ POUSSÉE ABDOMINALE ET DÉFÉCATION

Cette poussée est suivie d'une contraction de la musculature rectale puis de la relaxation du canal anal. Toute perturbation de cette séquence entraîne une dyschésie : c'est-à-dire une difficulté à évacuer les selles.

On peut écrire que la quasi-totalité des affections proctologiques (hors infections) découlent de cette poussée : hémorroïdes, fissures, procidence, prolapsus, cysto-rectocèles...

Le temps nécessaire pour obtenir une sensation satisfaisante de vidange rectale est fonction de la position du bassin. La position la plus physiologique est la posture accroupie qui dirige la poussée vers l'arrière et le bas et accentue l'ouverture des sphincters. La plus employée en Europe est la position assise. La pire est la position alitée. Il est périlleux de vouloir s'accroupir sur la lunette des toilettes publiques.

La défécation est un enchaînement de séquences précises. C'est un peu plus compliqué et fragile qu'on croit.

Normalement, à l'état basal le rectum est vide. On imagine aisément que le fait de le maintenir plein entraîne des désagréments.

Une à deux fois par jour (surtout le matin après le petit-déjeuner) le réflexe gastro-colique propulse les matières dans le rectum.

La distension rectale est transmise au cortex. Traduction : envie d'aller à la selle...

Le réflexe recto-anal inhibiteur (RRAI) ouvre le bas rectum et permet l'analyse du contenu : gaz, liquide, solide puis nouvelle transmission au cortex frontal.

Le centre de commande supraspinal (tronc cérébral voisin de celui de la miction) autorise ou pas la défécation.

Si la défécation est autorisée

- L'angle ano-rectal s'ouvre (encore mieux si les pieds sont surélevés).
- Le muscle pubo-rectal et le sphincter externe se relâchent.
- La musculature longitudinale du rectum se contracte : c'est la propulsion.
- Le RRAI permet la vidange du sigmoïde (contrôle paraΣ).
- Le releveur (excepté le puborectal) se contracte pour limiter la descente périnéale et donc l'étirement excessif des nerfs et des ligaments.
- Enfin, le pubo-rectal et le sphincter externe se contractent pour refermer l'angle ano rectal.
- Si une seule de ces étapes est rendue impossible, l'exonération devient difficile, voire incomplète, même si les selles sont molles. C'est la constipation terminale.

Si la défécation n'est pas autorisée

- La paroi rectale se distend. La pression intra-rectale diminue. La sensation de besoin disparaît. Le sphincter externe et le releveur reviennent à un tonus normal après une phase de contraction qui contrarie le besoin.
- Le déclenchement de la défécation ou son retardement sont du ressort du cortex cérébral donc très influençables. Le conditionnement y joue un rôle considérable. Le simple changement d'habitude (voyage, hospitalisation) peut suspendre l'évacuation pendant plusieurs jours.
- On peut en revanche "utiliser" ce conditionnement pour améliorer ou rétablir une défécation perturbée ou absente en recréant un environnement habituel.

→ L'ÉVACUATION

Que dit l'EBM (*Evidence Based Medecine*) ? Pas grand-chose !



LA POSITION LA PLUS PHYSIOLOGIQUE EST LA POSTURE ACCROUPIE QUI DIRIGE LA POUSSÉE VERS L'ARRIÈRE ET LE BAS ET ACCENTUE L'OUVERTURE DES SPHINCTERS.



La constipation définie par les malades et celle de l'Académie (critères de Rome) ne concordent que dans 20 à 30 % des cas.

Les troubles de l'évacuation sont très fréquents chez les malades qui se disent constipés.

La constipation altère la qualité de vie en général (et la vie sexuelle en particulier).

La constipation motive rarement un avis médical spécialisé.

◆ POINTS ESSENTIELS AVANT D'ENVISAGER UN TRAITEMENT

- Les troubles de l'évacuation sont une cause de constipation.
- Les troubles de l'évacuation donnent un tableau clinique difficile à isoler des autres causes de constipation.
- Des explorations complémentaires sont nécessaires pour connaître la cause de la constipation. Les tests les plus simples sont l'épreuve d'expulsion de ballonnet et le temps de transit colique (TTC).
- Les causes des troubles de l'évacuation peuvent être d'origine fonctionnelle ou anatomique.

ÉTIOLOGIES FONCTIONNELLES

- L'anisme ou dyssynergie périnéale est une constipation fonctionnelle avec :
 - Contraction paradoxale du périnée à la poussée,
 - Force propulsive rectale efficace,
 - Évacuation incomplète du rectum.
- Les anomalies rectales : troubles de la sensibilité (dyschésie), mégarectum.

ÉTIOLOGIES ANATOMIQUES

- Facilement éliminées : sténose rectale, tumeur rectale, Maladie de Hirschsprung, rectites chroniques.
- Les troubles de la statique pelvienne dominés par la rectocèle (conséquence de la dyschésie considérée à tort comme cause organique).
- Le prolapsus rectal interne (également conséquence des efforts de poussée défécatoire exagérés).

→ TRAITEMENT DE LA CONSTIPATION

En première ligne

• Les fameuses règles hygiéno-diététiques

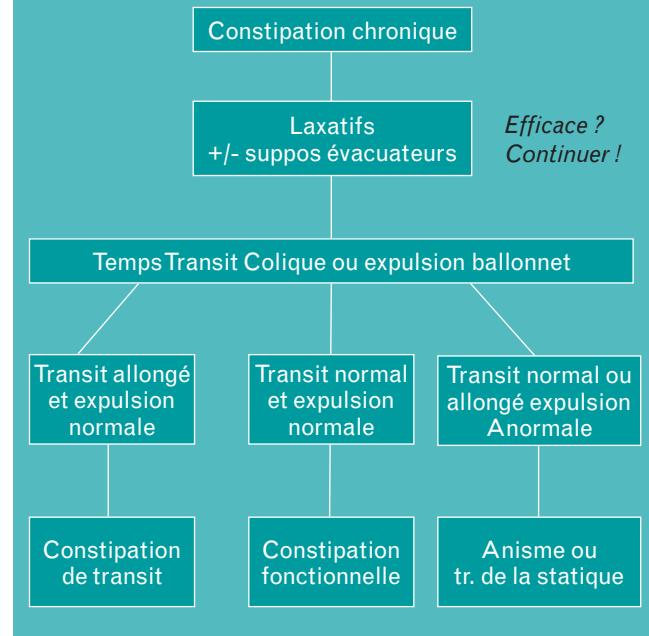
Un grand nombre d'idées reçues continuent à circuler tant chez les patientes que chez les médecins. Il n'est pas question de les perpétuer ici mais au contraire de les combattre, même au risque de passer pour iconoclaste.

• Les conseils défécatoires

Les conseils simples sont souvent les plus efficaces mais rarement suivis.

Ils découlent de ce qui a été écrit plus haut. Ne pas différer le besoin d'aller à la selle. Y consacrer le temps nécessaire (variable d'un individu à l'autre, vous l'aurez remarqué).

ALGORITHME DIAGNOSTIQUE D'UNE CONSTIPATION



Optimiser les conditions locales : masquer les bruits, la vue et l'odeur. Surélever les pieds avec un marchepied suffisamment haut surtout pour les femmes de petite taille.

• La ration hydrique

Il faut boire... répètent les médecins depuis Molière... Il n'existe aucun argument dans la littérature médicale internationale permettant de valider ce conseil, sauf si vous buvez moins d'un demi-litre d'eau par jour. Aucune eau minérale n'a démontré une quelconque efficacité pour traiter la constipation, modifier la fréquence ou la consistance des selles. Le seul effet démontré de l'augmentation de la ration hydrique est un passage plus fréquent aux toilettes pour faire... pipi. En fait, il faut boire mais après avoir ingéré un produit qui retient l'eau dans la lumière colique : le macrogol.

• L'exercice physique

Le bénéfice de l'activité physique sur la constipation n'a jamais été démontré. Dans une étude scandinave randomisée de 2005 réalisée chez des sujets constipés et sédentaires, l'activité physique régulière pendant 12 semaines a diminué le temps de transit colique de 79 à 58 heures mais la fréquence des selles n'a pas été modifiée. Argument supplémentaire : de nombreuses jeunes femmes sportives très constipées consultent chaque jour les cabinets des gastro-entérologues, bien qu'elles boivent les deux litres prescrits et qu'elles soient quasi végétariennes. Ce qui nous amène au sujet suivant.

• Les fibres

Un régime pauvre en fibres est communément admis comme responsable de la constipation. C'est moins évident qu'on

croit. La majorité des études ne retrouve aucune relation entre fréquence des selles et apport en fibres. Une revue de la littérature de 2011 a analysé 3146 études portant sur l'efficacité des fibres dans la constipation chronique. **Seulement six études** étaient correctes sur le plan méthodologique. Seules les fibres solubles (les pectines, les gommes et les mucilages) ont montré un effet sur les symptômes. L'effet des fibres sur la constipation distale est donc très modeste. En revanche, nous ne sommes pas, jusqu'à preuve du contraire, des herbivores et si on a le côlon un peu fragile l'augmentation de la prise quotidienne de fibres se traduit à coup sûr par les effets indésirables classiques que sont les douleurs abdominales, les ballonnements qui font dire aux patientes incrédules : « *c'est bien simple, Docteur, je ne sais plus quoi manger !* ».

• Les laxatifs oraux

Paradoxalement, les études randomisées en double aveugle comparant les laxatifs au placebo sont rares ou méthodologiquement incertaines.

Les laxatifs de lest, en l'occurrence les mucilages, agissent en retenant l'eau dans la lumière colique. Ils permettent d'obtenir des selles plus souples, plus volumineuses, plus consistantes et plus fréquentes. Inconvénient : les ballonnements. Psyllium, ispaghule, gomme sterculia...

• Les laxatifs osmotiques

Ce sont les macrogols et les sucres non absorbables : lactulose, sorbitols... Clairement, ces derniers sont à bannir de nos habitudes de prescriptions. Il suffit d'écouter les patientes. Ces sucres induisent des fermentations coliques et augmentent les flatulences (tant redoutées par la gent féminine). Les macrogols (Movicol, Forlax, Transipeg) retiennent également l'eau dans le côlon. Ils n'ont aucun effet sur la motricité intestinale.

• Les laxatifs émoullissants

C'est l'huile paraffine. Peu d'indications en 2017 au regard des effets secondaires : suintement anal, malabsorption des vitamines liposolubles...

• Les suppositoires laxatifs

La meilleure indication est la dyschésie. Suppos de glycérocérine et Eductyl. Ils sont efficaces pour déclencher la défécation et initier une rééducation du réflexe défécatoire. Les irritations anales ou rectales sont rares.

Traitements de deuxième ligne

• Les laxatifs stimulants

Anthraquinones, bisacodyl, bourdaine, séné, huile de ricin. Ces substances ont une double action : motrice par stimulation des terminaisons nerveuses, et sécrétoire par irritation directe de la muqueuse. Leur mauvaise réputation n'est pas tout à fait justifiée. Il est cependant préférable de les réserver aux constipations rebelles : alitement prolongé, malades sous morphiniques, malades neurologiques sévères... La mélanose colique témoigne de leur utilisation mais n'a aucun retentissement clinique.

• Les laxatifs rectaux

Dulcolax, Rectopanbiline agissent en provoquant des contractions rectales par stimulation de la motricité colique. Sur le long terme ils provoquent des irritations rectales.

Les microlavements : Microlax, Norgalax ont une action osmotique locale et déclenchent le réflexe défécatoire. À éviter en cas de pathologie proctologique : hémorroïdes, fissure...

Les lavements évacuateurs type Normacol sont à réserver aux situations occasionnelles comme les fécalomes, les troubles neurologiques, inertie colique, mégarectum...

Les nouveaux traitements

Trois nouvelles classes thérapeutiques récentes déjà évaluées ou en cours d'évaluation.

Agonistes des récepteurs 5-HT₄ de la sérotonine.

L'activation de ces récepteurs conduit à une libération accrue d'acétylcholine et donc une augmentation du péristaltisme. Le tégaserod a été retiré du marché en raison de complications cardio-vasculaires. Le prucalopride (Resolor) est indiqué chez les femmes prenant déjà deux laxatifs sans effet notable. Dans la pratique courante son coût est le principal frein à une prise prolongée.

Pour être complet signalons deux axes de recherche :

- **Les sécrétagogues coliques** : lubiprostone, linaclotide agissent directement sur l'entérocyte et augmentent la sécrétion d'eau par le côlon.
- **Les antagonistes opioïques** : le bromure de méthyl-naltrexone (Relistor) est utilisé dans le traitement de la constipation liée aux opiacés, notamment en soins palliatifs.

Plus on pousse fort sur des selles dures, plus on a de chances de saigner.

La transition est faite vers les hémorroïdes.

Là encore, que d'approximations, que d'idées reçues, que d'automédications hasardeuses...

La pathologie hémorroïdaire est l'arbre qui cache la forêt. Même les enfants dans le ventre de leur mère ont déjà des hémorroïdes. Ce sont les coussinets.

Les hémorroïdes n'ont aucun rapport avec les veines. Les saignements sont rouge vif. C'est du sang oxygéné, artériel et non du sang veineux noir.

Il existe deux réseaux hémorroïdaires :

- **Les hémorroïdes externes** qui n'ont qu'une seule façon de se manifester : la thrombose hémorroïdaire externe, qui, si elle n'est pas traitée, laisse une marisque résiduelle qui restera *ad vitam*.
- **Les hémorroïdes internes** qui donnent des douleurs, des saignements...

La douleur est due à une anite hémorroïdaire. Les meilleurs traitements sont les anti-inflammatoires, sauf si grossesse.

Le saignement n'a rien de mystérieux : il est mécanique. Le saignement est d'autant plus fréquent et important que les hémorroïdes sont gonflées et congestives.

On distingue quatre stades :

- 1 hémorroïdes normales ;
- 2 hémorroïdes congestives ;
- 3 hémorroïdes procidentes à la poussée ;
- 4 hémorroïdes prolabées en permanence.

En résumé, dans un pays riche comme le nôtre, on opère les gens qui le demandent quand la pathologie hémorroïdaire empiète dans leur vie personnelle, professionnelle, sportive ou sexuelle.

Les hémorroïdes, quand s'est bien opéré, c'est comme les doigts coupés : ça ne repousse pas !

Les hémorroïdes se manifestent par crises douloureuses qui durent une semaine sans aucun traitement et sept jours avec un bon traitement. Si la douleur est présente chaque matin après la selle, tous les jours, sans accalmie, il faut chercher une autre affection.

Il ne faut pas passer sous silence la fissure anale qui est probablement aussi fréquente que les hémorroïdes chez les parturientes.

On distingue deux types de fissure :

- **La fissure "traumatique"** qui survient après un accident : accouchement, constipation exceptionnelle, sodomie trop hâtive ou autre... Elle guérit toute seule en quelques semaines.
- **La maladie fissuraire** qui résulte d'une mauvaise répartition des forces à l'ouverture du canal anal lors de la défécation. Si elle parvient à cicatrifier au prix d'un bloc rigide, elle récidive à la première selle un peu dure. La chirurgie guérit la fissure à coup sûr. C'est garanti à vie, même si accouchement par voie basse, constipation ou sodomie...

Souvent la fissure finit par s'infecter. On opère une fistule au lieu d'une fissure. C'est égal.

Même si hémorroïdes et fissure arrivent en tête sur le podium, il ne faut oublier que le traité des maladies de l'anus et du rectum comporte plusieurs centaines de pages.

→ CONCLUSION

Il ne devrait plus y avoir de femmes constipées en France en 2017. De nombreux traitements sont disponibles. Dans l'immense majorité des cas, la prescription de Macrogol peut suffire. La thérapeutique est d'autant plus efficace que le mécanisme en cause est clairement identifié, ce qui est rarement le cas.

Même si elles cachent la forêt des affections proctologiques, les hémorroïdes ne résument pas à elles seules la pathologie anale. Une consultation avec un vrai proctologue permet de faire la part des choses et un traitement efficace et définitif. •

POUR EN SAVOIR PLUS

Défécation

- Amarenco G, Sénéjoux A, *Pathologies de toilettes*, Springer-Verlag, Paris, 2013.
- Pauwels E, De Laet K, De Wachter S, Windele JJ, 2006, *Healthy, middle-aged, history-free, continent women - do they strain to void?* J Urol 175: 1403-7.
- Sikirov D, *Comparison of straining during defecation in three positions: results and implications for human health*, 2003, Dig Dis Sci 48: 1201 - 5.
- Siproudhis L, Pigot F, Godeberg P et al. 2005, *Defecation disorders: a French population survey*. Dis Colon Rectum 49: 219 - 27.
- Denoya P, Sands DR, 2008, *Anorectal physiologic evaluation of constipation*, Clin Colon Rectal Surg 21: 114 - 21.

Constipation

- Belsen J, Greenfield S, Candy D, Geraint M, 2010, *Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children*. Alimentary Pharmacy Ther 31: 938 - 49.
- Drossman DA, 2006, *The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process*. Gastroenterology 130: 1377- 90.
- Mugie SM, Benninga MA, Di Lorenzo C, 2011, *Epidemiology of constipation in children and adults: a systematic review*. Best practice & research. Clin Gastroenterol 25: 3 - 18.
- Wittehead WE, Chiarioni G, 2011, *Adopting new enrollment criteria for pharmaceutical trials in constipation: look before leaping*. There Adv Gastroenterol 4: 165 - 8.
- Ford AC, Suares NC, 2011, *Effect of laxatives and pharmacological therapies in chronic idiopathic constipation: systematic review and meta-analysis*. Gut 60: 209 - 18.
- Leung FW, *Etiologic factors of chronic constipation: review of the scientific evidence*, 2007, Dig Dis Sci 52 (2): 313-6
- Keating GM, *Prucalopride: a review of its use in the management of chronic constipation*. Drugs. 2013; 73 (17): 1935-50.
- Müller-Lissner S, Tack J, Feng Y, Schenck F, Specht G, *Levels of satisfaction with current chronic constipation treatment options in Europe - an internet survey*. Aliment Pharmacol Ther. 2013 Jan; 37 (1): 137-45.

Activité physique

- Peters HP, De Vries WR, Vanberge-Henegouwen GP, Akkermans LM, *Potential benefits and hazards of physical activity and exercise on the gastrointestinal tract*. Gut. 2001 Mar; 48 (3): 435-9.

Apports hydriques

- Murakami K, Sasaki S, Okubo H, Takahashi Y, Hosoi Y, Itabashi M; *Freshmen in Dietetic Courses Study II Group*, *Association between dietary fiber, water and magnesium intake and functional constipation among young Japanese women*. Eur J Clin Nutr. 2007 May; 61 (5): 616-22.

Traitement

- Roche B, Delgado X, *La proctologie à l'usage du praticien*, 2008, Médecine et hygiène.
- Godeberg P, *Traité de proctologie*, 2007 Lavoisier MSP.
- Denis J, Ganansia R, Puy-Montbrun T, *Proctologie pratique*, 1994, Masson.
- Ehrenpreis E, Avital S, Singer M, *Anal and rectal diseases. A concise manual*. 2012, Springer.
- Siproudhis L, Panis Y, Bigard M-A, *Traité des maladies de l'anus et du rectum*. 2007, Elsevier Masson
- Goligher J, *Surgery of the anus rectum and colon*, 1985, Baillière Tindall, London.
- De Los Rios Magrina E, *Atlas de coloproctologie*, 1981, Medsi, Paris
- Soullard J, Contou J-F, *Coloproctologie*, 1984, Masson, Paris.
- Vove J-P, *Petit traité de proctologie pratique à l'usage des gynécologues*, 2016, Gynécologie Obstétrique pratique, N° 286.
- Frexinos, J, Buscail L, *Hépatogastroentérologie proctologie*, 2004, Masson.

INCONTINENCE ANALE : PRISE EN CHARGE

L'incontinence anale est définie par l'émission involontaire de gaz et ou de selles, solides ou liquides, en dehors d'une défécation.

L'incontinence anale (IA) est une pathologie relativement fréquente si l'on considère qu'une étude française publiée en 1992 rapportait chez des patients de plus de 45 ans une IA chez 11 % d'entre eux ⁽¹⁾. Sa prévalence a été évaluée entre 2 et 24 % dans une revue de la littérature publiée en 2004 ⁽²⁾. Elle reste un sujet tabou, bien plus que l'incontinence urinaire. La méconnaissance des différentes alternatives thérapeutiques par le corps médical est probablement un frein à la prise en charge des patients, alors que nous verrons qu'un traitement médicamenteux simple permet de soulager presque 50 % des patients, à l'issue de la première consultation.

→ FACTEURS DE RISQUES D'INCONTINENCE ANALE

La continence anale résulte du bon fonctionnement de deux systèmes : un système capacitif, le rectum, qui sert de réservoir et un système résistif composé des sphincters anaux internes et externes et du muscle releveur de l'anus. Une innervation sensitive et une sensibilité spécifiques sont également nécessaires : la distension du rectum active des mécanorécepteurs qui entraînent la sensation de besoin et le réflexe d'échantillonnage (qu'y a-t-il dans le rectum : une selle ou un gaz ?) vont permettre au patient de prendre la bonne décision.

De ce fait, l'IA résulte fréquemment de l'association de plusieurs facteurs de risques, listés dans le tableau 1 ⁽³⁾.

L'âge est le principal facteur de risque : dans une étude française, la prévalence est de 8,4 % chez les patients entre 18 et 39 ans, 13 % entre 40 et 59 ans et 16,8 % après 60 ans ⁽⁴⁾. En institution, la prévalence est plus élevée : 23 % avant 70 ans et 41 % après 90 ans ⁽¹⁾.

Viennent ensuite les troubles du transit : diarrhée et constipation doivent être recherchées et traitées. Les recommandations de la société française de gastro-entérologie soulignent l'importance de rechercher en premier lieu une constipation chez tout patient présentant une IA ⁽⁵⁾.

L'accouchement par voie basse est également un facteur de risque à ne pas négliger, par rupture sphinctérienne et/ou étirement du nerf honteux et/ou descente périnéale. Le recours au forceps lors de la délivrance et les déchirures du périnée sont les principaux facteurs de risques ⁽⁶⁾.

→ INTERROGATOIRE

L'interrogatoire du patient est primordial car, grâce à quelques questions ciblées et simples, il permet de comprendre le mécanisme de l'IA et donc d'orienter le traitement ⁽³⁾.

- *Comment sont vos selles ? Quelle est leur consistance ? Leur fréquence ? On peut utiliser l'échelle de Bristol, visuelle et facilement compréhensible. Les selles "cibles" à obtenir sont de type 4 ou 5 (figure 1).*
- *Ressentez-vous des envies ou besoins avant les accidents d'incontinence anale ou pas ? Cette question permet de différencier l'incontinence anale active : le patient ressent le besoin mais ne peut pas se retenir (déficit de contraction volontaire et/ou pression rectale augmentée) de l'incontinence anale passive : le patient ne ressent pas la fuite (déficit de tonus sphinctérien de repos et/ou vidange rectale incomplète).*
- *Avez-vous des fuites de gaz ? De selles ? Les deux ? Avez-vous l'impression que votre rectum n'est pas totalement vidé en fin de selle ? Pouvez-vous facilement vous essuyer après la selle ? Ceci permet de différencier les patients qui présentent un suintement post-défécatoire secondaire à une pathologie hémorroïdaire avancée, responsable d'un suintement ou soiling (différent des selles) ou encore une vidange rectale incomplète. En effet une constipation dite terminale (évacuation incomplète du rectum) est présente chez 38 à 80 % des patients incontinents ⁽⁷⁾.*
- *Avez-vous l'impression que quelque chose ressort de votre anus ? Avez-vous besoin de vous aider avec les doigts pour vider votre rectum ? Ces deux questions permettent d'éliminer un prolapsus rectal, un prolapsus hémorroïdaire ou un trouble de l'évacuation du rectum si les réponses sont négatives.*

Tableau 1 ► Facteurs de risques d'incontinence anale

(tirés des recommandations sur le traitement de l'incontinence anale de la Société Nationale Française de ColoProctologie publiées en 2014)

- | | |
|---|---|
| • Troubles du transit (diarrhée, constipation) | • Maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Crohn, rectocolite hémorragique) |
| • Vieillesse, institutionnalisation | • Prolapsus rectal |
| • Sexe féminin | • Antécédent de cholécystectomie |
| • Accouchement difficile (déchirure périnée, forceps) | • Diabète |
| • Chirurgie ano rectale | • Obésité morbide |
| • Radiothérapie | • Tabac |
| • Incontinence urinaire | • Maladie neurologique |

TEXTE PRÉSENTÉ AUX JOURNÉES POST-UNIVERSITAIRES DES SAGES-FEMMES
DES 13 ET 14 OCTOBRE 2016, AVEC LEUR AIMABLE AUTORISATION.

Tableau 2 ► SCORE DE JORGE ET WEXNER, COTÉ DE 0 À 20

Nature	Fréquence				
	0	> 1 mois	< 1 mois	< 1 semaine	= 1 jour
Selles solides	0	1	2	3	4
Selles liquides	0	1	2	3	4
Gaz	0	1	2	3	4
Garnitures	0	1	2	3	4
Qualité de vie	0	1	2	3	4

Le score de Jorge et Wexner (*tableau 2*), permet de quantifier l'incontinence anale à l'aide de cinq questions (0 = pas d'IA, 20 = IA sévère) et d'apprécier l'efficacité du traitement instauré. On considère que la qualité de vie est altérée si ce score est supérieur ou égal à 9/20 ⁽⁸⁾.

→ EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique peut se faire même sans matériel proctologique spécialisé: il se fait en position genu-pectorale ou en décubitus latéral, et sera complété par un examen en position gynécologique si nécessaire: il est en effet important de rechercher un trouble de la statique pelvienne chez la femme et une incontinence urinaire, pathologies fréquemment associées.

L'examen clinique débute par l'inspection de la marge anale: cicatrice de chirurgie anale, de périnée complet, anus béant, souillé de selles, pathologie hémorroïdaire avancée... En poussée, un prolapsus rectal peut être démasqué. Le toucher rectal apprécie le tonus anal de repos (nul, faible, normal) et la contraction volontaire du sphincter anal externe (nulle, faible, normale). Il permet d'éliminer la présence d'un fécalome. Une anoscopie complète ensuite cet examen à la recherche d'une pathologie hémorroïdaire et/ou rectale et apprécie la vacuité du rectum et l'intégrité de sa muqueuse.

→ EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Au terme de la première consultation pour incontinence anale, il n'est pas nécessaire dans la majorité des cas d'avoir recours à des examens complémentaires. Une coloscopie de dépistage doit être proposée si le patient a des antécédents personnels ou familiaux de polype ou de tumeur colique, des rectorragies, des troubles du transit récents.

Les examens complémentaires sont réalisés en seconde intention, après échec de la régulation du transit et de la rééducation périnéale, c'est-à-dire après l'échec du traitement médical de première intention.

Les trois examens les plus fréquemment demandés sont:

- **La manométrie ano-rectale** qui mesure la baisse de la pression de repos et l'insuffisance de la contraction sphinctérienne. Elle renseigne également sur la sensibilité et le volume du rectum.

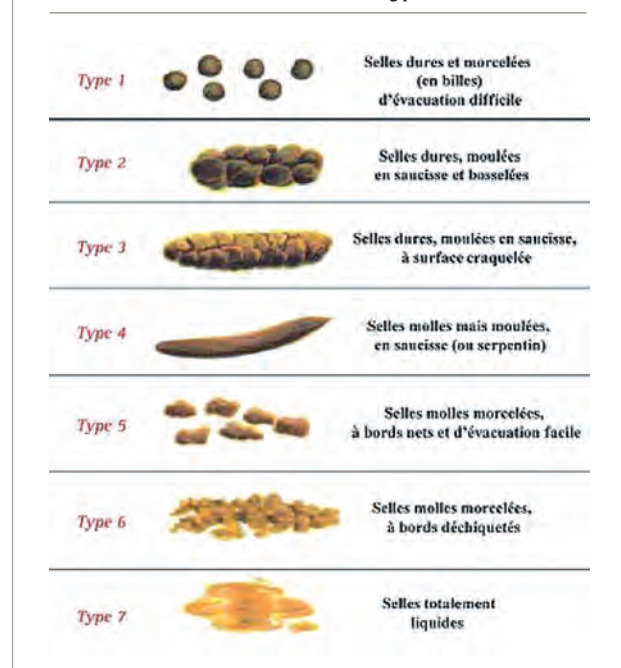
- **L'échographie endo-anale** qui permet de visualiser une rupture sphinctérienne et de la quantifier (sphincter interne et externe). Elle explore également l'intégrité de la sangle pubo-rectale.
- **La colpocystodéfécographie** ou, plus récente, la déféco-IRM sont des examens "dynamiques" qui, en opacifiant les trois filières (chez la femme) anale, vaginale et urinaire, au repos et en poussée, objectivent un trouble de la statique pelvienne à corriger chirurgicalement.

→ TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE ANALE

Au terme de la première consultation, sauf trouble de la statique pelvienne évident, un traitement médical pour réguler le transit et améliorer la vidange rectale est à proposer ⁽⁹⁾.

Les laxatifs de type mucilages ou osmotiques sont à privilégier, associés ou non à des suppositoires. Les mucilages vont "alourdir" les selles et faciliter leur progression dans

**Figure 1 ► Échelle de Bristol
un transit "idéal" est de type 4 ou 5**



le colon. Les laxatifs osmotiques vont hydrater les selles et les ramollir. Il est important de spécifier au patient que ce traitement est à suivre au long cours et qu'il n'y a pas de risque de toxicité ni d'accoutumance avec ce type de laxatifs. On peut associer aux laxatifs des suppositoires (de glycérine ou effervescents) à utiliser de préférence le matin afin d'assurer une "vidange" correcte du rectum et donc d'éviter un suintement de résidus de selles ("soiling") ou des fuites de selles au cours de la journée. Si, au contraire, le patient a un transit rapide avec des selles molles, voire liquides, des ralentisseurs du transit (de type lopéramide) et/ou des argiles seront préférables,

Il existe également des tampons anaux (figure 2), faciles d'utilisation, car ils ne nécessitent pas d'éducation particulière: le patient peut les utiliser quotidiennement ou pour une occasion particulière qui le tiendrait éloigné des toilettes. Il existe deux diamètres, le plus gros doit être prescrit en première intention.

L'efficacité du traitement est ensuite réévaluée avec le patient: s'il n'est pas suffisamment efficace, on peut proposer une rééducation ano-rectale pratiquée par un rééducateur spécialisé. La rééducation améliore les symptômes mais est souvent perçue comme contraignante et nécessite en général des séances d'entretien par la suite ⁽⁹⁾.

En cas d'échec de ce traitement de première ligne, le patient sera adressé dans un centre spécialisé de pelvipérinéologie pour une prise en charge pluridisciplinaire (associant proctologue, chirurgien urologue, radiologue, gynécologue, chirurgien digestif, rééducateur). On pourra lui proposer un traitement de deuxième ligne, après une discussion au cas par cas, toujours après avoir éliminé un trouble de la statique pelvienne à corriger chirurgicalement au préalable:

- **Des irrigations trans-anales**, traitement médical (figure 3) qui consiste à faire 2 à 3 fois par semaine des lavements du colon rétrogrades, grâce à un système fermé et qui, en assurant la vacuité du colon gauche, permet d'éviter les fuites de selles involontaires: ce système est souvent proposé aux patients ayant des maladies neurologiques. Il nécessite un apprentissage réalisé par une infirmière spécialisée mais est ensuite pratiqué par le patient. Il est contre-indiqué en cas de maladie inflammatoire chronique du côlon ou en cas de diverticulose en poussée. Il peut être une alternative à un traitement plus "invasif" ^(3, 10).
- **Une réparation sphinctérienne**, qui est un traitement chirurgical. Elle consiste à "réparer" une rupture du sphincter anal externe, si celle-ci est en général inférieure à 120 degrés. La suture se fait en paletot, après repérage des deux extrémités rompues du sphincter. L'efficacité de cette réparation est meilleure si elle est faite "à chaud". Ses résultats s'épuisent avec le temps et à dix ans, seuls 30 à 55 % des patients sont toujours continents ⁽¹¹⁾.

Figure 2 ► Tampon anal Peristeen (laboratoire Coloplast®) à insérer comme un suppositoire et à retirer comme un tampon



Figure 3 ► Matériel Peristeen (laboratoire Coloplast®) pour irrigation transanale



Figure 4 ► Neuromodulation des racines sacrées (système commercialisé par Medtronic®)

A: période test avec boîtier externe transitoire
B: implantation définitive du boîtier dans la fesse

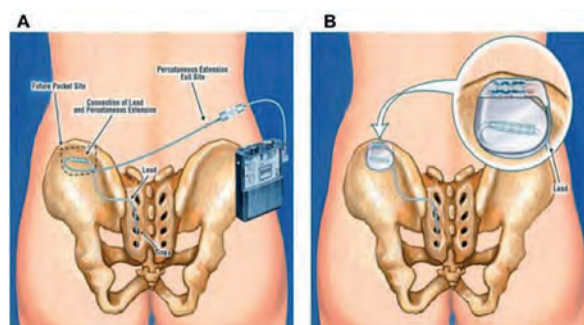
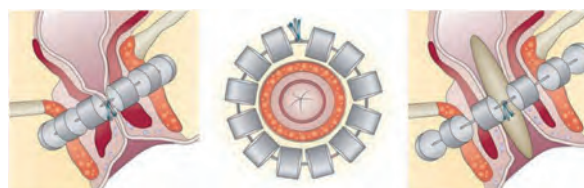


Figure 5 ► Sphincter magnétique (évaluation en cours)

Image 1 et 2: au repos - Image 3: en poussée





LES INCONTINENCES LÉGÈRES À MODÉRÉES SONT LE PLUS SOUVENT SOULAGÉES PAR LA RÉGULATION DU TRANSIT ET/OU UNE RÉÉDUCATION PÉRINÉALE.



- **Une neuromodulation des racines sacrées**, traitement médical et chirurgical. Cette technique consiste à stimuler les racines sacrées par l'intermédiaire d'une électrode implantée le plus souvent au niveau de S3 et reliée à un boîtier. L'implantation se fait sous anesthésie locale. Une période de test avec activation de la stimulation est réalisée pendant 2 à 3 semaines.

Si les épisodes de fuite de selles diminuent d'au moins 50 %, le test est considéré comme positif et le dispositif est implanté définitivement: on remplace alors le boîtier externe par un boîtier plus petit, implanté dans la fesse (figure 4). Le patient peut ensuite arrêter la stimulation si nécessaire et doit être prévenu des contre-indications liées à ce dispositif: IRM, portique sécurisé d'aéroport par exemple...).

Il n'y a pas, à l'heure actuelle, de critères prédictifs de bonne ou de mauvaise réponse. Le pourcentage de patients répondeurs (au moins 50 % d'amélioration) est évalué entre 50 et 70 %⁽¹²⁾. Un contrôle annuel est ensuite nécessaire pour vérifier la bonne marche du dispositif⁽¹³⁾.

- **Une pose d'un sphincter magnétique**, traitement chirurgical, en cours d'évaluation actuellement. Il s'agit d'insérer autour du canal anal, à sa partie basse, un anneau fait de petits aimants enfilés sur un fil. Au repos, les aimants sont collés les uns aux autres et assurent la continence, en poussée, ils s'écartent pour laisser passer les selles (figure 5).

→ CONCLUSION

L'incontinence anale est un symptôme fréquent, qui reste tabou. Les incontinences légères à modérées sont le plus souvent soulagées par la régulation du transit et/ou une rééducation périnéale. Les patients ayant une incontinence plus sévère peuvent bénéficier d'une prise en charge dans un centre spécialisé ou seront proposés des traitements médicaux ou chirurgicaux. La prévention de l'apparition des troubles reste cependant le traitement le plus efficace. •

RÉFÉRENCES

1. Denis P, Bercoff E, Bizien MF, et al. *Prevalence of anal incontinence in adults*. Gastroenterol Clin Biol. 1992; 16 (4): 344-50.
2. Macmillan AK, Merrie AE, Marshall RJ, et al. *The prevalence of fecal incontinence in community-dwelling adults: a systematic review of the literature*. Dis Colon Rectum. 2004 Aug; 47 (8): 1341-9.
3. Vitton V, Soudan D, Siproudhis L, et al. *Treatments of faecal incontinence: recommendations from the French national society of coloproctology*. Colorectal Dis. 2014 Mar; 16 (3): 159-66.
4. Damon H, Guye O, Seigneurin A et al. *Prevalence of anal incontinence in adults and impact on quality-of-life*. Gastroenterol Clin Biol. 2006 Jan; 30 (1): 37-43.
5. Piche T, Dapoigny M, Bouteloup C, et al. *French Gastroenterology Society. Recommendations for the clinical management and treatment of chronic constipation in adults*. Gastroenterol Clin Biol. 2007 Feb; 31 (2): 125-35.
6. Damon H1, Henry L, Barth X, et al. *Fecal incontinence in females with a past history of vaginal delivery: significance of anal sphincter defects detected by ultrasound*. Dis Colon Rectum. 2002 Nov; 45 (11): 1445-50.
7. Siproudhis L, Pigot F, Godeberge P, et al. *Defecation disorders: a French population survey*. Dis Colon Rectum. 2006 Feb; 49 (2): 219-27.
8. Jorge JM, Wexner SD. *Etiology and management of fecal incontinence*. Dis Colon Rectum. 1993; 36: 77-97.
9. Heymen S1, Pikarsky AJ, Weiss EG, et al. *A prospective randomized trial comparing four biofeedback techniques for patients with faecal incontinence*. Colorectal Dis. 2000 Apr; 2 (2): 88-92.
10. Damon H, Siproudhis L, Faucheron JL, et al. *Oralia Trial Group. Perineal retraining improves conservative treatment for faecal incontinence: a multicentre randomized study*. Dig Liver Dis. 2014 Mar; 46 (3): 237-42.
11. Bravo Gutierrez A, Madoff RD, Lowry AC, et al. *Long-term results of anterior sphincteroplasty*. Dis Colon Rectum. 2004 May; 47 (5): 727-31;
12. Boyle DJ, Murphy J, Gooneratne ML, et al. *Efficacy of sacral nerve stimulation for the treatment of fecal incontinence*. Dis Colon Rectum. 2011; 54: 1271-8.
13. Leroi AM, Parc Y, Lehur PA, et al. *Study Group. Efficacy of sacral nerve stimulation for fecal incontinence: results of a multicenter double-blind crossover study*. Ann Surg. 2005; 242: 662-9.

ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DES CÉSARIENNES CODE ROUGE AU CENTRE HOSPITALIER DE MONTAUBAN EN 2015

De nombreuses sociétés savantes ont défini des délais de "décision-naissance" souhaitables dans des cas d'extrêmes urgences obstétricales et/ou pédiatriques :

- L'*American Congress of Obstetricians and Gynecologists* et le *Royal College of Obstetricians et Gynecologists* préconisent un délai maximum de 30 minutes en cas de détresse maternelle ou fœtale sévère.
- La *German Society of Gynecology & Obstetrics* préconise, elle, un délai de 20 minutes.

Il n'existe pas, à ce jour en France, de recommandations officielles, mais les textes précisent que la réalisation d'une césarienne doit être faite dans des « *délais compatibles avec l'impératif de sécurité* » sans imposer arbitrairement un nombre de minutes.

Au Centre Hospitalier de Montauban, nous utilisons la classification de Lucas pour définir au mieux le degré d'urgence (*Tableau 1*). Nous avons établi des protocoles précis permettant la réalisation de césarienne urgente ou très urgente, et nous avons choisi un moyen de communication simple pour transmettre le degré d'urgence à tous les participants : c'est le système des codes couleur.

Faire face à l'extrême urgence est souvent difficile : il faut une bonne organisation, de l'anticipation et surtout une bonne communication.

Nous avons initié une réflexion pluridisciplinaire afin d'améliorer notre efficacité.

MOTS-CLÉS

Césarienne urgente, code couleur, délai décision-naissance.

Tableau 1 ► CLASSIFICATION DE LUCAS

CODE COULEUR	INDICATIONS	DÉLAI DÉCISION-NAISSANCE
ROUGE	RISQUE VITAL IMMÉDIAT MÈRE OU ENFANT <ul style="list-style-type: none"> • Bradycardie fœtale • Échec extraction instrumentale avec TRCF • Suspicion Hématome rétro-placentaire • Placenta praevia hémorragique • Suspicion rupture utérine • Procidence du cordon • Éclampsie 	< 15 MINUTES
ORANGE	RISQUE VITAL NON IMMÉDIAT MÈRE OU ENFANT <ul style="list-style-type: none"> • Anomalies du RCF • Échec d'extraction instrumentale sans TRCF 	< 30 MINUTES
VERT	PAS DE RISQUE VITAL <ul style="list-style-type: none"> • Échec de déclenchement • Stagnation de la dilatation ou de la présentation • Présentations dystociques • Patientes en travail spontané et ayant une césarienne programmée ultérieurement 	< 60 MINUTES

→ HISTORIQUE

Le travail est mené depuis 2011 dans la maternité de l'hôpital de Montauban. Il s'agit d'une maternité de type IIa qui effectue actuellement 800 accouchements par an.

Cette maternité comporte une salle de consultation d'urgence, une salle de pré-travail, deux salles d'accouchement et une salle d'opération contiguë aux salles d'accouchement.

Les sages-femmes (deux par garde) et l'anesthésiste assurent une présence permanente et l'obstétricien, le pédiatre et l'équipe du bloc opératoire sont en astreinte opérationnelle.

Nos réflexions et nos actions ont comporté plusieurs étapes :

- **En mars 2011** : nous avons instauré les “codes couleur” dans le service afin de nous fixer des objectifs de délai décision-naissance.

Nous avons constaté que les délais d'extraction, souvent trop longs, étaient liés essentiellement, non pas à la technique opératoire mais au délai de transfert des patientes en salle d'opération et à une mauvaise communication entre les différents intervenants.

- **En novembre 2014** : nous avons établi un protocole spécifique “Césarienne code rouge” avec les différents acteurs (obstétricien, sage-femme, équipe du bloc opératoire) et l'avons porté à la connaissance de tous les membres de l'équipe.

Nous avons également réévalué le matériel nécessaire et réalisé un “chariot d'urgence césarienne code rouge” complet, toujours prêt à l'emploi, placé en salle de césarienne.

Enfin, des exercices de simulation ont entraîné le personnel à s'organiser pour permettre de réagir de façon adéquate et en temps voulu aux situations d'urgence.

→ MATÉRIEL ET MÉTHODE

- Nous avons recensé les dossiers des patientes ayant bénéficié d'une césarienne “code rouge” en cours ou en dehors du travail, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2015, pour définir l'efficacité des équipes.

Les variables étudiées ont été les suivantes :

- **Les caractéristiques maternelles** : âge, parité, gestité, antécédents médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux significatifs.
 - **Les caractéristiques de la grossesse** : type de grossesse (unique/gémellaire), type de présentation fœtale, existence d'une pathologie au cours de la grossesse.
 - **Les caractéristiques du travail** : âge gestationnel, mode de déclenchement.
 - **Les caractéristiques de la césarienne** : indication(s), temps d'extraction (heures de décision et heures de naissance), mode d'anesthésie.
 - **Les caractéristiques néonatales** : poids, Apgar, Ph et lactates au cordon.
 - **Les complications materno-fœtales** : devenir des nouveau-nés (transfert en service de néonatalogie, réanimation en niveau III...), devenir des parturientes (hémorragies de la délivrance, transfert en service réanimation adulte...).
- Nous avons étudié de façon rétrospective les délais décision-naissance des césariennes code rouge.

Notre évaluation des pratiques ne s'est pas limitée aux délais de réalisation. Elle s'est aussi portée sur la pertinence des indications des codes couleurs, et sur l'identification des problèmes rencontrés allongeant le temps d'extraction de ces césariennes urgentes.

- Nous avons décidé de mettre en place une fiche d'analyse de dossier qui est remplie quotidiennement lors du staff pour toute césarienne urgente non programmée. Cette fiche permet d'évaluer la pertinence du code couleur, de vérifier que les délais fixés sont atteints avec une analyse au cas par cas, de mettre en évidence des lacunes et d'y porter remède.

- Nous avons présenté les résultats de notre “*Évaluation des Pratiques Professionnelles - Césarienne code rouge*” à l'ensemble du personnel impliqué dans la réalisation des césariennes urgentes. Après avoir montré un aperçu de nos pratiques, nous avons pu discuter et réfléchir ensemble à différents plans d'amélioration de notre activité clinique pour assurer une meilleure qualité et sécurité des soins.

→ RÉSULTATS

Notre taux total de césariennes est en 2015 de l'ordre de 25 %. Les césariennes non programmées représentent 71 % des césariennes dont 15 % de césariennes classées en “code rouge”, soit 3,7 % des accouchements.

Les délais de réalisation des césariennes code rouge (non reclassées)

Après recensement de tous les dossiers de césariennes urgentes de l'année 2015, voici les résultats obtenus (**avant relecture et analyse de la pertinence des codes couleur**) :

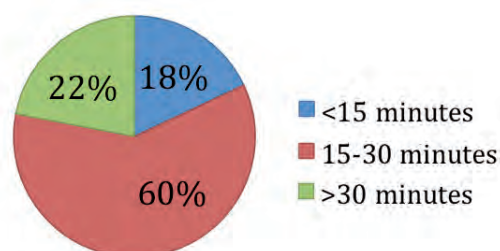
- Le délai décision-naissance moyen est de 23,4 minutes avec des extrêmes allant de 7 à 54 minutes.
- Nos objectifs de délais ne sont atteints que dans seulement 18 % des cas (*Graphique 1*).

Les indications des césariennes code rouge

Ces indications sont conformes à la classification de Lucas avec :

- 90 % de sauvetage fœtal dominés par les bradycardies supérieures à 5 minutes, les anomalies graves du rythme cardiaque fœtal (RCF) et les échecs d'extractions instrumentales avec anomalies du RCF.
- 10 % de sauvetage maternel, avec des cas d'éclampsies, HELLp syndromes sévères.

Graphique 1 ► Délai décision-naissance des césariennes code rouge non reclassées



Les résultats périnataux

Les résultats sont globalement bons car le taux de nouveau-nés dont le pH artériel au cordon est inférieur à 7,10 est de 13 %.

Cependant, nous avons constaté une influence de l'intervalle décision-extraction sur le pronostic fœtal ou pédiatrique (*Tableau 2*). En effet, nous avons trouvé que la prolongation du délai décision-naissance provoquait proportionnellement une acidémie fœtale et une augmentation du taux d'admission en service de néonatalogie.

Tableau 2 ► Influence du délai d'extraction sur les pH au cordon

	pH Artériel	pH Veineux
Extraction < 15 minutes	7,24	7,26
Extraction entre 15 et 30 minutes	7,20	7,22
Extraction > 30 minutes	7,09	7,10

Le pourcentage de nouveau-nés transférés en services de néonatalogie ou réanimation s'élève à 44 %.

13 enfants ont été concernés et 4 d'entre eux ont eu besoin d'être transférés dans un établissement de Niveau III (soit 13 % des enfants nés par césariennes code rouge).

Nous avons déploré trois décès fœtaux, tous indépendants de la vitesse d'exécution des césariennes. Ils s'expliquaient par des cas de grande prématurité (terme < 27 SA).

Les résultats maternels

Nous n'avons recensé aucune complication septique lors de ces césariennes en extrême urgence.

Le taux d'hémorragies de la délivrance du post-partum est de 10 % (trois cas n'ayant pas nécessité de transfert en service de réanimation adulte).

La pertinence des codes couleurs

Après étude et analyse au cas par cas des dossiers des césariennes urgentes, nous avons constaté que la classification code rouge était adaptée et salvatrice pour l'enfant ou la mère, dans 69 % des cas.

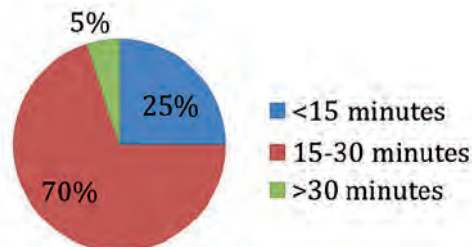
Cependant, neuf césariennes ont été reclassées :

- six en code orange pour des anomalies modérées du RCF,
- trois en code vert pour des anomalies isolées du RCF, et un cas de Hellp syndrome sans troubles du rythme cardiaque fœtal.

Dans 31 % des cas, l'indication d'une césarienne code rouge a été excessive. En effet, des situations ont été identifiées comme extrêmement urgentes alors qu'elles étaient en définitive de moindre urgence.

Précisons qu'il est toutefois toujours possible de transformer la couleur d'un code si la situation obstétricale s'améliore ou se dégrade.

Graphique 2 ► Délai décision-naissance des césariennes code rouge reclassées



Le temps d'extraction recalculé des "vraies césariennes code rouge"

Les résultats sont plus satisfaisants avec un délai moyen décision-naissance abaissé à 19 minutes (de 7 à 33 minutes).

L'objectif de délai est atteint dans 25 % des cas avec une extraction inférieure ou égale à 15 minutes (*Graphique 2*). Les dépassements de délais sont en général modérés : de quelques minutes (40 % des césariennes code rouge sont réalisées entre 15 et 20 minutes). Les dépassements importants sont exceptionnels (seuls deux cas ont pris plus de 30 minutes).

Les causes identifiées de retard dans la prise en charge

Les causes de dépassement de délai sont variées (*Tableau 3*) :

- difficultés organisationnelles (35 %),
- difficultés anesthésiques (25 %),
- difficultés opératoires (15 %),
- autres difficultés (10 %).

L'identification des facteurs ralentissant la prise en charge de l'urgence a permis de nous inscrire dans une dynamique globale d'amélioration de nos pratiques professionnelles.

→ DISCUSSION

Après analyse des causes d'allongement du temps d'extraction, nous nous sommes interrogés sur les moyens et actions que nous pourrions mettre en place pour améliorer notre efficacité face à l'urgence.

- Mise en place d'un brancard/table d'examen mobile en salle de consultation,
- Réaménagement de la salle de consultation pour un transfert plus rapide en salle d'opération,
- Rappel à l'ensemble du personnel concerné des délais d'extraction et affichage dans les salles de naissance et les salles de bloc opératoire,
- Mise en place d'une fiche d'analyse quotidienne en staff pour évaluer la pertinence des codes couleur (*graphique 3*),
- Projet de formation/exercice de simulation.

La problématique de l'urgence est au cœur des préoccupations de tous les obstétriciens et de toutes les structures. Il nous faut, en effet, savoir reconnaître les situations réellement urgentes et leur apporter une réponse adéquate dans les plus brefs délais, sans tomber dans l'interventionnisme excessif.

Tableau 3 ► Causes identifiées de l'allongement du temps d'extraction

NIVEAU ORGANISATIONNEL
<ul style="list-style-type: none"> • 1 cas de mauvaise identification du médecin responsable • Brancard non mobile en salle de consultation • Médecins remplaçants • Patiente prise en charge en urgence dans le service ou en salle de consultation (non perfusée...) • Attente équipe de bloc • Non-respect du protocole <i>Césarienne code rouge</i> (rasage, sondage, BAV...)
NIVEAU ANESTHÉSIQUE
<ul style="list-style-type: none"> • Réinjection rachianesthésie et délai d'efficacité en salle d'opération • Difficultés anesthésiques
NIVEAU OPÉRATOIRE
<ul style="list-style-type: none"> • Difficultés opératoires et/ou d'extraction (utilisation de spatules ou kiwi en cours de césarienne)

Notre étude, diffusée dans notre unité, a permis, permet et doit permettre de maintenir une réflexion multidisciplinaire au sein de notre service.

Cette évaluation des pratiques professionnelles pourrait s'appliquer à toutes les structures.

Pour ce faire, les procédures devront être rediffusées et redéfinies à tous, régulièrement, afin que chacun des acteurs acquière la même notion de l'urgence.

Des réunions d'analyse devront être tenues régulièrement, pour faire le point sur les dossiers présentant des problèmes pour identifier les difficultés rencontrées et proposer des solutions.

L'amélioration de la prise en charge des situations d'urgence obstétricales devra passer par une meilleure formation du personnel à reconnaître et à agir, face aux situations d'urgence.

Il semble aussi nécessaire d'améliorer la communication entre les différents intervenants pour permettre de synchroniser les actions de chacun et d'assurer une meilleure continuité des soins entre le bloc obstétrical et le bloc opératoire.

Enfin, il semble indispensable d'évaluer régulièrement la performance et l'évolution de nos équipes dans le futur par des études semblables.

→ CONCLUSION

Il semblait essentiel de réaliser un bilan de la performance de nos équipes concernant la bonne mise en œuvre des protocoles régissant les césariennes en urgence. La restitution de cette EPP ayant eu un impact positif sur l'ensemble des équipes soignantes concernées.

Graphique 3 ► Feuille analyse staff césariennes en urgence

CESARIENNES URGENTES ET/OU EN COURS DE TRAVAIL

ETIQUETTE PATIENTE :

DATE :

TERME :

En dehors du travail ☐

En cours de travail ☐

- Déclenchement ☐

- Travail spontané ☐

CODE : ROUGE ☐ ORANGE ☐ VERT ☐

INDICATION :

DELAI D'EXTRACTION : Minutes

- heure décision césarienne : h min

- heure de passage au bloc opératoire : h min

- heure de naissance : h min

DIFFICULTE(S) RENCONTREE(S) :

• Anesthésique :

• Opératoire :

• Organisationnelle :

• Autre(s) :

ENFANT :

APGAR : PH AO : LACTATES AO :

PERTINENCE CODE COULEUR :

Adapté ☐ Excessif ☐ Insuffisant ☐

CODE FINAL :

Le système de "code couleur" couplé à un protocole spécifique aux césariennes urgentes constitue un outil de communication simple, connu de tous, correspondant parfaitement au degré de l'urgence et permettant un gain de temps appréciable.

Il est toutefois incontestable qu'il est parfois difficile d'atteindre des objectifs satisfaisants du fait des modalités de fonctionnement des structures dans lesquelles on travaille. Il convient alors de rédiger des protocoles, de les évaluer afin de préciser régulièrement des objectifs de délai décision-naissance compatibles avec les conditions d'exercice.

La mise en place de ces protocoles spécifiques ne suffit pas à résoudre tous les problèmes et ne doit pas exonérer l'équipe de la plus grande rigueur dans la surveillance du travail et l'évaluation de l'état de l'enfant. •

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- CGNOF - *Recommandations pour la pratique clinique, césarienne : conséquences et indications*. 2000.
- DN. Lucas, SM. Yentis, SM. Kinsella, A. Holcroft, AE. May. *Urgency of cesarian section : a new classification*. J Royal Soc Med 2000 ; vol 93, 346-50.
- C. Huissoud, P. du Mesnil-dot, I. Sayegh, O. Dupuy, HJ. Clément, S. Thévenet, *La mise en œuvre des "codes couleur" réduit le délai décision-naissance des césariennes urgentes*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2009 ; vol 38, 51-59.

L'OFFRE DE SOINS EN GYNÉCOLOGIE

PROPOSÉE PAR LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES EXERÇANT DANS QUATRE DÉPARTEMENTS DE LA RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES : LE CANTAL, L'ISÈRE, LA LOIRE ET LA SAVOIE

L'accès aux soins et la lutte contre ses inégalités occupent une place prépondérante dans notre système de santé en France.

La loi Hôpital Patient SantéTerritoire du 21 juillet 2009 a donné une place plus importante à la médecine ambulatoire, à la coopération entre professionnels de santé et a élargi les compétences des sages-femmes dans le domaine de la gynécologie de prévention.

Ces mesures ont été réaffirmées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui a renforcé la place de la prévention.

Au niveau régional, l'Agence Régionale de Santé (ARS) est en charge de piloter et de mettre en œuvre cette politique nationale par le Projet Régional de Santé (PRS) qui prévoit un accès aux soins qui s'appuie sur l'offre libérale de premier recours et qui lutte contre les inégalités intra-régionales de santé.

Un état des lieux de la démographie des gynécologues, réalisé par l'ARS Rhône-Alpes en 2015, révélait que 96 % des gynécologues médicaux étaient âgés de 55 ans et plus, donc susceptibles de partir à la retraite dans les dix prochaines années. Malgré l'augmentation des places de gynécologie médicale ouvertes aux Épreuves Classantes Nationales (ECN) depuis 2011, le flux d'entrée ne permet pas de renouveler ces praticiens. Dans certains départements de la nouvelle région Auvergne-Rhône-Alpes, les projections démographiques laissent présager d'une augmentation de la population féminine âgée de 15 à 64 ans, cible des campagnes de prévention en gynécologie, dans les 10-15 prochaines années.

Nos recherches nous montrent que l'offre de soins (ODS) en gynécologie s'appuie majoritairement sur la médecine de ville, par les gynécologues médicaux et obstétriciens ; dans une moindre mesure, par les médecins généralistes et les sages-femmes depuis l'élargissement de leurs compétences dans ce domaine en 2009.

Nous nous sommes demandé quels étaient les leviers qui permettraient de maintenir cette offre de soins dans

la région et, notamment de connaître celle proposée par les sages-femmes libérales (SFL) en 2016.

Devant les difficultés à recueillir des données complètes sur l'activité en gynécologie de ces quatre professions de santé, et après en avoir étudié la démographie, nous avons décidé de mettre en place une étude dans quatre départements :

- Deux à plus faible densité de gynécologues médicaux et sages-femmes libéraux : le Cantal et la Loire.
- Deux à plus forte densité de ces professionnels : l'Isère et la Savoie.

Nous avons émis trois hypothèses

- Depuis 2009, les SFL se sont impliquées dans le domaine de la gynécologie de prévention et les diplômées depuis 2011 l'ont inscrite dans leur pratique.
- Les difficultés d'accès aux consultations par le gynécologue ont généré une augmentation du recours vers la SFL.
- Les SFL exerçant dans les départements à faible densité de gynécologues médicaux proposent une offre de soins en gynécologie plus importante que dans les départements à plus forte densité.

→ MÉTHODOLOGIE

L'objectif principal de notre étude était de décrire l'activité en gynécologie des SFL.

Notre objectif secondaire était de décrire les facteurs influençant cette pratique.

Nous avons mis en place une étude descriptive du 27 avril au 31 mai 2016 dans ces quatre départements.

Notre population cible était constituée des 270 sages-femmes en exercice libéral ou mixte exerçant dans ces départements. Elles devaient être inscrites aux tableaux des Conseils Départementaux de l'Ordre des Sages-Femmes (CDOSF) ainsi qu'au Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS). Nous avons choisi l'exhaustivité et n'avons pas inclus dans notre étude, les sages-femmes remplaçantes et les sages-femmes proposant une activité exclusive en soins infirmiers.

Au total, 249 sages-femmes étaient éligibles ; au final, 161 praticiennes ont été incluses dans notre étude.

MOTS-CLÉS

Démographie ; sages-femmes libérales ; gynécologie ; offre de soins ; Auvergne-Rhône-Alpes ; zonage ; mesures incitatives ; coopération.

Nous avons choisi d'adresser un questionnaire déclaratif informatisé à chaque sage-femme. Les variables étudiées concernaient les caractéristiques de la sage-femme, son exercice professionnel, son activité – particulièrement en gynécologie – avec les freins et les motivations à cette pratique ainsi que des commentaires libres.

Nous avons réalisé une analyse statistique uni et multi variée avec le logiciel Question Data.

→ RÉSULTATS

Le taux de participation était de 64,7 % des sages-femmes éligibles, représentant 59,6 % de notre population cible. Leur âge moyen était de 41,7 ans et 64 % d'entre elles exerçaient en libéral depuis moins de dix ans.

Activité de gynécologie

• Profil des sages-femmes libérales

L'offre de soins en gynécologie est proposée par 69 % des SFL. Leur moyenne d'âge est de 40,4 ans.

Les actes de gynécologie représentent un peu plus de 20 % de leur activité totale. Le premier motif de consultation invoqué par les patientes concerne la contraception (pour 97 % des sages-femmes), puis la consultation de suivi gynécologique (94 %), le dépistage des cancers gynécologiques et des Infections Sexuellement Transmissibles (66 %).

Parmi les sages-femmes diplômées depuis 2011, 89 % d'entre elles proposent cette offre de soins.

Les sages-femmes exerçant en zone rurale déclarent très majoritairement une activité de gynécologie (93 %),



LE PREMIER MOTIF DE CONSULTATION INVOQUÉ PAR LES PATIENTES CONCERNE LA CONTRACEPTION, PUIS LA CONSULTATION DE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE, LE DÉPISTAGE DES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES ET DES I.S.T.



ainsi que celles exerçant en zone semi-urbaine (75 %) puis en zone montagneuse (73 %). En zone urbaine, 55 % d'entre elles proposent cette offre de soins.

Elles exercent pour 71 % d'entre elles en cabinet individuel, 69 % en exercice groupé et 40 % en exercice mixte libéral/clinique.

Les sages-femmes libérales déclarent suivre en moyenne 96 femmes/an pour motif gynécologique et estiment que 26 % d'entre elles en moyenne, n'avaient pas de suivi antérieur par un médecin. Selon 96 % des praticiennes, la demande de suivi augmente depuis des mois, voire des années.

• Facteurs influençant cette pratique

Les SFL proposant cette activité ont une moyenne d'âge significativement plus basse que celles ne la proposant pas.

Les différents facteurs étudiés sont décrits dans les tableaux 1 et 2 (cf. ci-dessous et page suivante).

Tableau 1 ► Facteurs socioprofessionnels influençant la pratique d'une activité de gynécologie chez les sages-femmes libérales ayant participé à l'enquête et exerçant dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie entre le 27 avril et le 31 mai 2016 (n = 161)

	SFL Gynéco + (n = 111) (%) [IC 95 %]	SFL Gynéco - (n = 50) (%) [IC 95 %]	P
Sexe féminin (n = 152)	66 [57,8 - 73,3]	28 [21,1 - 34,9]	0.102*
Formation initiale (n = 161)			
• DE à partir de 2011 (n = 18)	89 [65,3 - 98,6]	11 [1,4 - 34,7]	0,0244
Lieu d'obtention du DE SF (n = 161)			0.308
• En AuRA (n = 107)	42 [34,4 - 49,6]	24 [17,4 - 30,6]	
• France Hors AuRA (n = 43)	20 [13,8 - 26,2]	7 [3,1 - 10,9]	
• U. E. (n = 10)	6 [2,3 - 9,7]	0 [0,0 - 0,0]	
• Hors U.E. (n = 1)	1 [0,0 - 2,5]	0 [0,0 - 0,0]	
Formation complémentaire (n = 92)			
• DU Gynéco - contraception + autres formations gynéco (n = 43)	25 [18,3 - 31,7]	1 [0,0 - 2,5]	0.00001
• DU (n = 69)	32 [24,8 - 39,2]	11 [6,2 - 15,8]	0.238

n = effectifs • IC 95 % = Intervalle de Confiance à 95 % • P = Test de CHI2 avec seuil de signification < 0,05

* Test de Fisher exact • DE = Diplôme d'Etat de Sage-femme

La zone d'installation du cabinet est apparue comme un facteur influençant cette activité de manière significative, ce qui n'a pas été le cas, ni au niveau du département selon la densité de gynécologues médicaux et sages-femmes, ni au niveau du zonage conventionnel.

• Facteurs influençant le recours vers la sage-femme libérale

Pour le motif d'orientation

- Le suivi d'une grossesse antérieure (94 %), le bouche-à-oreille (87 %) sont apparus comme premiers motifs.
- Le délai d'attente d'un rendez-vous chez le gynécologue (83 %) et la proximité géographique (77 %).
- L'adressage par le médecin généraliste est souligné par plus de la moitié des sages-femmes (56 %).

Pour les motifs principaux de l'augmentation de la demande, la démographie médicale apparaît comme premier motif (48 %), suivie par l'information sur les compétences des sages-femmes (26 %) et l'appréciation de leurs compétences relationnelles par les femmes (25 %).

• Continuité des soins

Parmi les sages-femmes proposant cette offre de soins, 12 % déclarent rencontrer des difficultés à adresser leurs patientes à un médecin lorsqu'elles ont dépisté une pathologie. Elles exercent majoritairement en zone très dotée, montagneuse ou rurale.

→ DISCUSSION

Les points faibles de notre étude concernent surtout le déclaratif sujet à de nombreux biais (mémoire, sous ou sur-estimation, entre autres), et le fait que nous n'ayons pas pu vérifier notre troisième hypothèse concernant l'offre de soins en gynécologie à l'échelle du département selon la densité de gynécologues médicaux.

Les principaux points forts concernent la représentativité des sages-femmes répondantes en comparaison de notre population cible.

Nous avons pu vérifier nos deux premières hypothèses. Le taux des 69 % des SFL proposant cette offre de soins en gynécologie et les 25 % de sages-femmes qui ne la proposent pas encore mais déclarent vouloir se former, montrent la motivation et l'intérêt portés par les SFL à ce domaine de compétence.

L'impact de la formation initiale et complémentaire est apparu comme un levier à ne pas négliger. Cette dernière doit être accessible aux sages-femmes afin de garantir une qualité et une sécurité des soins pour toutes les femmes qui leur confient leur suivi gynécologique.

Ces résultats nous montrent que la SFL représente un acteur de prévention pour la santé génésique des femmes, notamment les plus éloignées géographiquement des équipements de santé et celles qui ne

Tableau 2 ► Facteurs liés à l'exercice professionnel influençant la pratique d'une activité de gynécologie chez les sages-femmes libérales ayant participé à l'enquête et exerçant dans le Cantal, la Loire, l'Isère et la Savoie entre le 27 avril et le 31 mai 2016 (n = 161)

	SFL Gynéco + (n = 111) (%) [IC 95 %]	SFL Gynéco – (n = 50) (%) [IC 95 %]	p
Exercice libéral (n = 161)			
Situation cabinet			
• Zone rurale (n = 28)	16 [10,3 - 21,7]	1 [0,0 - 2,5]	0.002
• Zone urbaine (n = 74)	26 [18,3 - 31,7]	21 [13,8 - 26,2]	
• Zone semi-urbaine (n = 48)	22 [15,6 - 28,4]	7 [3,1 - 10,9]	
• Zone montagneuse (n = 11)	5 [1,6 - 8,4]	2 [0,0 - 4,2]	
Départements (n = 161)			
• Faible densité médicale (n = 41)	19 [12,9 - 25,1]	7 [3,1 - 10,9]	0.498
• Forte densité médicale (n = 120)	50 [42,3 - 57,7]	24 [17,4 - 30,6]	
Zonage conventionnel (n = 161)			
• Moins 350 naissances (n = 0)	0 [0,0 - 0,0]	0 [0,0 - 0,0]	0.628
• Très sous-doté (n = 10)	4 [1,0 - 7,0]	2 [0,0 - 4,2]	
• Sous-doté (n = 0)	0 [0,0 - 0,0]	0 [0,0 - 0,0]	
• Intermédiaire (n = 57)	26 [19,2 - 32,8]	9 [4,6 - 13,4]	
• Très doté (n = 3)	2 [0,0 - 4,2]	0 [0,0 - 0,0]	
• Sur-doté (n = 91)	37 [29,5 - 44,5]	20 [13,8 - 26,2]	
Mode d'installation (n = 161)			
• Cabinet individuel (n = 85)	38 [30,5 - 45,5]	15 [9,5 - 20,5]	0.052
• Exercice groupé (n = 71)	30 [22,9 - 37,1]	14 [8,6 - 19,4]	
• Clinique (n = 5)	1 [0,0 - 2,5]	2 [0,0 - 4,2]	

n = effectifs • IC 95 % = Intervalle de Confiance à 95 %

P = Test de CHI2 avec seuil de signification < 0,05

bénéficient d'aucun suivi par un médecin. Elle contribue ainsi à la réduction des inégalités d'accès aux soins. L'information sur les compétences et les coordonnées des SFL constitue un levier important qui doit être amélioré (campagne 2016). Notre étude laisse apparaître l'impact des mesures prises depuis 2012 (PRADO, Parcours de soins des grossesses à bas risque plaçant la sage-femme comme acteur de premier recours).

La coopération avec les médecins généralistes apparaît comme effective dans certains secteurs puisque les praticiens exerçant dans les zones très sous-dotées adressent plus fréquemment leurs patientes aux SFL pour leur suivi gynécologique de manière significative (p = 0,022). Cette coopération doit cependant être améliorée, particulièrement avec les gynécologues, afin de garantir une fluidité du parcours de soins des femmes entre le premier et le deuxième recours. Ce point

questionne également la place du médecin généraliste comme professionnel pivot de ce parcours.

Ces éléments d'analyse nous ont amenés à émettre plusieurs préconisations :

- Le nombre exponentiel de nouvelles installations de SFL ces dix dernières années laisse apparaître la nécessité de maintenir une régulation de ces installations afin de garantir une répartition adaptée aux besoins des femmes et des familles. Ainsi, à l'instar des sages-femmes échographistes, les SFL justifiant d'une formation en gynécologie reconnue par le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) et l'Agence Nationale du DPC (ANDPC), pourraient bénéficier d'une dérogation à l'installation. Celle-ci serait soumise à l'étude de l'offre de soins en gynécologie existante et de la densité de femmes âgées de 15–64 ans, sous réserve que la SFL consacre une part de son activité à cette pratique.
- Les SFL exerçant en zone rurale et montagneuse proposent une offre de soins en gynécologie plus conséquente. Le Contrat d'Engagement de Service Public (CESP) pourrait être étendu aux étudiants désireux de s'installer dans des zones fragiles et de vigilance afin de proposer cette offre de soins aux femmes les plus éloignées des équipements. Ce CESP favoriserait la coopération des SFL avec les médecins et autres professionnels de santé.
- L'importance du travail en réseau n'étant plus à démontrer, l'installation en Maison de Santé Pluridisciplinaire, uni ou multi-site, pourrait permettre aux SFL de participer au projet de santé de territoire, de répondre à un besoin des femmes et des familles, de faciliter cette coopération interprofessionnelle. Ce mode d'installation faciliterait la fluidité du parcours de soins des femmes, permettrait une clarification de la place de chaque professionnel en facilitant l'accès à la formation et à la recherche pour les SFL.

→ **CONCLUSION**

Les sages-femmes libérales participent déjà à l'offre de soins en gynécologie dans ces quatre départements. Leurs compétences semblent mieux repérées par les femmes et les professionnels. Cependant, devant le nombre important de nouvelles installations ces dix dernières années, des mesures de régulation et d'incitation à l'installation dans des Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP) représentent un levier au maintien de cette offre de soins dans les années à venir. Afin de permettre une adaptation démographique aux besoins des femmes et des familles dans notre région, des études sur l'activité et le recours vers la sage-femme libérale, possible par la mise en place de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) Sage-femme depuis mars 2016, seront à mener dans les mois et années à venir. •

LL

... L'INSTALLATION EN MAISON DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE, UNI OU MULTI-SITE, POURRAIT PERMETTRE AUX SFL DE PARTICIPER AU PROJET DE SANTÉ DE TERRITOIRE...

77

REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait pas été possible sans le concours de Madame Chantal Seguin, Sage-femme Directrice de l'École de Sages-femmes de Grenoble, qui a initié ce travail et accepté de diriger mon Mémoire ainsi qu'à Madame le Docteur Géraldine JANODY, Médecin de Santé Publique à l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes (AuRA), qui m'a accueillie durant mes quatre mois de stage et a facilité la réalisation de cette étude. Je leur adresse un grand Merci sans oublier Mesdames Rachel GARWIG et Aurélie CARDOSO, statisticiennes à l'ARS AuRA ainsi qu'à tous les professionnels de la Direction de l'Offre de Soins à l'ARS AuRA.

Un Merci particulier à toute l'équipe pédagogique du Master de Santé Publique - Périnatalité de l'Université de Bourgogne ainsi qu'à tous les étudiants de la promotion PMP 2014-2016 pour leur soutien durant ces deux années.



mercredi 17 mai 2017

8h45 : Séance inaugurale

9h30 : Table ronde **GESTION DU TRAVAIL PHYSIOLOGIQUE**

Modérateur : Charlotte ROQUILLON (Paris)

- **Définition du bas risque obstétrical** - Bénédicte COULM (Paris)
- **Définition du travail** - Patrick ROZENBERG (Poissy)
- **Prise en charge du travail chez les patientes à bas risques - cas cliniques** - Charlotte ROQUILLON (Paris)
- **Gestion des efforts expulsifs** - Camille LE RAY (Paris)

13h00 : Déjeuner

14h30 : Table ronde **PROMOTION DE LA SANTE**

Modérateur : Marie - Christine LEYMARIE (Clermont Ferrand)

- **Prévention de l'allergie chez le nouveau-né** - Patrick TOUNIAN (Paris)
- **Activité physique de la femme enceinte** - Patrick LAURE (Nancy)
- **Education à la santé bucco-dentaire de la femme enceinte à la petite enfance** - Elisa TRAMUS (Metz)
- **Conseils pratiques en santé environnementale pour protéger la femme enceinte et le nouveau-né** - Mélanie CHEVALIER (Nancy)

jeudi 18 mai 2017

9h00 : Table ronde **RYTHME CARDIAQUE FŒTAL**

Modérateur : Laurence MIRABEL (Strasbourg)

- **Rappels physiopathologiques et indications de l'enregistrement cardio tocomographique pendant la grossesse et le travail** - Olivier MOREL (Nancy)
- **Rythme cardiaque fœtal en continu et discontinu** - Christine MORIN (Bordeaux)
- **Analyse et interprétation du RCF pendant la grossesse et pendant le travail** - Laurence MIRABEL (Strasbourg)
- **Cas cliniques** - Laurence MIRABEL et Laurent BOUGUES (Strasbourg)

12h30 : Déjeuner

14h00 : **PRÉSENTATION DU MÉMOIRE LAURÉAT DU GRAND PRIX ÉVIAN DES ÉCOLES DE SAGES-FEMMES**

14h30 : Table ronde **ETHIQUE ET BIENTRAITANCE DANS LA RELATION DE SOIN AUTOUR DE LA MATERNITE**

Modérateur :

- **L'éthique du *care* : une philosophie du soin ?** Sébastien KLAM (Metz)
- **Dépistage d'une mère en difficultés relationnelles avec son enfant en maternité** - Anne DANION (Strasbourg)
- **La bientraitance en maternité** - Nadège HALBUTIER (Verdun)
- **La bientraitance du nouveau-né** - Chantal PROBST (Strasbourg)

vendredi 19 mai 2017

9h00 : Table ronde **DEPISTAGES ET HANDICAP**

Modérateur : Anne-Marie CURAT (Paris)

- **Découverte fortuite d'anomalies à la naissance, conduite à tenir immédiate** - Nicolas BILLAUD (Metz)
- **Dépistage de la surdité, prise en charge** - Laurent COFFINET (Nancy)
- **Quel avenir pour le dépistage néonatal en France ?** Anne-Marie CURAT (Paris)
- **Impacts psychiques lors d'une annonce à l'échographie** - Dominique MERG ESSADI (Strasbourg)

12h30 : Déjeuner

14h00 : Table ronde **ACTUALITÉS**

Modérateur : Yvette WALLERICH (Metz)

- **Infections urinaires : mise à jour** - Adrien GAUDINEAU (Strasbourg)
- **Les bases médico-administratives : nouvel outil pour la surveillance épidémiologique en périnatalité** - Jeanne FRESSON (Nancy)
- **L'accouchement ambulatoire, projet de recherche en maïeutique au CHR Metz-Thionville** - Yvette WALLERICH (Metz)

*sous réserve de modifications

17 - 18 - 19 mai 2017

ATELIERS PRATIQUES

- SUTURES PÉRINÉALES • ECHOGRAPHIE • RÉANIMATION NÉONATALE • ANALYSE DU RYTHME CARDIAQUE FŒTAL EN SALLE DE NAISSANCE • MANŒUVRES OBSTÉTRICALES • PRATIQUES CONTRACEPTIVES - POSE DE DIU-IMPLANTS • SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DE PRÉVENTION-FROTTIS-EXAMEN DES SEINS • DEPISTAGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES • ENCADREMENT DES ÉTUDIANTS

BASES DE DONNÉES EN SANTÉ & MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

APPLICATION À LA PHARMACOLOGIE DE LA FEMME ENCEINTE OU ALLAITANTE

INTRODUCTION

Les enseignements de pharmacologie dans le cursus universitaire de la sage-femme occupent un volume horaire modeste. Il n'est pas possible de transmettre une information exhaustive sur les médicaments couramment prescrits chez la femme enceinte ou allaitante. De plus, la formation initiale ne peut aborder tous les aspects ou questions auxquelles seront confrontés les futurs professionnels ⁽¹⁾. En effet, les stratégies thérapeutiques évoluent avec le temps, au fur et à mesure des progrès scientifiques. Certains médicaments sont retirés du marché par les autorités sanitaires. À l'inverse, des molécules récentes sont autorisées par l'Agence Européenne du Médicament (EMA), faisant évoluer constamment le paysage pharmacologique. La mouvance perpétuelle en médecine et en sciences pharmaceutiques impose une mise à jour continue des connaissances pharmacologiques pour les professionnels de santé. Il est donc primordial d'avoir une méthodologie de recherche documentaire fiable et performante, pour actualiser ses connaissances d'une part, et répondre à des problématiques de terrain d'autre part.

Face à la multiplicité des sources d'information ; il est nécessaire pour les professionnels et étudiants en formation de recueillir une information fiable de qualité. Pour ce faire, le processus de recherche documentaire doit être maîtrisé. Cela implique de connaître et savoir utiliser les bases de données médicales et les ressources documentaires en pharmacologie.

OBJECTIFS

- Conduire un processus de recherche documentaire efficace pour recueillir des informations relatives à la pharmacologie maïeutique ;
- Savoir utiliser en routine des bases de données comme le dictionnaire Vidal®, le Thériaque et le site internet du centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT).

BASES DE DONNÉES DOCUMENTAIRES EN SANTÉ

Les bases de données relatives aux médicaments fournissent de nombreuses informations pharmacologiques permettant d'éclairer le professionnel dans la prise de décision clinique ⁽²⁾.

Il est alors **important de connaître les ressources numériques en ligne** permettant de répondre à une problématique relative au médicament. Citons, de manière non exhaustive, les bases suivantes : le Vidal®, la base Thériaque® ⁽³⁾, la base de données publiques des médicaments, Micromedex, le site du CRAT, le site Guide de Prescription et Rein (GPR)...

Pour compléter la recherche d'informations, **les bases de données scientifiques** suivantes peuvent être employées : PubMed, Sciences Direct, EM Premium, Cochrane library, Google Scholar...

De plus, **les recommandations des sociétés savantes** apportent un éclairage sur le

niveau de preuve d'une substance active dans une stratégie de prise en charge. Dans le secteur des sciences maïeutiques, citons de manière non exhaustive les sociétés savantes suivantes :

- Le collège national des gynécologues-obstétriciens français,
- La société française de médecine périnatale,
- Le collectif interassociatif autour de la naissance,
- Le collège national des sages-femmes.

Enfin, **les autorités sanitaires** comme la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) et l'Institut de Veille Sanitaire apportent de précieuses informations. Le Service Médical Rendu (SMR) et l'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) pour un médicament donné dans une indication précise sont des éléments importants à intégrer.

D'autres sources peuvent être consultées, celles citées précédemment ne constituent pas une liste exhaustive. Cependant, une attention particulière doit être apportée sur la fiabilité et la qualité de la source documentaire. Pour vérifier la fiabilité d'une source numérique, **il est important de rechercher la présence du sceau : HONcode**. Les sites Web médicaux et de santé « certifiés » HON adhèrent à une charte informatique et respectent des principes de bonne conduite élaborés par la fondation Health On the Net Foundation.

Enfin, pour confirmer une information apportée par une source, il est important

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

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

N° agrément SS : 77 260 273 6



de la croiser en recoupant deux ou trois sources différentes.

Après avoir passé en revue quelques sources d'informations médicales, nous allons aborder la méthodologie à adopter pour obtenir l'information souhaitée.

FOCUS SUR UNE RESSOURCE PHARMACOLOGIQUE: LE DICTIONNAIRE VIDAL®

Le Vidal® fournit une information synthétique fiable sur les médicaments commercialisés (ayant une autorisation de mise sur le marché - AMM).

Pour chaque médicament, une fiche synthétique du résumé des caractéristiques du produit (RCP) informe sur : les indications thérapeutiques, les contre-indications, les modalités d'utilisation, les effets indésirables, etc. Une analyse des interactions médicamenteuses est possible en ligne.

Malgré l'information validée et synthétique fournie par cette ressource, l'usage hors AMM n'y figure pas.

■ Prenons l'exemple de la menace d'accouchement prématuré (MAP) traitée par Nicardipine.

Le RCP de l'inhibiteur calcique ne mentionne pas son usage de tocolytique pour la prise en charge des MAP. La rubrique "posologie" ne renseignera pas la dose à employer face à cette situation clinique. En effet, l'inhibiteur calcique a été développé lors des essais cliniques pour traiter des indications comme l'hypertension artérielle et l'angor. Il est alors nécessaire d'engager une recherche complémentaire pour connaître la dose tocolytique efficace non toxique de la nicardipine.

FOCUS SUR LE CRAT

Le Centre de Référence des Agents Tératogènes (CRAT) renseigne sur **les risques tératogènes ou fœtotoxiques de divers agents en cours de grossesse :** médicaments, radiations, virus, expositions professionnelles et environnementales...

En plus des informations relatives à la grossesse, **la question de la femme allaitante est abordée :** les risques d'expositions diverses en cours d'allaitement comme les médicaments, les vaccins, ou les radiations sont traités.

Tableau I > Ressources numériques à consulter face à une problématique donnée

Interrogation	Ressource	Ressource alternative
Posologie (AMM)	Vidal®	Thériaque
Administration (AMM)	Vidal®	Thériaque
Grossesse	CRAT	GPR
Allaitement	CRAT	GPR
Hors AMM	PubMed	Cochrane Library

MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Face à une interrogation, le prérequis incontournable est la formulation de la question. Face à une problématique d'ordre pharmacologique chez la femme enceinte ou allaitante, la méthodologie de recherche documentaire devra suivre quelques règles.

La recherche devra s'effectuer en Dénomination Commune Internationale (DCI). Des mots-clés en français ou en anglais devront être employés. La littérature anglophone étant plus abondante, il est recommandé d'employer les termes MeSH (Medical Subject Headings). Il s'agit du thésaurus de référence dans le domaine biomédical. La National Library of Medicine le met à jour chaque année et l'utilise pour indexer et permettre d'interroger ses bases de données, comme MEDLINE/PubMed.

Pour affiner sa recherche, **il est important de choisir entre les mots-clés, les bons opérateurs booléens et les bons opérateurs de troncature.**

EN PRATIQUE FACE À UNE QUESTION

Quelle(s) ressource(s) consultée(s) pour la résolution de problèmes face à une question pharmacologique chez la femme enceinte ou allaitante ?

Une première question à se poser est de savoir **si le traitement employé est dans le cadre de son indication "AMM" :** auquel cas les bases Vidal® ou Thériaque® apporteront une information suffisante.

Dans le cas où le traitement est employé dans une indication "hors AMM" : il est nécessaire d'engager une recherche complémentaire. Le niveau de preuve et le recul d'utilisation doivent être vérifiés par le

professionnel de santé. Le CRAT permettra d'apporter une information sur la sécurité d'emploi, tandis que les recommandations des sociétés savantes apporteront une information sur le positionnement du médicament dans la stratégie thérapeutique. Le tableau 1 met en face de chaque problématique une ressource numérique fiable à consulter et une ressource alternative.

En conclusion, pour éclairer la prise de décision thérapeutique, le professionnel doit avoir le réflexe de consulter les ressources documentaires médicamenteuses. Ces ressources sont également des supports de formation continue pour mettre à jour les connaissances pharmacologiques. •

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Favre N, Kramer C. *La recherche documentaire au service des sciences infirmières*. Initiatives Santé; 2013.
2. Clauson KA, Marsh WA, Polen HH, Seamon MJ, Ortiz BI. *Clinical decision support tools: analysis of on line drug information databases*. BMC Med Inform Decis Mak. 2007; 7 (1): 1.
3. Husson M-C. *Thériaque®: base de données indépendante sur le médicament, outil de bon usage pour les professionnels de santé*. Annales Pharmaceutiques Françaises. Elsevier; 2008. p. 268 – 277.

Management inadéquat de l'encadrement? De quoi parle-t-on ?

→ **S'il est pertinent de parler aujourd'hui des conditions de travail particulièrement complexes dans notre environnement hospitalier, il est également intéressant de s'interroger sur les relations interprofessionnelles entre l'encadrement et les équipes soignantes.**

COMMENT REPÉRER CERTAINES PRATIQUES MANAGÉRIALES INADÉQUATES?

Les soignants se trouvent dans un environnement contraint, source de situations de tensions au travail, car l'enjeu consiste à apporter une amélioration constante et croissante de la qualité des soins dans un contexte de renforcement de leurs responsabilités.

Pourtant, parmi les acteurs très impliqués dans l'organisation des soins et la coordination des professionnels dans un service de soins, l'encadrement soignant joue un rôle essentiel. Les Cadres de Santé assument une fonction managériale dite de "proximité", ce qui pourrait sembler contradictoire, par moments, tellement les Cadres sont sollicités quotidiennement : ils sont soumis, parfois, à des injonctions paradoxales pouvant impacter sur la qualité des relations interprofessionnelles qu'ils doivent entretenir auprès des équipes.

D'ailleurs, l'infirmière peut facilement repérer quelques signes de vulnérabilité managériale, lorsque le Cadre se sent justement phagocyté dans une spirale de contraintes de toutes natures, qui réduit considérablement son temps précieux consacré à "l'encadrement de proximité" des soignants.

Prenons le témoignage d'Amandine, 26 ans, IDE depuis 4 ans, Service SLD, Centre Hospitalier Parisien

"Je suis infirmière dans un CHU en Ile-de-France et je travaille dans une unité de soins de longue durée auprès de 75 résidents répartis entre 3 unités de 25 lits. Mon quotidien est rythmé sur un temps de travail en 12 heures. Ma journée commence à 8 heures et s'intensifie, voire se détériore, au fur et à mesure que la journée se déroule : une résidente de 80 ans fait un arrêt cardio-respiratoire en début de matinée, une autre est signalée pour une chute de son lit en milieu d'après-midi, une famille souhaite parler à l'infirmière du service car elle s'inquiète de la perte d'appétit de leur proche, un médecin m'attend impatiemment pour faire la visite des résidents.

Les tâches s'accumulent au fil de l'eau jusqu'à 20 heures, me laissant un sentiment d'un travail inachevé, ce qui provoque en moi un sentiment de découragement... J'aimerais vraiment pouvoir parler de la pénibilité de mon travail avec ma Cadre de Santé... Mais, voilà, elle est aussi débordée et donc peu disponible pour entendre mes difficultés. Parfois, j'ai le sentiment de mal faire mon travail... »

Aussi, sans vouloir stigmatiser ni porter un jugement inopportun pouvant heurter la légitimité de cette fonction indispensable pour une équipe, il est néanmoins possible, pour l'infirmière, d'identifier quelques "pratiques managériales inappropriées", voire inadéquates. C'est ce que nous aborderons dans notre prochain article.

PRÉSENTATION DE L'AUTEUR

Jean-Luc STANISLAS est créateur associé du site www.managersante.com
Auteur de l'ouvrage « *Le management stratégique des cadres hospitaliers en mutation* », Éditions Universitaires Européennes, mars 2016. Cadre Supérieur de Santé, (93), Consultant Leadership. Master "Économie, Gestion et Management de la Santé", Université Paris-Dauphine.



CHARGE ÉMOTIONNELLE DES SOIGNANTS À L'HÔPITAL & MANAGEMENT INADÉQUAT DE L'ENCADREMENT

Dans les contextes de travail marqués par de fortes charges émotionnelles en lien avec l'intensité des activités de soins, impactant les organisations sous tensions, il n'est pas exceptionnel de repérer quelques pratiques pouvant entraîner un malaise dans les relations interprofessionnelles entre le manager et les équipes soignantes.

Prenons quelques modes opératoires "ordinaires" qui, lorsqu'ils deviennent trop excessifs ou récurrents, mettent en évidence le risque de "dérives managériales"

- Le fait que le Cadre **adopte des comportements d'affinité** auprès de certains professionnels au détriment d'autres ;
- Le fait qu'il **mobilise essentiellement une fonction de contrôle sur le résultat des tâches réalisées par les soignants**, au détriment de la valorisation des soins réalisés ;
- Le fait qu'il **privilégie de manière systématique l'outil informatique et les formes d'évaluations procédurales** comme modalités de valorisation du travail prescrit du soignant au détriment de l'appréciation du travail réel ;
- Le fait qu'il **ne prenne pas suffisamment en compte la parole des soignants** exprimant un désaccord ou une situation difficile qui n'est pas perçue aisément par l'encadrement ;
- Le fait qu'il **propose une forme de management individuel plus que collectif**, source de tensions au sein de l'équipe qui a besoin d'un sentiment d'appartenance au service de la cohésion du groupe ;
- Le fait qu'il **n'associe pas suffisamment les soignants dans les projets de service** pouvant entraîner un sentiment de non-reconnaissance, voire de démotivation latente ou manifeste ;
- Le fait qu'il **augmente régulièrement le niveau d'implication des soignants** (sécurité, qualité, continuité, responsabilité...) sans pour autant être dans une juste appréciation des ressources disponibles de l'organisation ;
- Le fait qu'il **ne soit pas en mesure d'anticiper la régulation des dysfonctionnements organisationnels** pouvant altérer les conditions de travail des professionnels soignants, déjà soutenues ;
- Le fait qu'il **ne propose pas d'intervenir rapidement dans une situation de tension interpersonnelle** ou bien en adoptant une position trop subjective et ferme sans analyse approfondie ;
- Le fait qu'il **ne se rende pas suffisamment disponible** lorsqu'un professionnel ou une équipe souhaite exprimer un sentiment d'insatisfaction au regard d'un événement indésirable ;
- Le fait que le Cadre **soit, lui-même, souvent sous tension**, pouvant se traduire par une certaine susceptibilité ou une sensibilité émotionnelle, facteur de risque d'épuisement professionnel.

Pour autant, les soignants ont besoin d'être reconnus dans leur métier, compte tenu de la mission si singulière

LL

Les soignants ont besoin d'être reconnus dans leur métier, compte tenu de la mission si singulière de soigner la personne soignée en souffrance.

77

de soigner la personne soignée en souffrance. Il en résulte que cette réalité de travail doit être en permanence explicitée et soutenue par l'encadrement, pour préserver l'intégrité de la cohésion d'une équipe et favoriser l'amélioration de la qualité des soins, la sécurité du patient, en assurant une bonne régulation des relations interpersonnelles dans les collectifs de travail.

COMMENT REPÉRER LES SIGNES D'UN MANAGEMENT DIT "PATHOGÈNE" ?

Dans toute organisation du travail dans laquelle les relations interprofessionnelles sont particulièrement complexes ou difficiles, il est important, en prévention des risques psychosociaux, de repérer les facteurs de risque de "management inadéquat", voire pathogènes.

L'équipe soignante peut repérer ces signes de management dit "pathogènes", bien décrits par Marie PEZE, pouvant nuire à son équilibre psychique et physique au travail :

- **« Le détournement du lien de subordination :** incivilités à caractère vexatoire, refus de dialoguer, remarques insidieuses ou injurieuses, mots blessants, dénigrement et volonté de ridiculiser, moqueries.
- **Le détournement des règles disciplinaires :** sanctions injustifiées basées sur des faits inexistantes ou véniels ; atteinte aux avancements de grade et d'échelon, aux demandes de formation professionnelle ; évaluation et notation abusives.
- **Le détournement du pouvoir de direction :** isoler, ne pas donner de travail, fixer des objectifs irréalisables, confier du travail inutile, changer arbitrairement d'affectation.
- **Le détournement du pouvoir d'organisation :** modifier arbitrairement les conditions de travail ou les attributions essentielles du poste de travail ».

Cependant, le personnel d'encadrement n'est pas responsable des défaillances d'une organisation de service qui n'est pas soutenue par l'institution. Ce faisant, le management de proximité risque, dans ce contexte, de voir son travail de régulation empêché, faute de ressources.

À force d'être trop sollicité en appui de ce travail aux frontières (remontée d'informations de gestion, construction de projet), il ne lui reste que très peu de disponibilités pour tenir son rôle de régulateur auprès de l'équipe. Cette situation accapare le Cadre dans cette spirale de gestion, ce qui se traduit parfois par une souffrance des soignants liée à l'absence de proximité du Cadre de Santé dans le service.

L'encadrement n'est pas épargné de cette spirale de tensions pouvant aller jusqu'à l'épuisement professionnel.



En conclusion, devant la complexité des organisations hospitalières, la prévention des dérives managériales est l'affaire de tous les managers. La promotion du bien-être au travail repose donc sur le principe de bienveillance mutuelle de chaque professionnel. Et ce, afin que **l'organisation s'ajuste aux conditions de travail "réelles" des soignants**, et non l'inverse... pour préserver un haut niveau de la qualité de vie au travail (QVT)...

COMMENT PRÉVENIR LES RISQUES DE PRATIQUES MANAGÉRIALES INADAPTÉES À L'HÔPITAL

La souffrance au travail n'échappe pas à l'encadrement soignant, à l'hôpital. Malgré la volonté légitime du Cadre de Santé de porter une attention quotidienne envers les soignants, il arrive parfois qu'il éprouve, lui-même, des difficultés à trouver la juste posture managériale pour répondre à ces nombreuses sollicitations.

Les soignants peuvent, alors, avoir le sentiment que leur parole ne soit pas suffisamment prise en considération, dans certaines situations éprouvantes (ex : le rapport à la maladie, la mort, la douleur, les situations de précarité sociales, les dilemmes éthiques, la violence, les conflits de valeurs...).

Alors, comment aider l'infirmière, l'aide-soignant(e) ou l'équipe à trouver les mots, les attitudes et les moments opportuns pour exprimer objectivement ces situations de travail difficiles auprès de l'encadrement ?

La littérature sociologique fait état de situations singulières, dites de souffrance au travail, plus généralement appelées **"risque psychosocial"**. Dans les faits, cette perception de tensions au travail est souvent ressentie ou exprimée par les professionnels, mais, sans pour autant

y apporter une visibilité repérable par les responsables médicaux, administratifs et soignants. Une des raisons essentielles tient de la difficulté à mettre en mots les "maux" des soignants, ainsi que la complexité d'évaluer les situations de manière objective et constructive.

Quelques conseils pratiques peuvent aider l'équipe soignante à préserver la qualité de sa relation de travail avec son supérieur hiérarchique, afin de réduire ou éviter que certaines situations de tensions individuelles ou collectives au travail ne se fragilisent, voire se détériorent

- Repérer les **moments d'indisponibilité** de l'encadrement ;
- Identifier les **situations où l'encadrement est fortement sollicité** par des multitâches quotidiennes qui ne lui permettent pas de se rendre accessible auprès des soignants ;
- Demander, de manière collective, lorsque la situation le justifie, **une réunion d'équipe** (espace de discussion) pour évoquer une situation difficile ne pouvant être autorégulée sans l'intervention de l'encadrement ;
- Verbaliser **le ressenti éprouvé** en gardant sa place de soignant sur les situations de travail générant un sentiment d'insatisfaction ;
- Développer **une communication dite assertive** (positive), lorsque l'encadrement exprime un sentiment de ne pas être en situation d'apporter des solutions dans l'immédiat ;
- Solliciter **un entretien individuel** avec l'encadrement afin de créer une opportunité d'échange mutuel, à distance d'un événement à l'origine d'une discorde, afin d'exprimer son ressenti ou son désaccord au regard d'une situation mal vécue par le soignant ;
- Adopter une **communication dite non-violente** (CNV) issue des techniques relationnelles comportementalistes afin de ne pas se mettre en situation de vulnérabilité ;
- Proposer, en équipe, **l'organisation d'une médiation avec un responsable du service** (ex : médecin responsable, cadre supérieur de santé, la direction des soins, un consultant externe...) dans un climat serein entre le soignant ou l'équipe avec l'encadrement.



Ce sont des stratégies comportementales appropriées, à l'échelle individuelle et/ou collectives, afin de permettre de mieux fluidifier les relations interpersonnelles dans des contextes de travail difficiles à l'hôpital, compte tenu des nombreuses microsituations de stress engendrées par l'intensification des soins combinée avec la rareté des ressources pour y faire face. •



La promotion du bien-être au travail repose donc sur le principe de bienveillance mutuelle de chaque professionnel.



Les cures maritimes et l'état de grossesse

La littérature médicale du XIX^e siècle montre qu'on ne badinait pas à l'époque avec la question des bains de mer avant, durant et après la grossesse. Le désarroi des savants face à la question des cures maritimes et de l'eau salée en conduisit quelques-uns à proposer des théories improbables. Ainsi, certains et certaines se sont lancés dans une folle odyssée : obtenir une grossesse par l'intercession de l'eau salée. À ce titre, connaissez-vous Salies-de-Béarn (Pyrénées-Atlantiques) et ses eaux salées ? Chaque année depuis 1857 ¹, la station accueille des centaines de femmes venues pour traiter leur problème d'infertilité avec l'eau salée considérée comme miraculeuse ².



Dieppe en été. Photo J. Janicki⁶

L'eau salée fit donc couler énormément d'encre dans les revues médicales du XIX^e siècle. Dans l'enchevêtrement complexe des textes ressortent deux grands courants : les uns considéraient l'eau salée comme un élément fascinant qui assurait la bonne santé, et les autres se liguaient contre l'eau salée, un élément à éviter.

Dès lors que l'on aborde cette question, parmi les premiers, il faut citer le physiologiste René de Quinton (1867-1925) qui disait au sujet de la mer : « *L'homme, dans son milieu intérieur, transporte une petite parcelle d'océan.* » En cherchant à remonter patiemment la piste du docteur Quinton, nous relevons dans les sources que « *les enfants dont la mère avait reçu des injections de plasma de Quinton durant la grossesse étaient exempts des pathologies dont souffraient leurs aînés* ³. » Une eau salée, idéale pour les uns.

Parmi les seconds figurait le médecin anglais Charles White (1728-1813), membre du Collège de Chirurgie de Londres et chirurgien de l'hôpital de Manchester. Il était opposé aux grands destins promis à l'eau de mer.

Nombre de cartes postales surannées disponibles dans les archives dressent le portrait des stations balnéaires du

XIX^e siècle. Si la bourgeoisie y cherchait une vie douce et confortable, chaque année, la vogue des bains de mer, de juin à septembre, pour améliorer ou pour ressusciter la santé des femmes et des hommes croissait. Que n'a-t-on pas publié sur la mode de l'hydrothérapie maritime ⁴.

Parmi les communes qui connurent un grand destin, nommons Dieppe. La station balnéaire accueillait par exemple la reine Hortense de Beauharnais et Marie-Caroline, duchesse de Berry. À Dieppe, la duchesse profitait des vertus thérapeutiques des eaux de mer « envoûtantes » ⁵. D'autres villes du littoral étaient le point de ralliement de la bourgeoisie : Boulogne-sur-Mer, Étretat ou Cabourg. On y conseillait aux femmes faibles et malades de prendre des bains de mer ;

« Les enfants dont la mère avait reçu des injections de plasma de Quinton durant la grossesse étaient exempts des pathologies dont souffraient leurs aînés. »

si l'une d'elles tombait enceinte, c'est que son corps s'était parfaitement consolidé.

Comment traitait-on les femmes enceintes par la prise de bains de mer? Les envoyait-on au bain "à la lame", directement dans l'eau? Voici deux questions auxquelles nous tenterons de répondre. Mais avant, pour nous surprendre, citons deux exemples d'histoires venues du Moyen-Âge de femmes enceintes chamboulées par un voyage en mer.

UN PEU D'HISTOIRE

Dans *Les Dossiers de l'Obstétrique* du mois de décembre 2016, nous dépoussiérons *La Légende dorée* (1298) de Jacques de Voragine (1228-1298), une œuvre médiévale majeure qui rendit compte de la vie des saints et aborda d'innombrables thèmes qui concernaient la science obstétricale. Parmi les situations surprenantes relevées dans *La Légende dorée* figurent des accouchements survenus lors de voyages en mer.

Le thème de la femme enceinte en voyage sur un bateau est cité à deux reprises dans la vie de sainte Marie-Madeleine narrée par Jacques de Voragine. Née de parents nobles, sainte Marie-Madeleine possédait, avec son frère, la place forte de Magdala près de Jérusalem. Très belle, elle s'adonnait au "plaisir des sens" et, après avoir entendu que Jésus s'était arrêté dans la maison de Simon le lépreux, elle s'y rendit et lava de ses larmes les pieds du Seigneur. La scène de la femme enceinte sur un bateau se trouve un peu plus loin dans le texte: « *Alors le chef résolut de se rendre auprès de Pierre pour savoir de lui si ce que Madeleine disait du Christ était vrai. Et sa femme lui dit: — « Eh ! quoi, mon ami, penses-tu donc partir sans moi? » Et lui: — « Je ne puis songer à te prendre avec moi, car tu es enceinte, et les dangers de la mer sont grands ! » Mais elle insista si fort, comme savent faire les femmes, et se jeta à ses pieds avec tant de larmes, qu'elle finit par obtenir ce qu'elle demandait [...] ».*

La seconde mention se situe à la partie VI de la même Vie: « *Sur un bateau en péril, une femme, qui était enceinte, invoqua sainte Marie-Madeleine, faisant le vœu que, si elle était sauvée et s'il lui naissait un fils, elle donnerait cet enfant au monastère de la Madeleine. Alors, une femme d'apparence surnaturelle s'approche d'elle et, la prenant par le menton, la conduisit saine et sauve jusqu'au rivage: en récompense de quoi, la naufragée mit au monde un fils, remplit fidèlement à son vœu »*⁶.

« Il semble que d'une façon générale les femmes enceintes ont un certain intérêt à se placer sous protection, en particulier lorsque celles-ci désirent un enfant mâle. »

Ces récits permettent d'accorder à sainte Marie-Madeleine des pouvoirs génésiques c'est-à-dire relatifs à la génération et à la sexualité. L'exemple montre le rapport étroit qu'entretient sainte Marie-Madeleine avec la procréation. Nicolas Adell-Gombert écrit à ce sujet: « *La notice hagiographique réalisée par Jacques de Voragine est sans doute celle qui met le plus en adéquation la Mère des compagnons et Marie-Madeleine. L'auteur insiste en effet sur la fonction sociale de la maternité qu'a assumée la sainte. Il semble que d'une façon générale les femmes enceintes ont un certain intérêt à se placer sous protection, en particulier lorsque celles-ci désirent un enfant mâle. Jacques de Voragine évoque dans son récit deux cas de récit de cet ordre. [...] Le prince, contre l'avis de l'équipage, aborde sur une île afin d'y déposer le corps de sa femme, ainsi que de son fils, voué à une mort certaine, puisqu'il n'y a plus de mère pour le nourrir.* »⁷

L'histoire que Jacques de Voragine rapporte dans la *Vie de sainte Marie-Madeleine* est transposée en Bretagne dans l'histoire de saint Budoc. Éléonore Brisbois explique: « *La légende rapporte que, soupçonnée d'adultère, la mère de Budoc fut jetée à la mer dans un tonneau. Protégée par sainte Brigitte, elle accosta en Irlande où l'enfant qu'elle mit au monde fut élevé par les moines. Plus tard, saint Budoc deviendra le maître de Saint Guénolé, le fondateur de l'abbaye de Landévennec.* »

Ces huis clos à la fois actuels et un peu datés font resurgir le thème du rapport entre la femme enceinte et la mer. Cousues de fil noir, les médecins se sont longtemps interrogés, dans leurs savantes publications sur ce rapport et ils y dévoilent leurs divergences.

UN DIALOGUE NÉCESSAIRE ENTRE LA FEMME ENCEINTE ET LA MER

Faut-il croire que les bains de mer sont un régime tonique favorable aux femmes enceintes? Telle était la croyance des

1. Le site Internet des thermes de Salies précise que: « *A l'heure de la forte médicalisation [...] la cure thermique à Salies-de-Béarn offre une alternative naturelle et efficace à l'infertilité. [...] Ce traitement de la stérilité féminine a fait la réputation de Salies-de-Béarn, depuis l'ouverture du centre thermal en 1857* ». Voir aussi le site Internet de l'office de tourisme Béarn des Gaves.
2. Le site Internet de la revue *Paris-Match* raconte que Françoise Hardy, après une visite aux eaux salées de Salies-de-Béarn, aurait conçu son fils.
3. www.vulgaris-medical.com

4. POUGET, *Bains de mer*. Paris, 1853.
5. Il existe un site à Dieppe appelé « *La femme grosse* ».
6. Il existe dans les traditions d'autres cas d'accouchement sur un rivage. Ainsi, à Noël 1597, sur les rivages de l'île d'If, une lavandière anonyme accoucha d'un garçon qui devint le chevalier Paul, un marin qui s'illustra dans les expéditions contre les Barbaresques. Le gouverneur de l'île en fit son filleul.
7. ADELL-GOMBERT N., *A la croisée des destins. Marie-Madeleine et les compagnons du tour de France*. Ethnologie française, 2006/2, tome 37, p129-137.

uns qui les recommandaient pendant la saison chaude et uniquement durant un laps de temps très court pour éviter toutes fatigues inutiles aux femmes enceintes.

En effet, au XIX^e siècle, une partie du corps médical prescrivait aux femmes enceintes des bains de mer. Ils considéraient les bains de mer chauds comme étant un remède parfaitement inoffensif, le tout rythmé par une mise en garde : l'eau doit être chaude car l'eau trop fraîche ne convient pas aux femmes enceintes.

L'autorisation du médecin pouvait donc être accordée aux femmes enceintes d'une excellente santé et ayant eu de précédentes couches heureuses.

Petrus Marinus Mess, docteur en médecine, chirurgie et obstétrique et médecin-directeur aux établissements des bains de mer à Schéveningue, précisait en 1859 : « *En de pareilles conditions, je fais prendre avec les plus heureux résultats les bains jusqu'au-delà du cinquième mois de grossesse. Il est étonnant à voir avec quelle rapidité l'amélioration se fait voir. Toutes les fonctions naturelles sont pour ainsi dire rappelées à la vie. La promenade qui était interdite se fait petit à petit tous les jours, la fatigue et l'abattement cessent, les vomissements finissent, l'appétit revient et devient souvent excessif : la fraîcheur de la peau et la consistance des tissus prouvent que la santé revient. De presque toutes ces malades j'appris plus tard qu'elles étaient devenues d'heureuses, et je n'ai à noter aucun cas de grossesse, qui ait fini prématurément.* »⁸

Il était aussi conseillé aux femmes qui avaient eu précédemment plusieurs fausses couches de pratiquer les bains de mer pour espérer être enceintes. De toute façon, tel un défi, le docteur Sachs les autorisait pour prévenir les fausses couches et le docteur L. Verhaeghe, médecin aux bains de mer d'Ostende, écrivit en 1860 n'avoir jamais vu un bain de mer provoquer une fausse couche.

Histoire d'aborder la partie consacrée à l'avis des médecins

« La grossesse ne contre-indique pas formellement les bains de mer mais les dames enceintes devront, pendant le bain, éviter le choc des lames sur le ventre. »

qui contre-indiquaient les bains de mer aux femmes enceintes, précisons que certains les ont promus au rang de pratique exceptionnelle. Le docteur Gaudet, médecin inspecteur des bains de mer de Dieppe, écrivait que dans l'état de grossesse « *s'abstenir est la règle, se baigner est l'exception* »⁹. Plus tôt, en 1812, le docteur Louis-Aimé Le François de Dieppe précisait : « *Les femmes enceintes, qui auraient une très grande habitude de prendre des bains de mer, pourraient peut-être ne pas s'en abstenir mais en général ils ne conviennent point.* »

« On conçoit que chez des personnes délicates, nerveuses, l'impression du froid en entrant dans la mer peut solliciter la concentration de l'utérus, et que le reflux du sang qui s'opère de la circonférence au centre, peut aussi en congestionnant cet organe provoquer des fausses couches. »

DES BAINS DE MER CONTRE-INDIQUÉS

« *La grossesse ne contre-indique pas formellement les bains de mer mais les dames enceintes devront, pendant le bain, éviter le choc des lames sur le ventre.* » Docteur Claparède, *Étude sur les bains de mer*. Paris, Delahaye éditeur.

La tendance était de rejeter les bains de mer en raison de la froideur de l'eau, du risque de fausses couches et de la force des vagues.

Si tous les professionnels de santé y sont allés de leur couplet, l'argument phare était d'indiquer que les femmes de faible constitution ne devaient pas prendre de bains de mer. Le docteur Morin en 1835 incitait les futures mères à renoncer aux bains car il considérait que « *le spasme de l'immersion pouvait tuer les fœtus* »¹⁰.

Le docteur Affre, de l'Académie impériale de médecine, abondait en 1860 en ce sens. « *On conçoit que chez des personnes délicates, nerveuses, l'impression du froid en entrant dans la mer peut solliciter la concentration de l'utérus, et que le reflux du sang qui s'opère de la circonférence au centre, peut aussi en congestionnant cet organe provoquer des fausses couches* »¹¹. La sensation de froid était donc considérée comme la cause principale dans la contre-indication.

Le docteur André Théodore Brochard (1810-1883) insuffla dans un ouvrage publié en 1882, un cas détaillé : « *Je connais une femme qui étant allée passer les premiers mois de son mariage sur le bord de la mer, prenait tous les jours un bain pour se fortifier. Elle devint enceinte sans s'en apercevoir et continua les bains de temps en temps, les bains provoquaient des coliques, une perte légère, elle continua. Les accidents augmentant à chaque matin, elle comprit qu'elle pouvait être enceinte. Heureusement pour elle et pour la vie de son enfant, elle me consulta et s'arrêta* »¹².

On constate aussi qu'au XIX^e siècle, certaines jeunes filles espéraient, en prenant des bains de mer, provoquer un avortement. Résultat : un certain docteur Aubinais publia un article intitulé « *Avortement provoqué par les bains de mer à mi-corps, sous l'influence du vomissement* » dans la *Revue médico-chirurgicale* de Paris de 1854.

Le célèbre V. Vogel de Dobéran proscrivait les bains de mer craignant lui aussi des avortements. En 1846, le docteur G.

Hartwig, dans le livre *Bains de mer d'Ostende*, contre-indiquait les bains de mer pendant la grossesse ¹³. En effet, l'eau salée était considérée comme ayant des propriétés excitantes. En activant le système nerveux, elle risque de mettre fin à la grossesse. Le docteur Alexander Peter Buchan, membre du Collège Royal des médecins de Londres, précisait : « *J'ai connu des dames qui allaient prendre les bains de mer dans tous les temps de la grossesse, et je n'ai jamais entendu dire qu'il en soit résulté aucun accident* » ¹⁴.

Le choc de vagues incita aussi le corps médical à déconseiller aux femmes enceintes les bains de mer. Le docteur P.-M.-L. Miramont, spécialiste des bains de mer à Étretat exigeait la même prudence ¹⁵.

INDICATION OU CONTRE-INDICATION LORS DE L'ALLAITEMENT ?

La verve des savants ne suffit pas à trancher la question des bains de mer pris par les femmes allaitantes. Pour les uns, les nourrices pouvaient prendre des bains de mer d'une manière modérée. Déjà au XVIII^e siècle, comme l'écrivait Charles White en 1774 : « *Les femmes de Scarborough qui faisaient leur état d'accompagner les dames au bain de mer, ont trouvé que, quand elle étoient nourrices, elles avoient une meilleure fanté, qu'elles étoient plus fortes et qu'elles avoient une plus grande quantité de lait que dans d'autres temps, avant qu'elles commençassent cette pratique* » ¹⁶.

« J'ai connu des dames qui allaient prendre les bains de mer dans tous les temps de la grossesse, et je n'ai jamais entendu dire qu'il en soit résulté aucun accident. »

Pour les autres, comme Louis-Aimé Le François de Dieppe, ancien élève de l'hospice d'Humanité de Rouen et de la faculté de médecine de Paris, il y avait un risque élevé à prendre des bains de mer. Il indiquait avoir vu une nourrice développer des troubles de santé après avoir pris un bain de mer : « *Je me rappelle avoir vu, il y a deux ans, une jeune femme qui, pendant qu'elle nourrissait, prit, sans consulter personne, quelques bains ; elle fut presque de suite atteinte d'une fièvre putride et maligne qui la fit périr au neuvième jour* » ¹⁷.

CONCLUSION

Au XIX^e siècle, la question de l'hydrothérapie maritime pour les femmes enceintes n'a pas été réellement tranchée. Dès 1806, Marie Armande Jeanne Gacon-Dufour, auteur d'ouvrages d'économie rurale, assurait que la science médicale admettait le bénéfice des bains de mer pour les femmes enceintes. « *Autrefois, on étoit persuadé que les bains étoient contraires aux femmes enceintes, et on leur défendoit expressément d'en user ; mais la science médicinale et chirurgicale ayant fait de grands progrès, on s'est convaincu que, loin que les bains fussent contraires aux femmes enceintes, il leur étoient très-salutaires, et qu'ils facilitoient l'accouchement* » ¹⁸.

Toutefois, les médecins ont en majorité déconseillé les bains de mer aux femmes enceintes sans réellement savoir pourquoi. Le docteur Verhaeghe, dans son *Traité pratique des bains de mer*, apportait cette explication concernant l'un des grands détracteurs des bains de mer : « *Le docteur V. Vogel de Dobéran [...] avoue n'avoir jamais vu d'accident survenir chez les femmes enceintes, qui, malgré ses conseils, avaient continué les bains* » ¹⁹.

À défaut de bains de mer, les vacances au bord de la mer étaient cependant admises pour que les femmes enceintes puissent profiter de l'air fortifiant de l'océan. •

8. Petrus Marinus Mess, *L'influence sur quelques maladies de l'air et de l'eau de mer*. La Haye, M. J. VISSER, 1859, p. 26.
9. Antoine Jean-Baptiste ROCCAS, *Des bains de mer, de leur action physiologique et thérapeutique, de leurs applications et de leurs divers modes d'administration*. Paris, Librairie Victor Masson, 1857, p. 157.
10. Pierre MAIN, *Ils allaient au bord de la mer...* Réponses Bain, 77, p. 71.
11. Mémoire de l'Académie impériale de médecine. Paris, J.-B. Baillière, 1854, vol. 18, p. 472.
12. André Théodore BROCHARD, *La jeune mère ou l'éducation du premier âge*. Journal illustré de l'enfance. Paris, 1882, p. 125.
13. G. HARTWIG, *Notice médicale et topographie sur les bains de mer d'Ostende ou Vademecum du baigneur*. Anvers, Max. Kornicker, libraire - éditeur, 1846, p. 50.

14. Alexander BUCHAN, *Observations pratiques sur les bains de mer et sur les bains chauds*. Paris, J.-B. Baillière, 1835, p. 140.
15. P. M. L. Miramont, *Notice sur les bains de mer d'Étretat près du Havre*. Paris, Imprimerie Guiraudet et Jouaust, 1851, p. 11.
16. Charles WHITE, *Avis aux femmes enceintes et en couches ou Traité des moyens de prévenir et de guérir les maladies qui les affligent dans ces deux états*. Paris, Vincent Imprimeur-Librairie, 1774, p. 7.
17. Louis Aimé Le François, *Coup d'œil médical sur l'emploi externe et interne de l'eau de mer*. Paris, Didot Jeune, 1812, p. 18.
18. Marie Armande Jeanne GACON DUFOUR, *Moyens de conserver la santé des habitants des campagnes*. Paris, Chez Buisson - Librairie, 1806, p. 152.
19. L. VERHAEGE, *Traité pratique des bains de mer*. Résumé de vingt-cinq années d'expérience, d'observations et de pratique médicale à Ostende. Bruxelles, Ferdinand Claassen, 1860, p. 165.

L'accouchement est politique : fécondité, femmes en travail et institutions

● Laëtitia Négrié,
Béatrice Cascales

Les luttes pour l'accès à la contraception et à l'IVG donnent l'illusion aux femmes qu'elles contrôlent entièrement leur fécondité. En réalité, cette maîtrise se limite encore à la décision de poursuivre ou d'interrompre une grossesse, tandis que le droit à disposer de son corps dans le cadre de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement ne s'exerce pas si librement. Alors que 800 000 femmes par an sont concernées par la grossesse et l'accouchement, comment expliquer que les luttes pour l'autonomie des femmes enceintes et accouchantes restent confidentielles ? Il est temps de déconstruire cet impensé du féminisme.

Pour le comprendre nous avons établi un état des lieux de la limitation considérable de l'autonomie sexuelle et reproductive des femmes. D'autre part, l'analyse historique montre de quelle manière l'accouchement a été progressivement désérialisé et mis sous contrôle. Ainsi, une analyse féministe des violences obstétricales devient possible, et permet d'affirmer que l'accouchement est un événement de la vie sexuelle, potentiellement vecteur d'*empowerment*, et que les futures mères sont aussi des sujets du féminisme.

Laëtitia Négrié, accompagnante à la naissance pendant 10 ans et formatrice, conseillère conjugale et familiale, milite pour les droits sexuels et reproductifs, incluant celui à disposer de son corps pendant la grossesse et l'accouchement.

Béatrice Cascales conseillère conjugale et familiale et formatrice, a travaillé pendant 15 ans au Planning Familial.



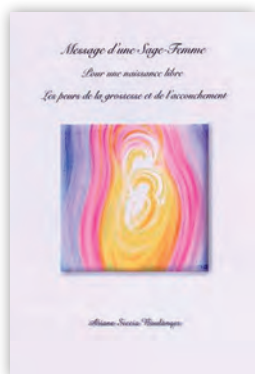
Éditions : L'Instant présent
Collection Sciences humaines
Parution : 22 décembre 2016

ISBN : 978-2-916032-55-9
211 pages - Format : 15 x 21 cm - 18 €
<http://www.eyrolles.com/>

Message d'une sage-femme pour une naissance libre Les peurs de la grossesse et de l'accouchement

● Ariane Seccia-Boulanger

Le message... Même si elles ne le conscientisent pas toujours vraiment, de très nombreuses futures mères portent en elles de lourdes peurs et parfois même une grande souffrance. Peur de la douleur, de ne pas y arriver, de ne pas être une bonne mère, peur de l'enfant anormal, du pouvoir médical, de la césarienne, de perdre son espace... Le travail sur les peurs est fondamental. L'enjeu est majeur car les stress les plus violents peuvent prendre vie dans le corps. Ils ont la faculté de se matérialiser sous forme d'affections ou de barrages codés, induisant des complications pendant la grossesse et des accouchements longs et difficiles. Ils peuvent aussi se transmettre à l'enfant et orienter sa vie vers un mode de fonctionnement non-libéré. Et pourtant... Il y a là en réalité, une occasion inespérée pour chacune de travailler à sa propre reconnaissance, de s'ouvrir à sa capacité de femme, de mère, mais aussi d'œuvrer pour l'avenir de l'enfant. Ce livre propose de puissants outils qui insufflent le pouvoir de se libérer, de réussir son accouchement et surtout de mettre au monde des enfants sereins.



Parution : Avril 2008
EAN13 : 9782953180404 - Prix : 22 €
Disponible dans les circuits des grands distributeurs de livres.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES-FEMMES

LIVRE BLANC. 12 Propositions pour la santé des femmes

Le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes publie un livre blanc. Issu de réflexions et d'échanges avec les instances professionnelles au sujet de la périnatalité et de la santé génésique des femmes, il est dédié à interpeller les hommes et femmes politiques qui auront à prendre des décisions dans les années à venir, après les prochaines élections. Il est remis en main propre aux candidats à la présidentielle.

Ce livre blanc contient 12 propositions visant à promouvoir le rôle majeur des sages-femmes dans la prise en charge et l'amélioration de la santé des femmes et de leurs enfants. Il porte des ambitions fortes et partagées par toutes les sages-femmes.



→ 1^{RE} PROPOSITION

Mettre en œuvre les premiers états généraux de la santé génésique des femmes

Afin de répondre aux enjeux économiques, sociaux et technologiques auxquels la profession se trouve confrontée, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes lance un appel aux pouvoirs publics et propose de mettre en œuvre les premiers "États généraux de la santé génésique des femmes".

L'organisation de ces premiers États généraux a vocation à rassembler l'ensemble des acteurs du monde de la santé autour d'un objectif commun : améliorer la prise en charge des femmes par les professionnels de santé tout au long de leur vie. Les sages-femmes, et tous les professionnels de santé engagés en faveur de la santé des femmes, ont un rôle majeur à jouer dans ce cadre. De plus, la diversité des acteurs amenés à intervenir et à contribuer aux échanges doit permettre de dresser les principaux constats, d'identifier les problématiques et d'apporter des réponses aux besoins en santé des femmes.

Pour assurer une réussite totale de ce projet fédérateur, les "États généraux de la santé génésique des femmes" devront nécessairement être instaurés à l'initiative et avec le soutien des institutions publiques, afin de donner une concrétisation législative et politique des propositions qui émergeront à l'issue des travaux, réflexions et échanges entre toutes les parties prenantes.

→ 2^E PROPOSITION

Faire de la sage-femme l'acteur médical de premier recours auprès des femmes en bonne santé

La diminution du nombre de professionnels de santé non remplacés ainsi que les nombreux déserts médicaux ne permettent plus de répondre efficacement aux besoins de la population. D'ailleurs, face à la diminution à venir du nombre de gynécologues obstétriciens (- 6 % entre 2011 et 2020), le rôle des sages-femmes sera nécessairement amené à être renforcé et légitimé au cours des prochaines années, tant auprès de la femme enceinte que dans la prise en charge de leur santé génésique en dehors des périodes de grossesse. Les sages-femmes ont donc vocation à être des acteurs médicaux reconnus de premier recours auprès des femmes en bonne santé.

Le premier recours doit permettre aux sages-femmes d'exercer et d'assurer, dans leur champ de compétences, le suivi médical des patientes tout au long de leur vie et de les orienter directement vers un professionnel de santé sans passer par le médecin traitant, tout en permettant la prise en charge à 100 % des soins par l'Assurance maladie. L'orientation directe de la patiente

par une sage-femme vers un professionnel de santé vise ainsi à fluidifier le parcours de soins des femmes. Elle représente un précieux gain de temps pour celles-ci, notamment si elles sont amenées à souffrir d'une pathologie nécessitant une prise en charge rapide. L'objectif est de faciliter le suivi et la prise en charge des femmes **en coordonnant l'action des professionnels de santé et en contribuant à la réduction des dépenses publiques de santé.**

Par ailleurs, les sages-femmes exercent un rôle majeur dans la **lutte contre les violences faites aux femmes**. Dans le cadre d'une grossesse, ces violences sont souvent exacerbées; les sages-femmes constituent ainsi les professionnels de santé idoines pour les détecter et orienter la patiente vers des structures de prise en charge adaptées.

→ 3^e PROPOSITION

Instaurer une consultation dédiée à la santé sexuelle et à la prévention des addictions chez les adolescentes

Les instances de la profession de sage-femme soutiennent la mise en place d'une consultation pour tous les jeunes dès l'âge de 16 ans. Elle pourrait être effectuée par une sage-femme ou un médecin auprès de la jeune fille. Cette consultation serait axée sur l'éducation à la sexualité et à la vie affective, à l'information à la contraception, associée à la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et des conduites addictives.

Véritable objectif de santé publique, cette mesure, qui a déjà reçu **le soutien de plusieurs parlementaires et institutions publiques de santé**, doit contribuer à renforcer l'éducation et l'information des jeunes sur les pratiques à risque.

Lors de cette consultation, les sages-femmes pourraient intervenir dans des actions d'éducation et de prévention auprès des jeunes pour leur faciliter l'accès aux informations sur la santé génésique, la santé sexuelle et affective, et ainsi améliorer la prévention des IST et la prise en charge d'une contraception adaptée.

- Une consultation spécialement dédiée à la santé sexuelle et à la prévention des addictions chez les adolescentes.
- Des programmes d'information et de prévention dans les collèges et lycées, intégrant les sages-femmes.
- Une information ciblée, envoyée par leur caisse d'assurance maladie, aux jeunes mineures lors de l'envoi de la carte Vitale sur la possibilité de faire cette consultation auprès d'une sage-femme ou d'un médecin

→ 4^e PROPOSITION

Faciliter la participation des sages-femmes dans les lycées et collèges à l'éducation à la vie affective et sexuelle

En France, 6,7 % des jeunes âgées de 12 à 17 ans ont déjà eu recours une fois à une IVG. Il est donc indispensable de **mettre en place des actions de promotion de la santé à l'école et tout au long du parcours scolaire de l'enfant** afin de simplifier et faciliter l'accès à la prévention et à la contraception pour l'enfant et l'adolescent.

Les instances de la profession de sage-femme proposent de faciliter la participation des sages-femmes à des actions d'éducation à la vie affective et sexuelle auprès des jeunes, afin de renforcer la

prévention et le dépistage des violences faites aux femmes et à leurs enfants, améliorer la prise en charge de la contraception et faciliter la prévention des cancers génitaux féminins.

→ 5^e PROPOSITION

Généraliser l'ouverture des Maisons de Naissance

Les maisons de naissance ont vocation à diversifier l'offre de soins périnatale et à renforcer l'autonomie professionnelle des sages-femmes. Elles doivent **répondre à la demande des femmes souhaitant une alternative à la prise en charge des grossesses et des accouchements** actuellement proposée en France.

Engagé depuis plusieurs années en faveur de la mise en place et de l'ouverture de ces structures, **le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a travaillé aux côtés de la Sénatrice Muguette DINI** dans le cadre de l'élaboration et l'adoption de la proposition de loi autorisant l'expérimentation des maisons de naissance.

Ces structures sont **en lien direct avec le service d'obstétrique d'un établissement de santé** afin de favoriser une collaboration efficace, notamment en cas de transfert. Par ailleurs, elles offrent une alternative permettant de respecter le choix des femmes qui souhaitent accoucher dans un environnement moins standardisé. Les maisons de naissance sont prévues pour accueillir un nombre raisonnable de naissances par année, afin de préserver un caractère intime, familial et convivial.

Aussi, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes propose qu'à l'issue de l'expérimentation des maisons de naissance, qui prendra fin en novembre 2020, **ce dispositif**, qui présente toutes les garanties nécessaires de qualité et de sécurité des soins pour les patientes, **soit généralisé sur l'ensemble du territoire français.**

LES MAISONS DE NAISSANCE: UN ENJEU MAJEUR

- Répondre au projet de naissance des femmes
- Ouvrir la voie à une véritable consécration de l'autonomie des sages-femmes
- Diversifier l'offre de soins périnatale

→ 6^e PROPOSITION

Faciliter l'ouverture et l'accès des plateaux techniques pour toutes les femmes

De manière générale, les plateaux techniques désignent l'ensemble des équipements biomédicaux, techniques et informatiques et du personnel spécialisé (sages-femmes, radiologues, pharmaciens, biologistes, etc.), qui réalisent des examens ou analyses, prescrivent des médicaments et assurent le suivi des patients. Ils permettent à tout professionnel libéral de venir exercer son activité au sein d'un établissement hospitalier.

Les plateaux techniques représentent **pour les sages-femmes libérales** l'opportunité d'assurer l'accouchement des patientes au sein d'une maternité publique ou privée dans le cadre de l'accompagnement global de la naissance, sous réserve d'adresser la patiente à un médecin en cas de situation pathologique. Une convention et souvent un règlement intérieur lient la sage-femme libérale à l'établissement.

Malgré le cadre législatif et réglementaire existant qui **permet l'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques**, l'exercice de ces professionnels de santé au sein de ces structures est aujourd'hui restreint. Or, de plus en plus de femmes formulent le souhait d'être suivies et accouchées par la sage-femme avec laquelle elles ont préalablement construit leur projet de naissance. De ce fait, les sages-femmes libérales sont de plus en plus sollicitées pour réaliser l'accompagnement global des patientes, ce qui implique nécessairement l'accès à un plateau technique hospitalier pour l'accouchement.

Aussi, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes propose que des mesures soient prises par les décideurs publics afin de **favoriser l'ouverture des plateaux techniques et soutenir leur accès pour l'ensemble des femmes.**

→ 7^e PROPOSITION

E-Santé : pour la création d'un DMP des nouveau-nés par les sages-femmes

Introduit par la loi du 26 janvier 2016, le dossier médical partagé (DMP) constitue un outil efficace de la coordination des prises en charge par les professionnels de santé, et a vocation à apporter toutes les garanties dans la défense des intérêts et des droits des usagers.

Assurant la prise en charge de 100 % des nouveau-nés dès la première seconde de la naissance, les sages-femmes sont aujourd'hui engagées en faveur de la santé des femmes tout au long de leur vie. Dans cette perspective, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes propose **la création et la mise en place d'un DMP dès la naissance par les sages-femmes**, afin d'assurer la continuité des soins et garantir un suivi médical pour tous dès le plus jeune âge et pour toute la vie.

En tant que profession médicale jeune, dynamique et engagée en faveur de la santé des femmes et des nouveau-nés, les sages-femmes sont les professionnels de santé idoines pour mettre en œuvre ce DMP dès la naissance. Elles sauront en effet s'emparer de ce nouveau dispositif et s'adapter aux évolutions technologiques et numériques, comme elles l'ont toujours fait au gré des évolutions législatives ayant permis l'extension de leurs compétences au cours des dix dernières années.

La création du DMP dès la naissance donnerait ainsi une image dynamique et positive de la santé auprès de l'ensemble de nos concitoyens, et contribuerait largement **au développement de l'e-santé**, politique publique malheureusement souvent méconnue du grand public.

→ 8^e PROPOSITION

Garantir l'accès au PRADO pour toutes les femmes ayant accouché

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes propose que l'accès au **Programme d'Accompagnement au Retour à Domicile (PRADO)** soit garanti à toutes les femmes après leur accouchement.

Les sages-femmes sont pleinement impliquées dans la mise en œuvre de ce dispositif. Selon la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), ce dispositif a vocation à être considérablement étendu au cours des

prochaines années afin d'assurer une coordination des prises en charge efficaces entre professionnels de santé. C'est d'ailleurs dans cette perspective que la création d'un DMP par les sages-femmes pour tous les nouveau-nés facilitera l'échange des données entre les institutions et l'ensemble des professionnels de santé.

Le **PRADO Maternité** doit répondre au souhait des femmes – qui se retrouvent souvent seules à la sortie de la maternité – de disposer d'un suivi et d'un accompagnement personnalisés à domicile, effectués par une sage-femme après l'accouchement. L'objectif étant d'éviter, pour les femmes et leurs familles, un grand nombre de complications aux urgences. Quatre ans après sa mise en œuvre, **98 % des femmes** ayant bénéficié du PRADO Maternité **sont satisfaites de la mise en place de ce dispositif.**

La proposition du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes de **généraliser l'accès au PRADO Maternité pour toutes les femmes contribue à réduire les dépenses publiques de santé**, en ce qu'il favorise le développement de l'ambulatoire. De nombreux pays européens, parmi lesquels le Royaume-Uni, ont adopté ce modèle de prise en charge, dont l'efficacité est démontrée depuis plusieurs années.

LE PRADO MATERNITÉ EN FRANCE

- Plus de 450 établissements de santé associés
- 3 sages-femmes libérales sur 4 y participent
- Près de 350 000 couples mère/enfant en ont déjà bénéficié

→ 9^e PROPOSITION

Soutenir l'émergence de la recherche en maïeutique

Compte tenu de leur formation académique et universitaire de haut niveau, les sages-femmes peuvent poursuivre leurs études à l'issue de l'obtention de leur diplôme d'État afin d'engager des travaux de recherche en maïeutique.

En effet, la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique reconnaît la qualification des sages-femmes françaises pour diriger et surveiller les recherches biomédicales dans le domaine de la maïeutique. Prévues dans le Code de la santé publique, ces dispositions législatives leur confèrent en outre l'aptitude à recevoir une délégation de l'investigateur pour procéder à l'information de la personne et au recueil du consentement.

Ainsi, après avoir effectué une thèse d'université, les sages-femmes pourront exercer des activités de recherche en maïeutique et contribuer à en faire une filière d'excellence reconnue en France et à l'international. La création d'unités de recherche en maïeutique au sein des écoles de sages-femmes doit jouer un rôle majeur dans ce cadre, afin d'aider au développement de projets de recherche en santé publique.

Lors de la **Grande Conférence de la Santé** qui s'est tenue le 11 février 2016, le Premier Ministre a affirmé dans sa feuille de route la nécessité de **développer l'accès des étudiants en santé aux formations à la recherche**. Plusieurs mesures ont été annoncées dans ce cadre, notamment **l'émergence d'un corps d'enseignants-chercheurs en maïeutique**. La mise en œuvre de cette mesure représente, aux yeux des instances de la profession de sage-femme, une priorité de l'actuel et

du prochain Gouvernement, destinée à garantir la reconnaissance de la filière maïeutique en tant que discipline académique et d'excellence. Ces orientations constitueront des atouts majeurs permettant d'assurer le développement de la recherche en maïeutique, et contribueront ainsi à l'amélioration de la santé des femmes et des nouveau-nés dans une approche préventive et éducative.

→ 10^e PROPOSITION

Promouvoir l'exercice libéral au sein de la formation initiale des sages-femmes

Face à l'augmentation constante du nombre de jeunes diplômés désirant s'installer en libéral, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes propose de **renforcer la formation initiale théorique et clinique des sages-femmes dispensée dans le cadre de l'installation en exercice libéral.**

D'une durée de cinq ans, la formation initiale des sages-femmes doit leur permettre d'exercer leurs compétences médicales en toute indépendance et autonomie. Les écoles de sages-femmes préparent les étudiants sages-femmes à un exercice de la profession en milieu hospitalier, territorial (PMI) et libéral.

L'annexe de l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'État de sage-femme prévoit l'obligation pour les étudiants d'effectuer des stages cliniques au sein de cabinets libéraux, afin de leur permettre d'acquérir les compétences spécifiques et transversales indispensables au suivi, à la prise en charge et à l'accompagnement des femmes et de leurs nouveau-nés dans un cadre extra-hospitalier.

L'extension des compétences médicales des sages-femmes depuis 2009 a considérablement renforcé l'importance de ces professionnels de santé dans le système de soins. Les sages-femmes ont vocation à devenir l'acteur de premier recours pour les femmes en bonne santé, et notamment dans le cadre de la prise en charge de la santé génésique des femmes.

Il est donc **indispensable d'approfondir la formation initiale et l'accompagnement des étudiants sages-femmes souhaitant exercer en libéral**, en augmentant le nombre de stages cliniques en matière de suivi prénatal, postnatal, de planification et de surveillance gynécologique, et en instituant la **création d'un statut de maître de stage rémunéré**, comme c'est le cas pour les médecins généralistes.

→ 11^e PROPOSITION

Renforcer la représentation des sages-femmes au sein des instances de gouvernance

La profession est unanime sur la nécessité de **renforcer la représentation des sages-femmes au sein des instances de gouvernance.**

Au regard de leur rôle majeur dans le suivi, l'accompagnement et la prise en charge des femmes et des nouveau-nés, les sages-femmes sont actuellement **encore sous-représentées au sein des instances décisionnelles, tant à l'échelon local que national.**

Pourtant, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé institue les **"Groupements hospitaliers de territoires" (GHT)**, nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire.

L'objectif est de garantir à tous les patients un meilleur accès aux soins **en renforçant la coopération entre hôpitaux publics autour d'un projet médical.**

Les professionnels de santé, et notamment les sages-femmes, ont toute leur place dans la mise en œuvre de ce dispositif qui, en inscrivant les hôpitaux publics dans une vision partagée de l'offre de soins, **visent à mieux organiser les prises en charge**, territoire par territoire, et à associer l'ensemble des professionnels de santé afin de répondre de manière optimale aux besoins de la population.

Aussi, afin de faire évoluer positivement en termes de coût-efficacité la coordination et l'efficacité des soins entre ville et hôpital, les instances de la profession de sage-femme proposent **d'optimiser les ressources** en créant de nouveaux postes de coordination sages-femmes au sein des hôpitaux, et de nouveaux postes de sages-femmes au sein des Agences régionales de santé (ARS) et des services de PMI.

Cette proposition vise à renforcer la place des sages-femmes au sein des instances de gouvernance, en assurant une **coordination transversale efficace entre tous les acteurs du système de santé.**

→ 12^e PROPOSITION

Mettre en place un observatoire européen de la profession de sage-femme (EUROMIP)

Le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes a lancé en 2009 le **Réseau des régulateurs européens de Sages-Femmes (NEMIR)**. Ce réseau informel, qui a vocation à rassembler les autorités régulatrices de la profession de sage-femme des 28 États membres de l'Union européenne (UE), a permis de faire émerger des propositions extrêmement concrètes et porteuses pour la profession de sage-femme, destinées à renforcer la coopération entre les régulateurs européens de la profession et **favoriser la libre circulation des sages-femmes au sein de l'UE.**

Toutefois, il existe **d'importantes disparités entre les formations et les modes d'exercice des sages-femmes exerçant au sein des 28 États membres**, ainsi qu'au regard des missions des autorités régulatrices de la profession.

Alors que l'UE se situe à un tournant stratégique de son histoire, le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes souhaite **renforcer la visibilité et la place des sages-femmes en Europe, en proposant la mise en place d'un Observatoire européen de la profession de sage-femme : EUROMIP = European Observatory for the Mid-wifery Profession.**

Rassemblant les instances européennes de la profession de sage-femme, EUROMIP a vocation à approfondir les travaux déjà entrepris sur la formation, les modes d'exercice, la mobilité des sages-femmes et le rôle des autorités régulatrices de la profession, de manière à dégager des lignes directrices permettant **d'améliorer les conditions d'exercice des sages-femmes au sein de l'UE.**

+ D'INFO

Vous pouvez télécharger le livre blanc sur :
<http://www.ordre-sages-femmes.fr/>



JORF N° 0009 du 11 janvier 2017

Arrêté du 10 janvier 2017 fixant le nombre d'étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études de sage-femme à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2016-2017 et le nombre d'étudiants pouvant être admis directement en deuxième année de ces études à la rentrée universitaire 2017-2018 en application de l'article 9 du décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l'expérimentation de modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques.

NOR: AFSH1700607A

Par arrêté de la ministre de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche et de la ministre des Affaires sociales et de la Santé en date du 10 janvier 2017, le nombre maximal des étudiants de première année commune aux études de santé autorisés à poursuivre leurs études de sage-femme à la suite des épreuves terminales de l'année universitaire 2015-2016 est fixé à 1 000, répartis entre les établissements suivants :

Université d'Aix-Marseille : pour l'école universitaire de maïeutique Marseille-Méditerranée : 36.

Université d'Amiens : pour l'école de sages-femmes du CHU d'Amiens : 35.

Université d'Angers : pour l'école de sages-femmes du CHU d'Angers : 25.

Université des Antilles : pour l'école de sages-femmes du CHU de Fort-de-France : 24.

Université de Besançon : pour l'école de sages-femmes du CHU de Besançon : 26.

Université de Bordeaux : pour l'école de sages-femmes du CHU de Bordeaux : 30.

Université de Brest : pour l'école de sages-femmes du CHU de Brest : 23.

Université de Caen : pour l'école de sages-femmes du CHU de Caen : 25.

Université Auvergne - Clermont-Ferrand-I : pour l'école de sages-femmes du CHU de Clermont-Ferrand : 30.

Université de Corse : 3, dont :

- pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Nice : 2 ;
- pour l'école de sages-femmes de la maternité Baudelocque : 1.

Université de Bourgogne-Dijon : pour l'école de sages-femmes du CHU de Dijon : 27.

Université Grenoble-I : pour le département de maïeutique de l'unité de formation et de recherche de médecine : 37.

Université de la Guyane : pour l'école de sages-femmes du CHU de Fort-de-France : 1.

Université Lille-II : pour l'école de sages-femmes du CHRU de Lille : 40.

Institut catholique de Lille : faculté de médecine et maïeutique : 29.

Université de Limoges : pour l'école de sages-femmes du CHU de Limoges : 18.

Université de Lorraine : 49, dont :

- pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier régional de Metz : 24 ;
- pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Nancy : 25.

Université Lyon-I : pour l'unité de formation et de recherche de médecine et de maïeutique Lyon-Sud : 47, dont :

- pour le site de formation maïeutique de Lyon : 31 ;
- pour le site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse : 16.

Université Montpellier-I : 66, dont :

- pour la formation sages-femmes de l'institut de formation aux métiers de la santé du CHRU de Montpellier : 36 ;
- pour l'école de sages-femmes du CHU de Nîmes : 30.

Université de Nantes : pour l'école de sages-femmes du CHU de Nantes : 27.

Université de Nice : pour l'école de sages-femmes du CHU de Nice : 28.

Université de Nouvelle-Calédonie : pour l'école de sages-femmes de l'Hôpital St Antoine : 4.

Université Paris-V : 31, dont :

- pour l'école de S.-F. Baudelocque : 14 ;
- pour l'école de S.-F. de l'hôpital Foch : 17.

Université Paris-VI : pour l'école de sages-femmes Saint Antoine : 30.

Université Paris-VII : 27 :

- pour l'école de S.-F. Baudelocque : 10
- pour le département de maïeutique de l'unité de formation et de recherche des sciences de la santé Simone Veil - Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines : 17.

Université Paris-XI : pour l'école de sages-femmes de l'hôpital Foch : 11.

Université Paris-XII : pour l'école de sages-femmes Saint Antoine : 10.

Université Paris-XIII : pour l'école de sages-femmes Baudelocque : 10.

Université de Versailles Saint Quentin-en-Yvelines : pour le département de maïeutique de l'unité de formation et de recherche des sciences de la santé Simone Veil - Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines : 18.

Université de Poitiers : pour l'école de sages-femmes du CHU de Poitiers : 21.

Université de Polynésie française : pour

l'école de sages-femmes du CH territorial de Papeete : 8.

Université de Reims : pour l'école de sages-femmes du CHU de Reims : 27.

Université Rennes-I : pour l'école de sages-femmes du CHU de Rennes : 27.

Université de La Réunion : pour l'école de sages-femmes du CHU de La Réunion : 27.

Université de Rouen : pour l'école de sages-femmes du centre hospitalier universitaire de Rouen : 25.

Université de Saint-Etienne : 12, dont :

- pour le site de formation maïeutique de Lyon : 7 ;
- pour le site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse : 5.

Université de Strasbourg : pour l'école de sages-femmes du CHU de Strasbourg : 30.

Université Toulouse-III : pour l'école de sages-femmes du CHU de Toulouse : 26.

Université Tours : pour l'école de sages-femmes du CHRU de Tours : 30.

Total : 1 000.

En application de l'article 9 du décret n° 2014-189 du 20 février 2014 tendant à l'expérimentation de modalités particulières d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, le nombre maximal d'étudiants pouvant être admis directement en deuxième année des études de sage-femme à la rentrée universitaire 2017-2018 dans chacun des établissements visés au deuxième alinéa de l'article 6 de l'arrêté du 20 février 2014 modifié relatif à l'expérimentation de nouvelles modalités d'admission dans les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et maïeutiques, est fixé comme suit :

Université d'Angers : 6 - Université Auvergne-Clermont-Ferrand-I : 3 - Université Paris-V : 5 - Université Paris-VII : 3 - Université Paris-XIII : 2 - Université de Poitiers : 2 - Université de Rouen : 4 - Université de Strasbourg : 2 - Université de Tours : 3.

Ce nombre est à déduire de celui fixé à l'article 1^{er}.

Les places prévues au titre de l'admission directe en deuxième année par le présent article, non pourvues par le jury, sont reportées au bénéfice de la voie ouverte à l'issue de la première année commune aux études de santé.

Lorsque dans la limite du contingent attribué à chaque unité de formation et de recherche se trouvent classés en rang utile des étudiants étrangers autres que les ressortissants d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Principauté d'Andorre ou de la Confédération suisse, une majoration égale au nombre d'étudiants étrangers classés en rang utile peut être effectuée, sans que cette majoration puisse excéder 8 % du contingent initialement fixé. •

CODE CIVIL.**Modification**

Article 55 → Modifié
par LOI n° 2016-1547
du 18 novembre 2016 -
art. 54

LES DÉCLARATIONS DE NAISSANCE sont faites dans les cinq jours de l'accouchement, à l'officier de l'État civil du lieu.

Par dérogation, ce délai est porté à huit jours lorsque l'éloignement entre le lieu de naissance et le lieu où se situe l'officier de l'État civil le justifie. Un décret en Conseil d'État détermine les communes où le présent alinéa s'applique.

Lorsqu'une naissance n'a pas été déclarée dans le délai légal, l'officier de l'État civil ne peut la relater sur ses registres qu'en vertu d'un jugement rendu par le tribunal de l'arrondissement dans lequel est né l'enfant, et mention sommaire en est faite en marge à la date de la naissance. Si le lieu de la naissance est inconnu, le tribunal compétent est celui du domicile du requérant. Le nom de l'enfant est déterminé en application des règles énoncées aux articles 311-21 et 311-23.

En pays étranger, les déclarations aux agents diplomatiques ou consulaires sont faites dans les quinze jours de l'accouchement. Toutefois, ce délai peut être prolongé par décret dans certaines circonscriptions consulaires.

AGENDA & FORMATIONS

AGENDA

AGENDA
EN BREF

● **30 - 31 JANVIER 2017**
ISSY-LES-MOULINEAUX (92)
15^{es} Journées du
Collège National des Sages-
Femmes
www.cerc-congres.com

● **23-24-25 MARS 2017**
MARSEILLE (13)
22^{es} Journées de Médecine
Fœtale
Thème : "Diagnostic en prise
en charge pré et postnatale
des pathologies fœtales"
www.cerc-congres.com

● **23 AU 26 MARS 2017**
LILLE GRAND PALAIS (59)
10^{es} Assises françaises
de Sexologie et de Santé
sexuelle
Thème : "La sexologie ça sert
à quoi"
www.assises-sexologie.com/

● **25 MARS 2017**
MARNE LA VALLÉE (77)
Assemblée générale et
Colloque ANSFL 2017 **Thème :**
"Autonomie"
<http://ansfl.org/agenda>

● **17-18-19 MAI 2017**
STRASBOURG (67)
45^{es} Assises Nationales des
Sages-Femmes
www.cerc-congres.com

● **18. 19. 20 MAI 2017**
MONACO
Hôtel Fairmont, Monaco
Gyn Monaco
<http://www.gyn-monaco.com/>

● **6 JUIN 2017**
ISSY-LES-MOULINEAUX (92)
Journées à thème du
Collège National des Sages-
Femmes
www.cerc-congres.com

● **14 AU 17 JUIN 2017**
PARIS 13^e
Hôpital Pitié Salpêtrière
1^{er} Congrès Maladies
chroniques - Innovations et
Qualité de Vie
Session 1 : Diabète
Session 2 : Cardio-vasculaires
<http://www.eska.fr>

● **21-22 SEPTEMBRE 2017**
ESPACE REUILLY - PARIS 12^e
Journées Post-Universitaires
des Sages-Femmes

● **13-14 OCTOBRE 2017**
ISSY-LES-MOULINEAUX (92)
Séminaire annuel de
l'Association Française
des Sages-Femmes
Acupuncteurs
www.cerc-congres.com

Anne Macquet Sage-femme ostéopathe D.O

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

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

Pratique en salle physiologique

24-25-26 avril 2017



Programmes formations et Inscriptions

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

Pratiquer dès le lendemain du séminaire



Institut
Naissance
& Formations



Connaissance & Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh

Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

Calendrier
2017

PROGRAMME EN 3 ÉTAPES

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

- Niveau 1**
- **Nanterre (92) - Espace Chevreul**
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 16 au 19 janvier et du 20 au 23 février
- du 15 au 18 mai et du 19 au 22 juin
 - **Vergèze (30) - La Clé des Chants**
Formatrice: Corinne Roques
- du 17 au 20 janvier et du 14 au 17 février
- du 14 au 17 mars et du 11 au 14 avril
 - **St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse**
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 13 au 16 mars et du 10 au 13 avril
- du 15 au 18 mai et du 12 au 15 juin
- Niveau 2**
- **St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse**
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 23 au 26 janvier et du 20 au 23 février
 - **Nanterre (92) - Espace Chevreul**
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 20 au 23 mars et du 24 au 27 avril
 - **Vergèze (30) - La Clé des Chants**
Formatrice: Corinne Roques
- du 9 au 12 mai et du 6 au 9 juin

Travail Corporel autour de la CMP

- 1^{re} et 3^e étapes non présentielles
- 2^e étape présentielle de 4 jours
- Pré requis: Formation CMP
- **Région parisienne (lieu à définir)** du 2 au 5 mars 2017
Formatrice: Corinne Roques
Programmation en région possible. Nous contacter.

Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

- Durée: 3 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- **Paris 18^e** du 27 au 29 mars 2017
Formatrice: Anne-Françoise Sachet

NOUVEAU

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

INSTITUT DE GASQUET® FORMATIONS SAGES-FEMMES 2017



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 périnéal

- Dates à venir en 2017

3 jours 550€
fif pl possible



MODULE 2 - Pessaire. Boules de geisha

- Dates à venir en 2017

1 jour 180€
fif pl possible



MODULE 2 - Compétence périnée abdominale

- Dates à venir en 2017

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





LE PRÉNATAL

- Analyse du rythme cardiaque fœtal
- Consultations prénatales
- Entretien prénatal précoce
- Eutonie du prénatal au postnatal immédiat
- Grossesse gestion du poids 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 pharmacologiques de la grossesse et du postpartum



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 **NOUVEAU** et de la parentalité
- Hypnose médicale et périnatalité **INTRA**
- Hypnose médicale et analgésie-anesthésie **INTRA**



OSTÉOPATHIE

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

PRISE EN CHARGE POSSIBLE

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

Médic Formation change de numéro de téléphone :

01 40 92 72 33

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

Medic Formation à vos côtés

47

FORMATEURS

69

FORMATIONS
EN 2017

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 (RH)
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



Des revues éditées par les Editions ESKA

ESKA-CFEE : N° 11753436775

Inscription à adressée à la CFEE

aux Editions ESKA CONGRÈS :

Serge KEBABTCHIEFF

Fanny GASMAN

Olivier PAUL-JOSEPH

12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris

Tél. : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35

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

LES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

TARIF D'ABONNEMENT

11 NUMÉROS PAR AN

Abonnement Particulier	Plein tarif	Étudiant(e) s* Retraité(e) s*
FRANCE	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

WINBACK®

INTIMITY

BIO ACTIVATEUR CELLULAIRE
ACCÉLÉRANT LA RÉÉDUCATION PÉRINÉALE

①

RÉDUIRE LA DOULEUR

*Algies pelvi-périnéales,
œdèmes, hématomes*

②

ACCÉLÉRER LA CICATRISATION

*Cicatrisation post Césarienne,
déchirure, épisiotomie*

③

LIBÉRER LES TENSIONS

*Vascularisation, adhérences,
fibroses, contractures*



BACK Hz
ENERGY
BIO-ACTIVATOR CURRENT IN KILOHERTZ



MOBILE (4KGS)



HYGIÈNE TOTALE

- protèges électrodes individuels
- plaques adhésives jetables

APPLICATION MAINS LIBRES



APPLICATION AVEC ÉLECTRODE



WINBACK INTIMITY
04 93 08 85 81
www.winback-intimity.com
contact@winback.com



GRANDIR NATURE

Votre partenaire de confiance pour accompagner les mamans allaitantes

Numéro dédié aux professionnels : 03 88 50 07 99



Grandir Nature est devenu en 10 ans la référence pour la location de tire-lait et le soutien aux mamans allaitantes.

Nos 10 modèles¹ hospitaliers et compacts sont à un tarif unique de 12,07² € par semaine et sont livrés dans toute la France sous 48 h.



Valérie, notre consultante en lactation et son équipe de conseillères sont à votre service pour toute question concernant l'allaitement ou l'utilisation du matériel :

Consultante-lactation@grandir-nature.com



NUMÉRO DÉDIÉ AUX MAMANS
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

N° Vert 0 800 622 833

DU LUNDI AU VENDREDI DE 8H15 À 19H00



GRANDIR NATURE
aider les mamans



leblogallaitement.com

www.grandir-nature.com

¹ Tous nos tire-lait électriques sont des dispositifs médicaux de classe IIa qui portent au titre de cette réglementation le marquage CE.

² 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