

LES **DO**

#468 AVRIL 2017

LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE



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

44^e année ISSN 0767-8293



REPORTAGE

Sage Femme **LE FILM**

PUBLICATION

La question des perturbateurs endocriniens pour aborder les changements de paradigmes en toxicologie

FICHE TECHNIQUE

Rupture prématurée des membranes

MANAGEMENT

Les "Out"



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

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

Michel ULSAS

elpea@eska.fr - Tél.: 01 42 86 55 74

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Philippe BOUCHARD, Maître de Conférences -
Laboratoire Micro-Organismes Génomes
et Environnement - UMR 6023 - CNRS - Université
Clermont Auvergne

Vincent COLANGE, Sage-femme

Catherine FRAISSAIS, Sage-femme Territoriale à
Mayotte

Michèle GOUSSOT SOUCHET, Sage-Femme,
Port-Royal Cochon

JÉRÔME JANICKI, Docteur en Histoire des Sciences

Odile MONTAZEAU, Sage-femme

Ernestine NZANG EYI, Sage-femme

Nicolas PICHON, Étudiant

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

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF

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 : Avril 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

468 - AVRIL 2017

03 **ÉDITORIAL**
OUI!
BENOÎT LE GOEDEC

04 **REPORTAGE**
Sage Femme
Le film
BENOÎT LE GOEDEC



8 **PUBLICATIONS**
La question des perturbateurs
endocriniens pour aborder les
changements de paradigmes
en toxicologie
PHILIPPE BOUCHARD

32 **FICHE TECHNIQUE**
Rupture prématurée des
membranes
VINCENT COLANGE

34 **MANAGEMENT**
Les "Out"
NICOLAS PICHON

37 **KIOSQUE**

38 **NOTE DE LECTURE**

39 **ACTUALITÉS**

40 **COMMUNIQUÉS**

41 **HISTOIRE**
Entre ombre et lumière
Repères sur la grossesse
et la naissance en Albanie
JÉRÔME JANICKI

45 **AGENDA**



45 **FORMATIONS**

17 **DOSSIER D.O.PÉDIA**

18 Mayotte : l'île aux enfants !
Évolution démographique du
secteur de Passamainty
CATHERINE FRAISSAIS

24 Parcours en cas de menace
d'accouchement prématuré
en Lorraine
ERNESTINE NZANG EYI

28 Dépistage et prévention
du diabète gestationnel
par la sage-femme
MICHÈLE GOUSSOT SOUCHET

LES ANNONCEURS

C2 Grandir Nature

C3 Médi Plus

C4 Medela

16 Matilia

33 Mediset

45 CIRDH Frans Veldman

46 ANSFL

46 Institut Naissance
& Formation

46 Association Nationale
Natation & Maternité

47 Médieformation

Photo de couverture ©iuneWind - Fotolia.com

Pour vous abonner, retournez-nous le bulletin en page 46.

CONGRÈS

1^{er} 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

Mercredi 14 - Jeudi 15 juin 2017 MALADIES
CARDIO-VASCULAIRES

Jeudi 29 - Vendredi 30 juin 2017 DIABÈTE

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

PRÉSIDENTS ET MEMBRES DU COMITÉ SCIENTIFIQUE :

BERNARD BEAUDUCEAU, MICHÈLE CAZAUBON, JEAN-LUC DEQUEKER, JEAN-GUILAUME 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 BLANCHEMAISON, 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-GUILAUME 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 SAMSON, DANIEL THOMAS*, FRÉDÉRIC VIN

* Orateurs/Communications pressentis

PRÉ-PROGRAMME

SOUS RÉSERVE DES ACCORDS ET MODIFICATIONS

THÈMES ET SESSIONS

THÈME 1 : LES VAISSEAUX ET LE CŒUR

Session 1 : Innovations et qualité de vie du malade chronique veineux et lymphé

Session 2 : Innovations et qualité de vie du malade chronique artérielle

Session 3 : Traitement de la maladie coronaire

Session 4 : Prévention du risque cardio-vasculaire

Session 5 : L'insuffisance cardiaque

Session 6 : L'innovation au service de l'HTA

Session 7 : Les troubles du rythme

THÈME 2 : LES VAISSEAUX

Session 8 : Actualités sur l'anti-coagulation

Session 9 : La prise en compte de l'esthétique de la maladie veineuse chronique

Session 10 : Nouveautés en chirurgie artérielle

Session 11 : Exploration et monitoring en vasculaire

THÈME 3 : EXPLORATIONS, MONITORAGE ET LES TRAITEMENTS EN MÉDECINE VASCULAIRE

Session 12 : La coagulation périopératoire et en urgence

Session 13 : Traitements et risques en médecine vasculaire

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



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

Après avoir lu le titre du nouvel album de Camille, disons à notre tour OUI!

OUI comme l'acquiescement et OUIË pour pouvoir entendre et écouter.

OUI qui rassemble.

Dire OUI, c'est adresser quelque chose à quelqu'un. Ou à soi-même : le "oui" n'apparaît pas mais laisse apparaître ce qui en résulte.

L'ouïe, c'est le recevoir, écouter. OUIË donne à son tour lieu à une action intentionnelle et dédiée.

oui!

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

OUI, c'est faire voir, présenter. OUI n'est ni intérieur ni extérieur. OUI est un événement, une mise en relation. OUI est un signe et représente autre chose que sa propre réalité.

Il met en mouvement, il met en confiance, il met en rencontre. Il engage.

Avec le OUI, le sourire : ni un mot ni un geste, juste une réalité porteuse de sens. Le sourire signifie. Le sourire institue des significations pour soi et les autres. Le sourire dit OUI et OUIË car il doit être compris et interprété. Il donne à la réflexion la possibilité d'en faire... ou ne pas faire quelque chose. De le recevoir ou non.

Si OUI est communiquer, communiquer ne peut être OUI sans OUIË.

OUI est cet entre-deux, la vérité du OUI, au moment où il a déjà disparu, ce qu'on en garde dans son cœur ou son esprit. Ce qu'il génère d'émotions après avoir été OUIË.

OUI excède le OUI et l'OUIË! Il s'identifie non pas par lui-même et ce qu'on en entend mais parce que sa résonance exclut la possibilité de l'oublier ou d'en faire autre chose. Il n'est plus dès qu'il est dit ou entendu. Il n'existe que dans sa disparition. Le OUI est une sommation à être sujet de soi.

Comme l'événement de la Naissance qui, comme fait, suppose la femme et le nouveau-né comme sujets mais qui, comme événement, les oblige à être sujets d'eux-mêmes.

Oublier le OUI qu'on nous adresse et l'OUIË qui l'entend est alors en quelque sorte se perdre.

Le OUI qui les rassemble est irréductible.

Alors, osons dire OUI à la naissance, à ce que veut vivre la femme, à l'accueil du nouveau-né, à notre condition de sage-femme. Et ouvrons notre OUIË à tout ce qui nous entoure, à l'autre, au monde pour découvrir la puissance et l'engagement de leur résonance, dans le OUI, inventé par Camille.

Car là est l'offrande de la Vérité. •

SAGE FEMME

LE FILM

Claire est la droiture même. Sage-femme, elle a voué sa vie aux autres. Déjà préoccupée par la fermeture prochaine de sa maternité, elle voit sa vie bouleversée par le retour de Béatrice, ancienne maîtresse de son père disparu, femme fantasque et égoïste, son exacte opposée. Des retrouvailles qui font tout basculer. Dans ce film, l'actrice joue Claire, une sage-femme qui adore son métier pour lequel elle se dévoue. *« J'ai l'habitude au cinéma d'avoir des professions assez fortes, que ce soit une cuisinière, une chanteuse, je suis toujours dans des choses assez puissantes au niveau du travail »*, commente Catherine Frot, attirée par le dépassement de soi.

Tout bascule dans le film quand Béatrice, l'ex-maîtresse de son père – jouée par Catherine Deneuve – débarque dans sa vie. L'ambiance est électrique entre les deux femmes. Au bout d'un moment, l'une va apporter à l'autre ce qui lui manque. Toute la première partie est très réaliste avec, par exemple, de vrais accouchements avant d'aller vers quelque chose de plus romanesque.



Sage Femme, actuellement en salles.

Drame - 1'57 h

Film français réalisé par Martin Provost.

Sortie en France: 22 mars 2017

Réalisateur et Scénariste: Martin Provost

Producteur: Olivier Delbosc

Avec: Catherine Frot, Catherine Deneuve, Olivier Gourmet, Mylène Demongeot, Quentin Dolmaire.

Nous avons assisté à l'une des avant-premières. Nous vous livrons ici les réactions et les questions, aussi bien de la salle que de notre rencontre avec Martin Provost. Beaucoup de sages-femmes étaient dans la salle, ce qui a ravi Martin Provost.

ET IL RACONTE :

J'ai été sauvé par une sage-femme à ma naissance. Ma mère m'a raconté la vérité sur cette histoire il y a deux ans. J'ai rencontré Olivier Delbosc, producteur, qui est là et dont le père est obstétricien. Il me disait que son père le casait toujours avec les sages-femmes quand il faisait un accouchement. Il m'a dit « je vais faire ton film ». Et il m'a fallu alors peu de temps – un an et demi – et le film était déjà là. C'est mon petit sixième.

J'ai été un enfant rhésus et, à l'époque, on ne traitait pas les fœtus dans le ventre de leur mère. Il a fallu me faire une transfusion à la naissance. Mais quand je suis né, à l'hôpital de Brest, il n'y avait pas de sang. Mon père a couru toute la nuit et il est revenu bredouille. Maman se souvient seulement qu'elle n'était pas sûre de me revoir. Et alors, la sage-femme qui m'a mis au monde s'est rendu compte qu'elle avait le même rhésus que moi. C'est elle qui m'a donné son sang. J'ai le sang d'une sage-femme dans les veines. Et je peux vous dire que ce n'est pas rien.

Je l'ai cherchée partout, évidemment. J'ai une cicatrice qui me fait mal et donc je vis avec. Mais on me disait toujours « ce n'est rien, c'est ta prise de courant, on t'a fait un petit truc ». Il a fallu que je sache la vérité pour que je sache exactement ce qu'on m'a fait. J'ai appelé l'hôpital de Brest et on m'a répondu qu'il n'y avait plus de trace car les archives étaient détruites tous les vingt ans. Alors j'ai décidé de faire un film pour rendre hommage aux sages-femmes.

Je sais ce qu'on m'a donné, je sais ce que j'ai reçu et je sais ce que je n'ai pas pu donner à cette sage-femme. On m'a aussi dit que toute cette nuit où je n'étais pas en très bon état, cette femme est restée auprès de moi. Elle m'a donné beaucoup plus que son sang.

Il se trouve que l'année dernière, je me suis marié. On

a publié les bans. J'ai demandé un acte de naissance à la mairie de Brest. Et on m'a envoyé la feuille complète. En bas il était marqué « *déclaré à la mairie de Brest à 11 h 40 le... par Yvonne André, sage-femme ayant assisté l'accouchement* ». Et là, j'ai compris que c'était elle. Elle avait envoyé mon père se reposer après tout cela. Donc, non seulement cette femme m'a mis au monde, a aidé ma mère, est restée avec moi toute une nuit mais m'a aussi déclaré à la mairie. Je pense qu'elle était fière de sa victoire.

PUIS LA PAROLE EST DONNÉE À LA SALLE.

Vous êtes aussi le scénariste. Pourquoi ces actrices ? Les avez-vous rencontrées auparavant ?

Martin Provost (MP) > Quand j'ai commencé le film, j'avais une idée en tête. Je savais un peu ce que je voulais raconter mais c'était encore assez succinct... j'avais écrit une page. Et Olivier m'a dit : « *alors c'est quoi ton sujet ?* ». J'ai répondu « *c'est l'histoire d'une sage-femme* ». Aussitôt il me dit : « *je vais faire ton film* ». Un producteur qui vous dit cela d'emblée, avec enthousiasme, cela vous donne des ailes et je me suis alors mis au travail.

On a eu un scénario assez rapidement. Et avant d'écrire ce scénario, j'avais Catherine Frot un peu en tête car j'ai fait un rêve où j'étais allongé sur mon lit et Catherine Frot était penchée sur moi et elle me mettait au monde. Je me suis dit : « *c'est cela* ». C'est la première image du film. En couleurs. Et j'avais le titre "Sage-femme". Je voulais des vraies naissances pour qu'on soit tout de suite, d'emblée, dans la vérité. En France, on ne peut filmer des bébés de moins de trois mois, c'est pourquoi nous les voyons toujours joufflus. Alors nous avons tourné en Belgique cette partie-là. Il y avait aussi ce personnage de sage-femme que je voulais en prise avec la réalité. J'ai rencontré plusieurs sages-femmes dont Christine Fenaux qui avait écrit un livre intéressant et qui m'a aidé pour la construction de mon histoire et sur une documentation sur vous. Après, j'invente, je pars. Je suis parti dans cette histoire et j'ai imaginé cet autre personnage car, parallèlement, dans ma vie, ayant du sang de sage-femme dans mes veines et je pense sincèrement que ça vient de là, je me suis retrouvé dans des situations où des gens voulaient mourir avec moi. Eh bien, je l'ai fait. Et à cette période-là, j'avais une amie très chère, une femme formidable, déportée à Auschwitz, qui avait vécu des choses incroyables, qui avait une tumeur au cerveau et en est morte. Je me suis un peu inspiré d'elle. Ce n'est pas complètement le personnage. C'est aussi ma belle-mère, joueuse... Enfin il y a plein de femmes. Mais je suis parti sur un personnage complètement inventé et fantasque sur la base de femmes que je connais.

Quel est l'avis global des sages-femmes que vous avez rencontrées ? Trouvent-elles que l'image portée à l'écran est fidèle à la réalité de leur métier ou leur identité ?

MP > Je me balade pas mal avec mon film. Oui, il est plutôt bien accueilli. Je veux savoir ce que vous pensez.



Claire est un personnage à la fois complexe et rigide...

C'est une femme engagée qui vit pour les autres. Elle a des principes et des valeurs qu'elle se refuse à abandonner et c'est tout à son honneur. Professionnellement, elle n'accepte pas ce que la société veut lui imposer. La petite maternité où elle a toujours travaillé est sur le point de fermer au profit d'une "usine à bébés" comme il s'en ouvre de plus en plus, établissements où le rendement a tendance à se substituer à l'humain. Claire refuse le poste qu'on lui propose, elle refuse le compromis.

Une sage-femme de la maternité des Lilas prend le micro dans la salle

> Vous avez fait un très beau film. En revanche je trouve que notre profession n'est pas bien représentée. J'ai trouvé que c'était bonbon, très romancé, très gentil concernant le rôle des sages-femmes. J'en suis désolée mais je vais vous dire que votre bébé n'est pas très beau. Autrement l'histoire est géniale, mais je ne me reconnais pas en tant que sage-femme. Et j'aimerais bien m'habiller en bleu plutôt qu'en rose.

MP > Mais pourquoi ?

> Parce que j'en ai marre d'être considérée comme un bonbon acidulé, gentille, délicate. Je le suis mais je suis aussi une profession médicale, des compétences, un droit de prescription...

En discutant ensuite avec Martin Provost, il me dira ne pas avoir compris cette intervention sur la couleur qui est aussi une marque d'identité, prise dans les luttes aussi des sages-femmes. Il était d'autant plus étonné que la sage-femme soit en poste aux Lilas, lieu de défense des femmes par l'identité forte des sages-femmes.

Mais le film n'est pas un documentaire sur les sages-femmes... Il leur rend hommage en un personnage principal, sage-femme au-delà de sa simple pratique.

Une sage-femme continue

> J'ai, quant à moi, trouvé cette image de la sage-femme réelle, surtout dans l'univers de la sage-femme actuelle, dans des situations vécues. J'étais contente d'arrêter car l'avenir présenté aux sages-femmes dans ces grands hôpitaux,

car les petites maternités disparaissent et vous l'avez bien expliqué dans le film. Catherine Frot ne veut pas aller dans ces grosses usines où ce ne sont plus les sages-femmes qui mettent les enfants au monde mais les protocoles... On n'aurait presque plus besoin de faire d'études... il faut suivre les protocoles. Je me suis donc reconnue dans certaines situations de votre film.

Sage-femme des Bluets

> Je voudrais dire que, moi aussi, j'ai horreur du rose. Par contre, j'ai trouvé que tous les mots de la sage-femme étaient très respectueux. Et c'est souvent dans les films que les mots des professionnels sont galvaudés, caricaturés. Là, ce n'est pas le cas. Il y a du respect des femmes. Effectivement, les femmes sont un peu couchées, on aurait pu voir d'autres positions, mais ce n'est sans doute pas facile dans un film et peu de gens font différemment. J'aime aussi la sage-femme qui a 2 500 euros par mois, qui a du mal à manger, qui habite à Mantes-la-Jolie... Tout ça, c'est aussi ce qu'on vit. Les salaires insuffisants, du mal à boucler les fins de mois, à Paris notamment, si elles ne sont pas "fille de", ou "femmes de". Ça, c'est très bien écrit. J'aime aussi la sage-femme qui aime la bamboula. Moi, c'est cela ma vie : être une sage-femme qui, à la fois s'emmerde, passe des nuits de merde avec un boulot hyperdur mais aussi qui aime la vie. Et tous les jours en arrivant au travail, on se prend un bol de plaisir même si nos maternités sont devenues des usines, même si la nôtre – les Bluets – est menacée par une marquise qui nous emmerde. Et c'est la vie.

Une plus jeune sage-femme, d'une grande maternité parisienne de niveau 3, trouve la représentation des sages-femmes bonne

> Je trouve qu'il n'y a pas qu'une façon d'être sage-femme et je trouve celle que représente Catherine Frot très belle. Son rôle est réel, même s'il ne montre pas tous les aspects de notre profession. Elle fait une réanimation de bébé, seule. Pour une fois dans un film, on n'appelle pas le médecin ! C'est en ce sens un bel hommage à notre profession car la sage-femme n'est pas poussée pour que le médecin fasse l'accouchement ou le reste. Elle est en première ligne.



Photos extraites de la bande-annonce du film. Memento Films.

En ce sens, le film pose la question de savoir ce qu'est vraiment la liberté...

Tout à fait. Pour moi la liberté est un concept que je remets le plus souvent possible en question. La liberté ne réside pas dans l'absence de limites ou de règles comme semble le penser Béatrice. La maladie qui la frappe va remettre en cause sa façon d'être et de penser. Ce qu'elle appelle "liberté" s'est toujours apparenté à une forme de fuite, mais soudain elle ne peut pas, elle a besoin de Claire, elle est fragile. Claire, qui porte en elle ce que Béatrice a toujours refusé, choisissant une vie légère, aux limites de la superficialité, cette sorte de compassion extrême pour les êtres démunis et faibles. N'y a-t-il rien de plus semblable qu'un bébé qui vient de naître ou qu'un vieillard qui va mourir ?

Mon propos (et mon intervention) a été ensuite celui-ci : je me suis reconnu au-delà de la profession, de la salle de naissance. Elle est sage-femme bien au-delà de sa garde. On retrouve ce rôle quand elle masse, quand elle a fait ses chèques : cette force et faiblesse à la fois de toujours être à l'écoute, bienveillante, au-delà de soi parfois.

MP > Merci.

PUIS LA SALLE CONTINUE D'INTERVENIR

> Moi, ce qui m'a plu, c'est cette image mais aussi ce lien avec la mort. Elle a ce rôle-là – comme autrefois – quand son amie Béatrice va mourir. Elle l'accompagne dans son dernier passage.

MP > Je reçois, merci. Je n'ai pas grand-chose à dire. Mon film a parlé pour moi.

Ou bien encore > Des remerciements, on en a toujours, souvent. Et pourtant nous ne faisons rien d'exceptionnel. C'est notre métier, c'est ce qu'on doit faire.

MP > Oui, ce n'est rien d'exceptionnel pour vous... Mais sauver une vie, ce n'est quand même pas rien !

Je me posai la question du vécu de Catherine Frot d'avoir tourné ce film, d'avoir approché la naissance et je l'ai demandé à Martin Provost.

MP > Elle ne m'en a pas encore parlé. Mais c'est marrant car j'ai fait une émission pour Claire Chazal et la journaliste me demande si j'avais une question à poser à Catherine Frot. Et bien c'est celle-là ! « *Qu'est ce que tu as tiré de tout cela. Que te reste-t-il de cette histoire...* ».

Comment avez-vous fait pour avoir ces grandes actrices ?

MP > Le rêve ! Elles ont lu et cela leur a plu. Catherine Deneuve a lu, m'a donné un rendez-vous. J'y suis allé... j'avais... 11 ans... elle était adorable... Je me disais « *c'est foutu* ». Et puis, au bout d'un moment elle me dit qu'elle allait le faire. Et là, ouf... j'étais soulagé et je savais qu'une grande partie du film était déjà là. Ce n'était pas possible qu'elle me dise non.

Et le producteur, comment a-t-il réagi avec ce thème ?

Olivier Delbosc > Les gens étaient très surpris que cette profession n'ait pas été mise en scène. Et donc, il y avait

plutôt un enthousiasme et un accueil chaleureux de ce thème. Et bienveillant. Outre le casting formidable. Et on n'aurait pas pu échanger les rôles. Deneuve en sage-femme c'était impossible. Les partenaires étaient donc très heureux que Martin propose à Catherine Frot. Et c'était très bouleversant pour elle qui n'a jamais mis au monde (elle a adopté) d'être dans ce long stage auprès des sages-femmes pour apprendre et être dans ce rôle de sage-femme en mettant au monde l'enfant d'une femme. Et en parlant de ces femmes. Elle avait très très peur. Elle disait : « *Je ne sais pas, je serai incapable de le faire, je n'ai jamais mis au monde un enfant* ». Martin lui a dit que cela n'avait rien à voir, au contraire cela va peut-être permettre d'exorciser cela. C'est peut-être cela la réponse qu'elle me donnera.

Dans une interview télévisée Catherine Frot dira ceci : « *Je me suis concentrée sur mes gestes. Il y avait tellement de risques d'émotions, que je venais froide de l'intérieur pour pouvoir œuvrer. Mais le visage de ce nouveau-né qui arrive au monde, que j'ai vu d'aussi près, jamais je ne l'oublierai. C'est comme une sculpture, c'est de l'ordre de la création. C'était esthétique. Et c'est en ressentant cela que j'ai pu le faire. Il m'a fallu beaucoup d'humilité, de simplicité et d'intériorité. S'ouvrir au contact de cette femme. Et le pardon est au cœur de cette ouverture* ».

Comme le nouveau-né qui contient tous les pardons dans son premier cri.

Y aurait-il un autre film à faire ?

MP > Il faut un autre metteur en scène.

OD > L'autre film à faire serait sur ces combats comme Catherine et ses collègues sur les fermetures de maternité et qu'il y ait d'autres moyens que ces grands lieux pour mettre au monde. Mais c'est un autre univers.

MP > Ce n'est pas ce que je voulais faire. Je ne vois pas ce que je peux faire d'autre. Ou alors il faut continuer l'histoire... elle a monté son école... et que se passe-t-il ?

Comme vous avez deux grandes actrices, à quel point avez-vous laissé la place à l'improvisation entre les deux ? Y avait-il un peu d'espace pour cela ?

MP > Mes scénarii sont très écrits, c'est très précis. C'est dans le travail même avec elles que j'ai lâché du lest. Même par rapport à ce que je fais. Mes autres films étaient plus rigoureux car des films d'époque. Là, il y avait plus de liberté car c'est un film d'aujourd'hui. J'avais envie de découvrir cette liberté. Et dans son travail, Catherine Deneuve est assez particulière. Catherine Frot est très structurée, comme le personnage. Catherine Deneuve est très libre avec ce qu'elle fait et elle veut être libre. Je lui disais « *Faites comme vous voulez ; comme vous sentez* ». Mais cela ne change rien au texte. Les textes étaient écrits et il n'y a pas eu d'improvisation là-dessus. Dans le jeu, oui. Et pour moi, cela a été une découverte. Pour Catherine Frot aussi... elle lui disait « *lâchez, lâchez...* ». C'était quelque chose de haut vol assez périlleux et très nouveau pour Catherine Frot.

On ressent cette dynamique dans le film

MP > C'est aussi les personnages. Mais je crois que c'est dans

Une femme entière qui sait la valeur de son expérience, du rapport à l'autre. L'argent n'est pas sa priorité même si le chômage est source d'angoisse. Elle ira jusqu'à dire qu'elle est capable de vendre son appartement plutôt que de se mettre au service de la politique du chiffre.

Elle agit avec la même conviction dans sa vie personnelle : son fils a quitté la maison, elle n'a pas de compagnon, mais elle se tient droite, aux limites de la raideur. L'irruption de Béatrice dans sa vie va changer la donne.

tous les films. On vit toujours le sujet du film et on joue le film, et les acteurs, et moi, et les techniciens, nous ne sommes pas là par hasard. Et on a tous un lien avec cette histoire. Ici, dans cette histoire, j'ai appris à lâcher prise. Catherine Deneuve, si je peux parler pour elle car je ne sais pas son intimité profonde, a eu beaucoup de plaisir.

Et ça se voit. Elle arrivait à l'heure par exemple. Parfois en avance et même son chauffeur était surpris.

Il y a un clin d'œil au Liban

MP > J'étais à Beyrouth à Noël et j'étais au restaurant. Et je souriais en voyant toutes ces femmes... Catherine Deneuve est 100 % libanaise !

Dans la salle une sage-femme repose la question des accouchements

MP > Oui, c'est bien Catherine Frot qui les fait. Le premier est un accouchement sans péridurale, son troisième enfant. Je rencontrais les femmes à deux mois de grossesse. J'étais en lien avec deux maternités belges. Une trentaine de couples étaient partants. Puis, certaines accouchaient avant. En échange on proposait juste de vivre cette expérience et on faisait un film pour chacun avec toutes les images qu'on tournait.

Puis on attendait. On prenait les gardes. Il n'y avait que le chef opérateur et le perchman dans la salle. Moi j'étais dans le couloir avec l'ingénieur du son et mon assistante.

Catherine était là. Elle restait avec la maman. Et puis il y avait toujours la sage-femme.

Mais dans les couloirs ou salle de garde, il y a aussi bien des vraies sages-femmes que des fausses.

Pourquoi avez-vous enlevé le trait d'union ?

MP > Parce que c'est le sujet du film. Au départ cela s'appelait *La sage-femme*. Puis, un film cela évolue, pendant le tournage, pendant le montage. Et c'est à la fin du montage que je me suis rendu compte que c'était aussi un film sur la sagesse. Qu'est-ce que c'est que la sagesse ? Et qu'est-ce que c'est que de vivre ? Et que peut-être que vivre tout c'est aussi une forme de sagesse. Et c'est la transmission entre ces deux femmes, cette sage-femme qui s'est empêchée de vivre pour vivre son métier et élever son enfant et parce qu'elle était retenue par son passé et cette autre femme qui a tout vécu, qui a cru être libre mais qui finalement ne l'est pas. Cette rencontre va permettre justement au trait d'union de disparaître. Et pour moi, c'est un peu cela, la sagesse : vivre chaque chose du mieux qu'on peut, faire toutes les expériences possibles et après, on peut s'en aller plus paisiblement. •

La question des perturbateurs endocriniens pour aborder les changements de paradigmes en toxicologie

QUE FAUT-IL RETENIR ?

QUELS CONSEILS POUR UNE GROSSESSE ET DES ENFANTS EN PLEINE SANTÉ ?

L'essentiel des travaux en santé/ environnement a consisté à associer un contaminant, souvent chimique, à un mécanisme toxique et une pathologie. Or, la relation entre un seul contaminant et un seul effet associé est rare et ne reflète pas la réalité des expositions qui sont souvent multiples et complexes. Les progrès de la toxicologie ont permis notamment de mettre en évidence l'effet des perturbateurs endocriniens, pesticides, plastifiants, utilisés à forte dose pendant des décennies et qui se révèlent être de redoutables dérégulateurs physiologiques de l'organisme. Cela n'arrive pas qu'aux rats ! Les toxiques que l'on retrouve chez les grenouilles, les abeilles, les poissons, les ours blancs et qui les font dépérir, sont les mêmes que ceux que l'on retrouve dans le sang des bébés. Le fœtus et l'enfant sont les plus à risque, la programmation de pathologie à court et long terme se met en place en réponse à l'exposition à de très faibles doses pendant la vie intra-utérine. Le QI de nos enfants, leur développement sexuel est menacé ! Informer, comprendre, anticiper...

La perception des dimensions planétaires de la dégradation de l'environnement de l'Homme n'a commencé à émerger qu'au cours des années 1960. L'importance de l'invasion chimique et ubiquiste de la biosphère par des substances toxiques a conduit à l'émergence du concept de crise globale de l'environnement. En effet, un nombre sans cesse croissant de pollution menace les surfaces continentales et océaniques de plus en plus étendues. Pourtant, il faut attendre la fin des années 2000 pour admettre que ce que les uns appelaient du catastrophisme est une réalité qui touche notre quotidien, notre santé et surtout celle de nos enfants.

Citons Georges Canguilhem (1943), « *la santé est une activité dynamique de débat avec le milieu* ». On comprend que l'altération du milieu modifie la santé. Cette altération du milieu peut être la modification de la quantité ou de l'accès aux ressources. Dans nos pays riches, c'est plutôt l'augmentation de la concentration et du nombre de molécules étrangères à la nature, littéralement les xénobiotiques. L'environnement vecteur des substances xénobiotiques est désormais une cause majeure des nouvelles pathologies chroniques non infectieuses.

Selon les deux nouveaux rapports de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) du 6 mars 2017 – Genève –, plus d'un quart des décès d'enfants de moins de 5 ans est attribuable à la pollution de l'environnement. Celui intitulé *Don't pollute my future ! The impact of the environment on children's health*, offre un panorama complet des conséquences de la pollution de l'environnement sur la santé des enfants et montre aussi l'ampleur du problème.

Ainsi, chaque année, les risques environnementaux – pollution de l'air intérieur et extérieur, tabagisme passif, insalubrité de

l'eau, manque de moyens d'assainissement et hygiène insuffisante – entraînent le décès de 1,7 million d'enfants de moins de 5 ans. L'enfant, victime d'un orgueil technologique, sociétal ?

60 ANS POUR DÉMONTRER L'EFFET DES POLLUANTS SUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT !

Comment s'extraire de ces statistiques épidémiologiques morbides et tenter de comprendre comment on en arrive là ? Une approche raisonnée des causes et des conséquences devrait pouvoir définir le danger et les seuils de risque. C'est l'objet de la toxicologie qui devient environnementale quand on s'accorde sur l'idée que les contaminants transitent, se transforment dans l'environnement et modifient les écosystèmes.

Commençons par parler polluants.

En faire une liste revient d'abord à observer les liens entre travail et santé. Métaux lourds, gaz, solvants, fibres et particules, composés mutagènes, radiatifs sont bien documentés. Ils sont utilisés depuis longtemps, circulent ou s'accumulent en quantité et sont facilement détectables. Historiques, ils font l'objet d'une accumulation de connaissances et les liens avec des pathologies sont clairs. Il faut ensuite considérer les polluants générés par l'agriculture intensive, pesticides et engrais, dont les tonnages sont gigantesques. Ce sont des POPs, polluants organiques persistants qui s'accumulent dans les sols et dans les chaînes alimentaires. Mis à l'index par l'ouvrage de Rachel Carson « *Le Printemps silencieux* » 1962. Ils contribuent à l'émergence de l'écologisme et à la définition moderne de l'environnementalisme. Ils sont à l'origine de la prise de conscience

d'une crise globale de l'environnement. « Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité, tout être humain est désormais soumis au contact de produits chimiques dangereux, de la conception jusqu'à la mort »

Enfin, on considère les micropolluants ou polluants traces dont la particularité est d'être difficile à quantifier. Ce sont généralement des POPs. On citera les PCB, PBDE ou retardateurs de flamme, les PFOA ou dérivés perfluorés (Teflon®), les adjuvants plastiques, médicaments, additifs et stabilisants alimentaires et cosmétiques. Ils sont souvent les pépites technologiques d'un produit de consommation, une garantie qualité...

La toxicité des POPs est évidemment évaluée pour établir un risque, indice nécessaire au législateur pour libérer l'utilisation de la molécule. C'est là que commence notre examen des paradigmes en toxicologie et c'est là aussi que commence l'histoire des perturbateurs endocriniens. Nous grandissons ou vieillissons donc avec des molécules qui sont des biocides (pesticides) ou qui se comportent comme des médicaments non-contrôlés.

LA TOXICOLOGIE CLASSIQUE EST PRISE EN DÉFAUT

→ Éléments de compréhension : les 3 âges de la toxicologie

- **1^{er} âge > 1945.** L'action par la preuve selon le principe de Paracelse. « C'est dans la dose qu'est le poison » énonce que l'on peut déterminer la relation entre une dose, la concentration d'une molécule, et une réponse. C'est un principe essentialiste ou déterministe qui associe une cause à un effet. Il cherche à décrire les conséquences d'une exposition. Il est à la base de notre utilisation de la pharmacopée et permet donc de déterminer les limites d'utilisation de principes actifs ou de leurs dérivés (métabolites). En toxicologie, on produit donc de nombreuses expériences établissant la relation dose/réponse sur différents modèles biologiques de laboratoire mimant la physiologie des cellules, des organes ou des individus cibles. Ces courbes sont dites de types monotones et permettent de déterminer des points critiques, véritables seuils d'effet de la molécule sur un phénotype ou un processus physiologique (CEx % concen-

tration efficace sur x % du processus ou de la population). Lorsque l'on établit la concentration pour laquelle il n'y a pas d'effet ou alors le plus petit effet, il est extrapolé une zone de sécurité. Cette zone de sécurité détermine généralement la quantité de polluant que l'on peut absorber de manière régulière ou cumulative sur une période donnée (ex : *DJA*, dose journalière admissible). Malgré de nombreuses limitations méthodologiques et statistiques, on finit par donner les recommandations sanitaires qui sont *in fine* les décisions de comités fondés sur le concept de la balance Bénéfice/Risque. Comités *ad hoc* créés par les pouvoirs publics et leurs administrations concernées, dans lesquels les personnalités réellement compétentes au plan scientifique sont le plus souvent minoritaires. Ces approches ne donnent donc pas de réponses absolues mais des indications avec lesquelles on joue une part de risque.

Finalement, malgré cette appropriation critique, on constate que le **message qui reste à l'esprit et qui est véhiculé** est le suivant :

Quand on identifie une dose sans effet majeur pour la santé, on considère qu'on est tranquille tant que l'on reste en dessous.

- **2^e âge > 1980.** La toxicologie environnementale indique que les polluants sont modifiés par leur séjour dans les milieux et les organismes. Au terme de leur transfert entre leur lieu d'émission et leurs cibles, ils se concentrent, se transforment et se combinent. Ils s'invitent en mélange à notre table, dans l'air que l'on respire, etc. On cherche donc à décrire les voies d'expositions possibles en fonction de l'évolution des polluants dans le milieu. On doit accepter qu'il existe une mondialisation des polluants qui peuvent faire le tour de la Terre en moins de 15 jours, se stocker dans les sédiments et les sols, persister plus de cent ans et refaire surface malgré leur interdiction dans les eaux de boissons et dans les aliments. L'utilisation de substances xénobiotiques dans les processus humains et industriels peut donc aboutir à des multi-expositions aux composés parents mais également aux substances filles (*i.e.* produits de

combustion, de transformation ou de dégradation).

C'est donc de biodisponibilité qu'il faut parler maintenant. Il s'agit d'un des paramètres essentiels de la toxicité car un changement de la biodisponibilité d'un polluant équivaut à un changement de toxicité. En effet, c'est le statut physique (adsorbé, solubilisé) ou chimique (complexé, ionisé, modifié), initial ou modifié, seul ou en mélange dans lequel se trouve un polluant qui conditionne son écotoxicité.

C'est le cas typique des substances qui sont accumulées, véhiculées, concentrées dans la chaîne alimentaire. Pas besoin d'exemple une simple citation de R. Carson : « Nous pulvérisons les ormes, et aux printemps suivants nul merle ne chante, non qu'ils aient été touchés directement mais parce que le poison a fait son chemin, pas à pas de la feuille de l'orme au vers, puis du vers au merle ».

Ces données de transfert et de devenir des xénobiotiques apportent une dynamique spatio-temporelle qu'il faut absolument prendre en compte pour estimer les risques.

Ce volet écotoxicologie nous propose donc **un second message volontairement rassurant** :

Quand on sait ce que deviennent les contaminants, on peut mieux prédire le risque.

LE RISQUE D'UNE SUBSTANCE est fonction :

DANGER ET RISQUE

- du danger de la substance,
- de la probabilité d'exposition à cette substance.

Le danger est fonction de la toxicité intrinsèque de la substance. Elle peut être aiguë ou chronique.

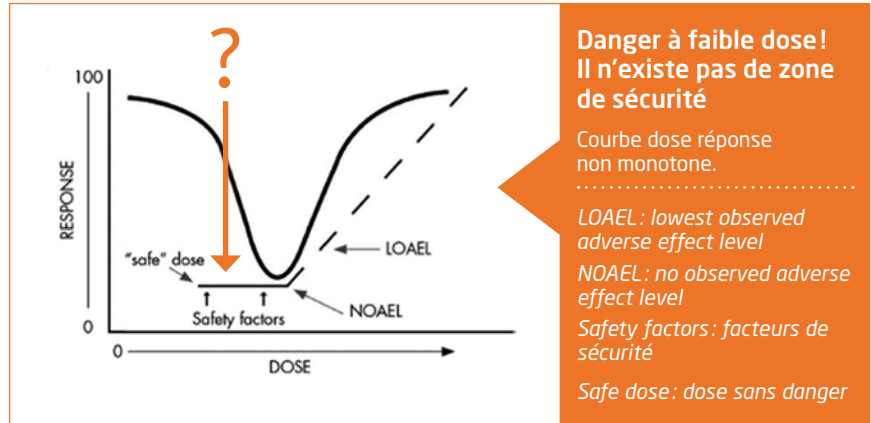
La probabilité d'exposition à une substance est relative à tout ce qui peut déterminer le devenir de la substance dans l'environnement. Elle prend également en compte la durée d'exposition (continu, occasionnel), la voie d'exposition (per-cutanée, ingestion, inhalation...) et l'individu exposé (sexe, âge...).

- **3^e âge > années 2000.** Les contaminants agissent comme des médicaments non contrôlés et interfèrent, à faible dose,

avec l'homéostasie. Cette affirmation est contemporaine mais aurait pu être formalisée bien plus tôt, dès l'utilisation massive de pesticides. Les observations naturalistes ont rapidement montré que les fonctions de reproduction des oiseaux, des amphibiens, des poissons étaient affectées. Ainsi on sait qu'en présence de molécules organochlorées, l'épaisseur de la coquille des oiseaux est réduite. On sait également que le taux de féminisation des poissons est largement augmenté. Déterminisme du sexe, fabrication et qualité des gamètes et des organes reproducteurs sont des processus régulés par les hormones. Le succès de la reproduction est donc dépendant de l'homéostasie des fonctions endocrines et l'on montre que les contaminants chimiques perturbent cette homéostasie. L'affaire du Distilbène viendra dramatiquement illustrer le propos.

Il faut toutefois attendre le XXI^e siècle pour que cette question des perturbateurs endocriniens soit au centre de l'attention des pouvoirs publics. Ceci tient au fait que les techniques de chimie analytiques ont fait reculer les limites de détection des contaminants dans les milieux et les matrices biologiques. Les progrès de la biologie moléculaire et cellulaire ont également permis de suivre les réponses des organismes à des concentrations dites faibles de molécules. La preuve de concept est donc en marche et on accumule progressivement les données épidémiologiques et mécanistiques concernant les perturbateurs endocriniens (PE).

Scientifiquement parlant, ce terme s'applique à toutes les substances exogènes qui interfèrent avec n'importe quel aspect de la signalisation hormonale. Les produits chimiques perturbateurs endocriniens peuvent, soit déclencher une action hormonale, soit bloquer les récepteurs, ce qui les rend inaccessibles aux hormones naturelles. Ils peuvent également interférer avec les enzymes synthétisant les hormones ou modifier les niveaux d'hormones naturelles en affectant la façon dont les hormones naturelles sont contrôlées (activées, désactivées, métabolisées...). Ce qu'il faut maintenant retenir au sujet des hormones et des PE, c'est qu'ils ne suivent pas le principe toxicologique de « *la dose fait le poison* ». Ils peuvent causer un effet à



une faible, très faible concentration, un effet différent ou même l'effet opposé si la dose augmente. De telles réponses sont dites non-monotones. Il existe donc un danger à faible dose c'est-à-dire dans les niveaux de concentration considérés comme la zone de sécurité. Sic !

→ Actions ou vérités

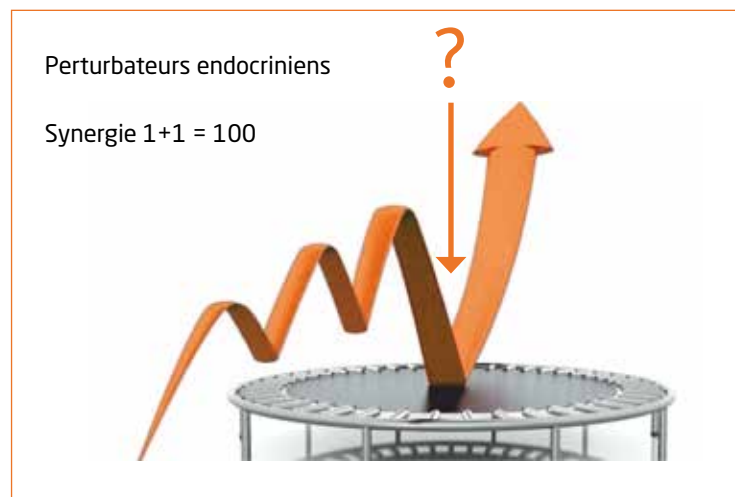
Comprendre les mécanismes d'action, trier les molécules selon leur potentiel PE ne suffit pas à condamner l'utilisation de la molécule. En effet, de nouveaux paramètres doivent être pris en compte. Le premier concerne la fenêtre d'exposition c'est-à-dire le moment physiologique où la molécule présente un danger ! Ce moment varie avec l'âge ou la santé c'est-à-dire le contexte métabolique. Découverte radicale, on met en évidence la vulnérabilité de certains stades de développement, notamment la vie foetale, la petite enfance ou l'adolescence.

Un second concerne la coexposition et introduit la notion de toxicité des mélanges. Dans le cas des xénobiotiques non PE,

on peut s'accorder sur l'additivité des réponses. Dans le cas des PE, la littérature indique de manière claire que des effets combinés peuvent se produire, y compris lorsque les substances sont présentes dans le mélange à des niveaux inférieurs ou égaux aux doses sans effets. Les effets sont donc largement décuplés pour des concentrations faibles de molécules avec une potentialisation, voire une synergie des réponses.

Les chercheurs de l'Inserm et du CNRS de Montpellier ont élucidé un mécanisme moléculaire qui pourrait contribuer au phénomène connu sous le nom de « *effet cocktail* ». Ils montrent que certains œstrogènes comme l'éthinylestradiol (un des ingrédients actifs des pilules contraceptives) et les pesticides organochlorés comme le trans-nonachlor, bien que très faiblement actifs seuls, ont la capacité de se lier simultanément à un récepteur situé dans le noyau cellulaire, et de l'activer de manière synergique.

Des analyses au niveau moléculaire indiquent que les deux composés se lient



conjointement au récepteur, c'est-à-dire que la liaison de la première molécule favorise la liaison de la seconde. Cette coopérativité est due à des interactions fortes au niveau du site de liaison du récepteur, de sorte que le mélange binaire induit un effet toxique à des concentrations sensiblement plus faibles que les molécules individuelles. Les modalités de liaison sont nouvelles (ligands *supra* moléculaires) et n'ont jamais été décrites par les chimistes. C'est donc une question d'affinité relative qui est au cœur du sujet, une nouvelle page de l'interaction moléculaire s'ouvre donc qui échappe à toutes connaissances préalables mais peut expliquer les comportements non monotones de certaines courbes doses réponses.

Les faits et arguments proposés insistent sur la signalisation dans l'axe hypothalamo-hypophysaire gonadotrope. On pourra se pencher sur la signalisation des hormones thyroïdiennes, absolument indispensables au bon développement du cerveau du fœtus, du nouveau-né et de l'enfant en bas âge. De nombreux polluants ont la capacité de modifier le bon fonctionnement des hormones thyroïdiennes. Les particules fines constituent de vrais chevaux de Troie : les polluants s'y agrègent et pénètrent plus profondément dans les tissus. La neuro-inflammation favorise les PE. Mais les conséquences de l'exposition sont largement différées dans le temps chez

l'enfant et chez l'adulte. Dans les écoles où la pollution est la plus élevée, les enfants progressent moins bien (Jordi Sunyer, épidémiologie environnementale, Barcelone). L'intelligence et la santé mentale de nos futurs enfants sont menacées par une exposition continue à des mélanges perturbant les hormones thyroïdiennes dans le corps de la mère, et ce, dès la conception. C'est la neurotoxicité.

Pour finir, on pourrait se pencher sur la perturbation du système immunitaire et de nos nouveaux organes symbiotiques, les microbiotes.

« Les insecticides sont utilisés comme neurotoxiques, pourquoi devrions nous être surpris s'ils causent de la neurotoxicité ? La pollution empêche les enfants d'atteindre leur plein potentiel développemental et intellectuel »
(Bruce Lanphear, Pédiatre).

L'histoire des PE permet donc d'envisager une conclusion qui n'est pas politiquement correcte mais qu'il faut désormais admettre.

La relation entre un seul contaminant et un seul effet associé est rarissime et ne reflète pas la réalité des expositions qui sont souvent multiples et complexes. Il n'existe pas de valeur « seuil » intrinsèque, ni de toxicité, ni de sécurité. Il faut profondément changer notre paradigme en

AVEC LES PERTURBATEURS ENDOCRINIENS

- La relation entre l'effet toxique et la dose n'est pas toujours "monotone".
- Ce n'est plus la dose mais le moment d'exposition qui devient crucial.
- Des effets transgénérationnels.
- Des effets "cocktails" inattendus.

toxicologie et ecotoxicologie. La prise en compte des caractéristiques développées dans le cas des PE remet donc en cause l'évaluation des risques. Une santé humaine mieux protégée ?

Il doit donc exister une vision multidimensionnelle des relations entre environnement et santé. C'est la notion **d'exposome** qui est aujourd'hui le concept fédérateur le plus abouti. Il décrit l'évaluation cumulative des influences environnementales associées aux réponses biologiques tout au long de la vie, prenant en compte les expositions provenant de l'environnement, de l'alimentation, du comportement ou encore des procédés endogènes. Il intègre non seulement l'environnement mais aussi les causes psychologiques et socio-économiques.

Ce premier volet du dossier permet de formaliser la pensée sans accuser. C'est une démarche d'appropriation de connaissances pour réfléchir et débattre. C'est cette activité de débat qui doit prévaloir sur les recommandations concernant les perturbateurs endocriniens dans le champ professionnel des soignants. On a bien compris que l'on ne pouvait pas ranger les PE dans une catégorie "bien ou mal". Essayons donc de proposer des éléments de réponses, des lectures adaptées.

VERS QUI PRENDRE ATTACHE POUR CONNAÎTRE ET SAVOIR ?

J'ai volontairement exclu le site gouvernemental, du Programme National de Recherche sur les Perturbateurs Endocriniens (PNRPE), créé en 2005, qui

a pour objectif de soutenir des recherches fondamentales et appliquées en appui à l'action publique sur les questions ayant trait à la perturbation endocrinienne.

J'ai choisi de privilégier les sites d'informations et réseaux d'experts indépendants, lanceurs d'alerte.

→ **Le RES**
<http://www.reseau-environnement-sante.fr>



L'interdiction du Bisphénol A est une conséquence du combat mené par des lanceurs d'alerte au début des années 2000. Ainsi est né le Réseau Environnement Santé (RES) dont l'appel de 2009 constitue une charte « *Nous affirmons qu'il est urgent de changer de logique et de considérer comme primordiale la relation de l'homme à son écosystème afin de mettre la santé environnementale au cœur de la politique de*

santé. Nous appelons à constituer un Réseau Environnement Santé pour rassembler tous ceux qui se reconnaissent dans cet objectif: associations, syndicats et personnes (Citoyens, professionnels de santé et scientifiques). [...] Face à l'épidémie de maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, cancers, asthme, trouble de la reproduction, troubles du comportement...), agir sur les causes environnementales est essentiel. »

Ce réseau compile, analyse, synthétise et diffuse la connaissance sur notamment les PE et contaminants environnementaux. Il suit une démarche scientifique par investigation sans *a priori* économique, culturel ou politique.

Chaque mois une lettre fait le point sur la bibliographie scientifique, la progression de la législation et sur les leviers sociétaux. Depuis 2012, exposition et plaquette sont disponibles pour information et débats.

→ **Le Food Packing Forum**<http://www.foodpackagingforum.org>

L'activité packaging est indispensable à notre mode de distribution des produits alimentaires et pharmaceutiques. Par conséquent, les emballages sont vecteurs et producteurs de contaminants environnementaux dont les effets sur la santé ont été développés plus haut. Le Food Packaging Forum communique des informations scientifiques de qualité, indépendantes et permet l'autodétermination des consommateurs en fournissant les faits sur les aspects relatifs à l'emballage alimentaire et la santé. Il met l'accent sur la composition chimique des matériaux en contact avec les aliments, la migration et l'exposition chronique à des mélanges de substances de contact alimentaire à des niveaux faibles. Il s'adresse à toutes les parties prenantes : les décideurs commerciaux, les régulateurs, les médias et les experts en communication, et les scientifiques.

→ **Alerte des Médecins sur Les Pesticides AMLP**<http://www.alerte-medecins-pesticides.fr>

Collectif médecin du Limousin, ces professionnels ont choisi de prendre la parole pour témoigner de leurs observations, recrudescence de maladies chroniques : cancers, troubles de la fertilité, maladies neurologiques, diabète. Une vingtaine de signataires ont rapidement pris conscience que cet appel ne pouvait être qu'un début. Il fallait renouer avec les agriculteurs, ne pas abandonner les riverains, revenir à la charge auprès des décideurs, informer et sensibiliser le public, soutenir ceux qui se battent pour améliorer les réglementations vis-à-vis des pesticides...

→ **Conseils de prévention contre les perturbateurs endocriniens**Thèse d'exercice de médecine générale
<http://www.theseimg.fr/1/node/322>Anne-Sophie CARDIN
<http://preventioncontrelespe.fr>

Élaboration d'un guide de conseils préventifs contre les risques liés aux perturbateurs endocriniens à l'usage des médecins généralistes. Évaluation nationale de ce guide par 420 médecins généralistes.

À partir de ces éléments d'informations qui sont exhaustifs, je vous propose une synthèse qui prend la forme de fiche conseil que les soignants pourront parcourir avec leur patientèle. Ce document est largement inspiré du travail d'A.-S. Cardin dont la version originale est téléchargeable.

→ **Comment peut-on rassurer les patients ?**

Le problème des PE n'est pas de nature complexe à expliquer, il ne faut pas en faire un tabou ! La première démarche est de transmettre de l'information en reconnaissant les limites de nos connaissances. Ces incertitudes ne sont pas le moyen de s'excuser mais l'occasion de montrer que les idées évoluent (c'est la **notion d'exposome** par exemple) et qu'une grande part de notre gestion personnelle et collective de la santé se base sur la balance Bénéfice/Risque. Bien reconnaître que les journaux, réseaux sociaux et Internet regorgent d'informations et ne pas combattre les fanatiques mais expliquer. Enfin, il faut indiquer les sites ou ouvrage des réseaux d'experts indépendants, c'est-à-dire écouter les groupes activistes.

→ **Quels conseils donner ?**

Le conseil de bon sens va de soi. Ne pas être la cible du marketing. Il faut être raisonnable, voire minimaliste, sur sa consommation de produits industriels censés améliorer notre bien-être. Éliminer les produits non nécessaires. Se construire une hygiène respectant les processus naturels de défense du corps pour ne pas décaper la peau et les muqueuses (ne pas sensibiliser la barrière cutanée, préserver son microbiote intestinal vaginal, cutané). Éviter les agents conservateurs antibactériens et parfumés. Protéger du soleil par un vêtement et non par des filtres. Manger bio dans la limite du nécessaire !

**PE et cibles au cours de la vie.**
En rouge, les moments de la vie à sanctuariser

(source : RES et AS Cardin)



Protéger de l'exposition aux PE : la femme en âge de procréer/période pré-conceptionnelle, la femme enceinte ou allaitante, le jeune enfant.

SANCTUARISER LA GROSSESSE ET LES PREMIERS ÂGES

Les données scientifiques sont unanimes pour considérer qu'il s'agit d'une période de vulnérabilité maximale. Parce que les jeunes couples sont plus attentifs aux conseils concernant le futur bébé et que les bonnes habitudes se prennent tôt!

LES PERTURBATEURS ENDOCRINIENS (PE) INTERFÉRENT SUR LES MÉCANISMES ŒSTROGÉNIQUE, ANDROGÉNIQUE, THYROÏDIEN

- Effet non monotone, conséquences plus fortes à faible dose
- Fenêtre d'exposition
- Effet cocktail: des molécules peu ou non toxiques prises isolément peuvent devenir nocives lorsqu'elles sont mélangées
- Interférence, synergie: difficile de prévoir le risque

Les plus documentés → Bisphénol A Phtalates Parabènes
Perfluorés Dioxines/PCB Pesticides Polybromés
Diéthylstilbestrol Formaldéhydes Phénoxyéthanol Alkylphénols.

DANS:

- Alimentation, eau, air intérieur/poussières;
- Produits en plastique, contenants alimentaires plastifiés, conserves, canettes, ustensiles en téflon, électronique;
- Produits d'hygiène, filtres solaires, cosmétiques (shampoings, crèmes, parfums, maquillage, vernis...), vêtements neufs;
- Produits ignifugés (retardateur de flamme), peintures, colles, revêtements de sol...;
- Certains médicaments (conservateurs, excipients).



Exposition et plaquette du RES sur les PE (8 panneaux)

INFORMER LA FEMME EN ÂGE DE PROCRÉER OU ENCEINTE, LES JEUNES PARENTS, DE L'INTÉRÊT DE LA PRÉVENTION CONTRE LES PE

- En cas d'exposition significative aux PE, risque majeur de pathologies congénitales ou de maladies chroniques à distance chez l'enfant, à l'âge adulte, chez ses descendants.
- Origine fœtale (fenêtre de vulnérabilité majeure) d'une grande partie des pathologies rattachées aux PE.
- Questionner la femme en âge de procréer sur un éventuel projet de grossesse.
- Prévoir si possible une consultation préconceptionnelle en cas de projet de grossesse (prévention contre les PE) suppléments en iode (maintien de la signalisation thyroïdienne pour intégrité développement cerveau fœtal...).
- Intérêt notable de la prise quotidienne d'acide folique par la femme en préconceptionnel et en début de grossesse (prévention contre les anomalies congénitales dont celles du tube neural, rôle protecteur de l'acide folique contre les PE).
- Périodes critiques d'exposition: période préconceptionnelle, grossesse (notamment toutes premières semaines de grossesse/organogénèse), allaitement, petite enfance, puberté.
- Aspect irréversible de certaines pathologies rattachées aux perturbateurs endocriniens.

PRÉVENTION PE ET ALIMENTATION (suite)

- Privilégier le "bio", bien laver les fruits et légumes, notamment en pré-conceptionnel, durant la grossesse.
→ Les pesticides se concentrent dans la peau, pour les pommes on recommande une pelure de 0,5 cm!
- Éviter la consommation de soja chez la femme enceinte et le jeune enfant.
→ Contient des phytoestrogènes.
- Éviter de consommer des poissons d'eau douce (accumulateurs de PCB), des poissons prédateurs sauvages.
→ Thons, saumons bio amplifient les concentrations de métaux contenus dans leurs proies.
- Privilégier les petits poissons (sardine, merlan).
- Éviter les plats préparés, halte aux emballages type fast-food et anti-gras.
→ Exhausteur de goût, conservateurs et contenants plastique sont des PE.
→ Les contenants alimentaires sont souvent traités aux composés perfluorés (PFOA).
- Éviter les conserves et les contenants en plastiques suivants: Polychlorure de vinyle (n° 3 ou PVC) Polystyrène (n° 6 ou PS) Polycarbonate (n° 7 ou PC).
- Éviter le contact d'aliments chauds avec du plastique: aliments chauffés au micro-ondes dans des contenants en plastique, bouteille plastique en plein soleil, boisson chaude dans un gobelet en plastique...
→ Favorise la migration des adjuvants, bisphénol, phtalate du contenant vers le contenu. >>>

PRÉVENTION PE ET ALIMENTATION (suite)

- Éviter les ustensiles traités au téflon ou altérés (rayures, usure), préférer céramiques et verres.
- Éviter la consommation de produits contenant des parabènes cachés : de E214 à E219, souvent utilisés dans des liquides sucrés type sirop, jus concentrés.
- Pour la femme en surpoids/obèse avec projet de grossesse, enceinte ou allaitante : limiter les pertes de poids importantes (relargage dans l'organisme, pour le fœtus/dans le lait, de PE lipophiles stockés dans les graisses).

PRÉVENTION PE ET PRODUITS D'HYGIÈNE/ COSMÉTIQUES

- Éviter produits cosmétiques contenant des phtalates, alkylphénols, parabènes, phénoxyéthanol, triclosan, formaldéhyde, BHA hydroxyanisole butylé ou E320, MIT methylisothiazolinone, MCIT methylchloroisothiazolinone.
- Éviter filtres solaires contenant benzophénone (BP-3), 4-methylbenzylidene camphor (4-MBC)...
- De façon générale, éviter les produits avec PE non rinçables/en contact prolongé avec la peau (fond de teint, vernis, crème, rouge à lèvres), les produits mis après la douche (perméabilité cutanée), surtout chez la femme enceinte ou allaitante.
- Éviter les colorations de cheveux et produits capillaires.

PRÉVENTION PE ET PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS

- Limiter la prise de paracétamol durant les premières semaines de grossesse.
- Proscrire l'aspirine, l'indométacine et tout AINS en général durant toute la grossesse.
- Inhibiteur de la 5-alpha réductase, alprostadil : utiliser le préservatif lors de rapport sexuel pour limiter la transmission du traitement chez la femme en âge de procréer, enceinte ou allaitante.
- Crème vaginale à base d'oestrogènes : éviter le rapport sexuel juste après l'application de la crème pour limiter la transmission du traitement chez l'homme, ne pas appliquer la crème en cas de grossesse.
- Limiter les traitements contenant des PE tels que les parabènes dans les excipients.
- Éviter les médicaments et les compléments alimentaires contenant du phtalate de dibutyl (DBP), du phtalate de diéthyle (DEP).

PRÉVENTION PE DANS LES PRODUITS POUR BÉBÉ ET L'ENVIRONNEMENT FAMILIAL

- Informer les jeunes parents sur les PE pouvant être contenus dans les produits pour bébé.
- Privilégier les produits sans bisphénol A, sans phtalates, sans polybromés.
- Limiter les produits cosmétiques pour bébé avec de nombreux parfums, conservateurs. Baigner Bébé dans une eau simple et limiter l'usage systématique de lotion après le bain et le changement de couche.
- Limiter les lingettes et privilégier celles sans conservateurs. Le phénoxyéthanol par exemple favorise la perméabilité cutanée et le transfert des adjuvants contenus dans les couches. Utiliser les liniments.
- Utiliser des biberons en verre. Ne pas chauffer les aliments dans des contenants/biberons en plastique. Éviter le plastique polycarbonate pour les ustensiles de cuisine.
- Privilégier les textiles labellisés Oeko-Tex 100/100, label EKO, Naturtextil, ou en matières naturelles non traitées.
- Laver les vêtements neufs avant de les utiliser (élimination des alkylphénols utilisés comme détergents).
- Laver les jouets lavables, sortir les jouets de leur emballage plusieurs jours avant de les présenter à l'enfant.
- Limiter les poussières domestiques. Les particules de poussière sont des éléments concentrateurs des contaminants. Aspirer régulièrement avec un filtre HEPA.
- Limiter l'utilisation de retardateurs de flamme bromés. Ceci est toutefois très difficile car leur présence n'est pas toujours signalée (dans les textiles d'ameublement, les revêtements, les isolants).
- Privilégier les matériaux de bricolage (lino/revêtement de sol, peinture...) avec le moins de PE.
- Limiter les travaux d'isolation, pose de PVC, décapage, colles, peintures et revêtements de sol pendant toute la grossesse et les premiers mois (évite la production de poussières concentrant PE, solvants, COV).
- Meubles en aggloméré : les déballer en extérieur, les aérer, attendre plusieurs jours avant de les monter (présence de formaldéhyde).
- Lire les étiquettes et le degré de volatilité des COV (Composé Organique Volatile).
- Proscrire les insecticides (même bio à base de Pyrèthrine naturelle!). Attention aux anti-acariens et traitement de literie.
- Aérer.

PROFESSIONS À RISQUE

- Professions dans l'agriculture, la viticulture
- Jardinier
- Infirmier/infirmière
- Aide-soignant(e)
- Professions en laboratoire
- Dentiste, assistant(e) dentaire
- Professions dans le nettoyage, le ménage
- Professions dans la coiffure, l'esthétique
- Caissière
- Professions dans l'industrie chimique/pharmaceutique



Journées d'études et de formation

45^e ASSISES NATIONALES DES SAGES-FEMMES

28^e Session Européenne

STRASBOURG

PALAIS DES CONGRES, 17 - 18 - 19 MAI 2017

AVANT-PROGRAMME*

Responsables scientifiques : Mme N. BERLO-DUPONT, Mme C. BROCHET, Mme C. BUZENET (Paris), Mme C. LALLEMENT (Metz), Mme M-C. LEYMARIE (Clermont-Ferrand), Mme C. MORIN (Bordeaux), Mme A-M. CRESSON (Nancy), Mme C. DOYEN (Strasbourg), Mme G. GRATIER de SAINT LOUIS (Metz)



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)
- **Éducation 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 tographique 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 • MANGEUVRES OBSTÉTRICALES • PRATIQUES CONTRACEPTIVES - POSE DE DIU-IMPLANTS • SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DE PREVENTION-FROTIS-EXAMEN DES SEINS • DEPISTAGE DES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES • ENCADREMENT DES ETUDIANTS

N° formation : A.P.S.F. - 11755452675 - Droit d'inscription : 320 €

Renseignements et inscriptions : ASSISES NATIONALES DES SAGES-FEMMES - C.E.R.C-CONGRES - 17 rue Souham, 19000 TULLE

Tél. : 05 55 26 18 87 - E-mail : inscription@cerc-congres.com - Web : www.assises-sages-femmes.eu

Recommandé par
les Sages-Femmes

- Enrichi en vitamines et minéraux importants pendant la grossesse
- N'attendez pas d'être enceinte pour en consommer
- Variez les plaisirs avec deux parfums

Pomme
Cranberry
Raisin

Orange
Mangue
Banane



motilia[®]

Smoothie



- 100 % Fruits
- Sans sucres ajoutés
- 1 bouteille par jour



NOUVEAU

Faites le plein de vitamines
fruitées toute l'année!

Vendu par pack de 4 bouteilles de 200 ml.
Déjà disponible sur notre boutique Internet :
www.francebebe.fr/shop/



www.francebebe.fr



Dossier D.O.PÉDIA

Nous vous proposons un nouveau D.O.PEDIA ce mois-ci plutôt que juillet pour ne pas différer la publication des articles que vous nous avez envoyés. Nous vous en remercions et espérons la poursuite de votre engagement à nous faire part de vos travaux.

SOMMAIRE DU DOSSIER

18

MAYOTTE : L'ÎLE AUX ENFANTS !
ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE
DU SECTEUR DE PASSAMAINTY

28

DÉPISTAGE ET PRÉVENTION
DU DIABÈTE GESTATIONNEL
PAR LA SAGE-FEMME

24

PARCOURS EN CAS DE MENACE
D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ
EN LORRAINE

Mayotte: l'Île aux enfants!

ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE DU SECTEUR DE PASSAMAINTY

Cet article va tenter d'analyser les changements démographiques intervenus dans le secteur urbain de Passamainty, à Mayotte.



Source : <http://www.cartedumonde.net>

INTRODUCTION

Mayotte, petit département français situé dans le Canal du Mozambique, au sein de l'Archipel géographique des Comores, est confronté à une augmentation anormale des naissances depuis 2015 (30 % en plus par rapport à l'année 2013). Cette situation inédite nous amène à nous interroger sur les facteurs qui ont pu favoriser un tel phénomène. Ce témoignage de terrain va nous permettre d'avoir une idée au plus près de la réalité.

SOURCE ET MÉTHODES

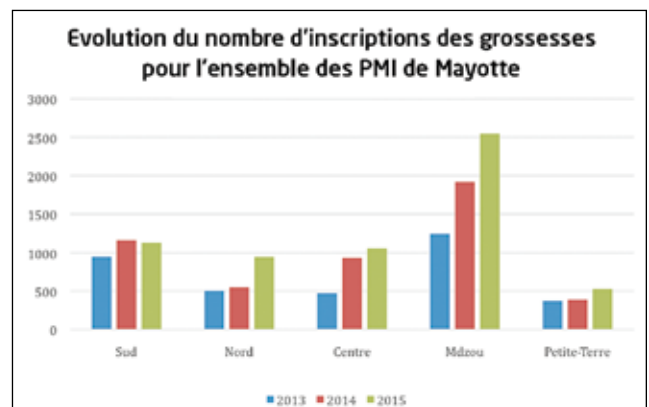
La source principale des données de la P.M.I. de Passamainty est fournie par le dossier obstétrical de la patiente, les indicateurs (environ 40 items) ont été saisis de manière anonyme (N° PMI) sur un fichier Excel mis en place depuis 2008. Au 31 décembre 2015, 3 331 patientes ont été répertoriées.



Pour cette étude, les items suivants ont été retenus :

- Évolution du nombre annuel d'inscriptions de grossesses,
 - adresse des patientes,
 - âge des patientes,
 - antécédent de la parité,
 - espace intergénéral (EIG),
 - influence de la parité sur l'EIG ;
- Étude des primo-arrivantes (PA).

Mayotte est un des rares départements français où **la sage-femme, quel que soit son type d'activité (hospitalier, territorial et libéral) est la professionnelle de premier recours dans le parcours de soin gynéco-obstétrical de la patiente** (80,2 % des patientes selon l'étude DRESS Mayotte 2010 ⁽¹⁾). Nos structures PMI suivent chaque année les 2/3 des grossesses de l'Île, soit 6 204 patientes en 2015 ⁽²⁾ dont 41 % sont originaires du grand Mamoudzou, plaçant ainsi cette structure comme un acteur primordial dans ce parcours de santé. Il est important de souligner que, malgré cette surcharge de travail, les deux tiers de nos centres de PMI ne sont pas conformes aux normes d'hygiène et de sécurité ⁽³⁾. Les manques récurrents de matériels obligent l'ensemble du personnel à effectuer leurs missions par intermittence. Cette



situation scandaleuse ne semble pas gêner les diverses institutions et laisse l'ensemble du personnel de la PMI et les patientes dans un profond désarroi.

La PMI de Mayotte est divisée en cinq secteurs (Sud, Centre, Grand Mamoudzou, Nord et Petite Terre). Le nombre annuel de grossesses dans le secteur Sud est quasi stationnaire depuis 2013. Cette augmentation est surtout significative dans le Nord, le Centre et, dans une moindre mesure, Petite Terre tout en restant modérée. En revanche, c'est le grand Mamoudzou qui détient le record avec 41 % en 2015.

La PMI de Passamainty (20 % des grossesses du secteur de Mamoudzou) est dotée d'un poste de sage-femme à temps plein. Il se situe dans le secteur urbain de Mamoudzou et reçoit les patientes des communes de Passamainty, Tsoundzou 1 et 2, Kwale et Doujani 3.

LES INDICATEURS DE LA PMI DE PASSAMAINTY

C'est une étude descriptive sur l'ensemble des patientes inscrites depuis 2008 (patientes résidentes depuis longtemps NPA et primo-arrivantes PA) dans le secteur de Passamainty. Les résultats suivants ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble de l'Île mais sont probablement représentatifs du secteur urbain du Grand Mamoudzou car la composition de la patientèle est identique (forte proportion de non affiliées).

→ Caractéristiques de la population

• Évolution des naissances depuis 1978

Jusqu'en 1999, les données sur les naissances ont été difficiles à trouver, cette courbe a donc été obtenue grâce à plusieurs sources ⁽⁴⁾.

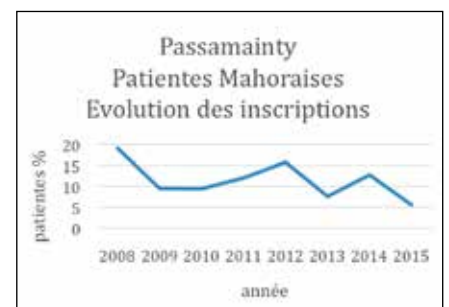
Afin de comprendre la situation, il est important de voir l'évolution des naissances depuis 1978 : ce chiffre augmente régulièrement pour atteindre près de 8000 en 2007, puis on observe une décroissance progressive jusqu'en 2013, puis à partir de 2014 le nombre de naissances est de nouveau en augmentation, pour atteindre 8845 naissances déclarées selon le C.H.M en 2015, le chiffre réel étant probablement supérieur à 9000. Le nombre de naissances a quadruplé depuis 1978 ! Avec 30 % de naissances en plus en deux ans, la situation démographique est particulièrement alarmante dans ce petit département.



Les résultats suivants concernent le centre de PMI de Passamainty.

→ Affiliation à la Sécurité sociale et nationalité des patientes

Ces deux graphiques nous montrent que notre patientèle est majoritairement d'origine Comorienne (60,8 % pour l'ensemble de l'Île selon l'étude DRESS Mayotte de 2010). Enfin, peu de patientes sont affiliées à la Sécurité sociale, le pourcentage des patientes Mahoraises diminue régulièrement depuis 2008 car elles optent le plus souvent pour un suivi en secteur privé (création de nombreux cabinets sages-femmes privés depuis 2008).

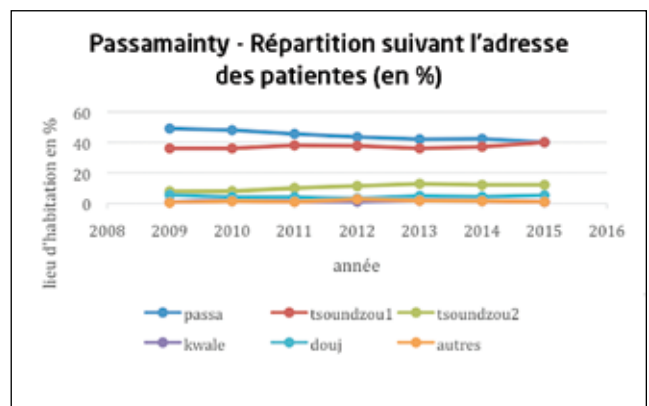


En 2010, l'étude DRESS de Mayotte montrait pour l'ensemble de l'Île un taux d'affiliation à la Sécurité sociale de l'ordre de 43 % ⁽⁵⁾.

→ Adresse des patientes

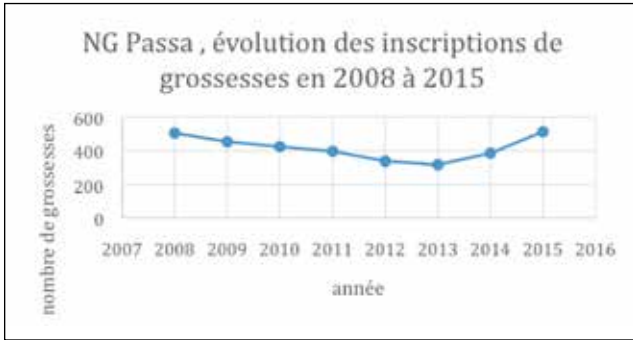
Sur chaque dossier l'adresse de la patiente est notée avec précision.

Les deux villages qui ont le plus de grossesses sont Passamainty et Tsoundzou 1, ils totalisent près de 80 % des inscriptions, le village de Tsoundou 2 est en légère augmentation et dépasse les 10 % depuis 2011.



→ Évolution du nombre d'inscriptions de grossesses depuis 2008

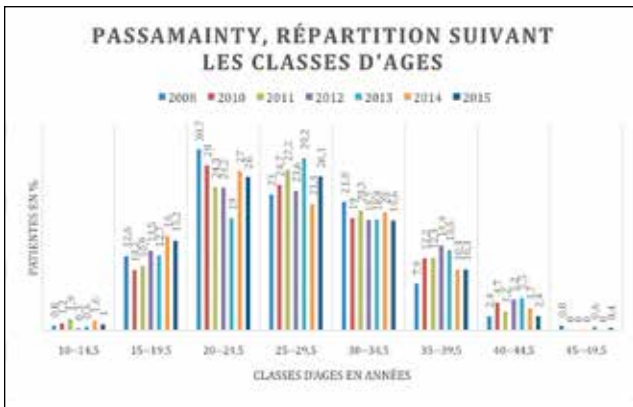
La première période de 2008 à 2013 laissait présager une certaine maîtrise démographique, puisque parallèlement le nombre de naissances sur l'ensemble de l'Île diminuait régulièrement pour atteindre 6630 en 2013 ⁽²⁾. Il n'aura fallu que



deux ans pour dépasser légèrement le nombre d'inscriptions de l'année 2008.

→ Répartition suivant les classes d'âge

Ce qui interpelle en premier lieu c'est l'augmentation quasi-régulière des grossesses chez les moins de 20 ans, passant de 12 % en 2008 pour atteindre 15 % en 2015. Selon l'étude DRESS Mayotte 2010 ce taux était de 11 %. Cela étant, il faut être extrêmement prudent avec l'âge des patientes, particulièrement pour les mineures en provenance des Comores, l'état civil n'étant pas toujours fiable. L'European Health Report de 2010 montre que seulement 2 % des patientes en France ont moins de 20 ans lors de l'accouchement.

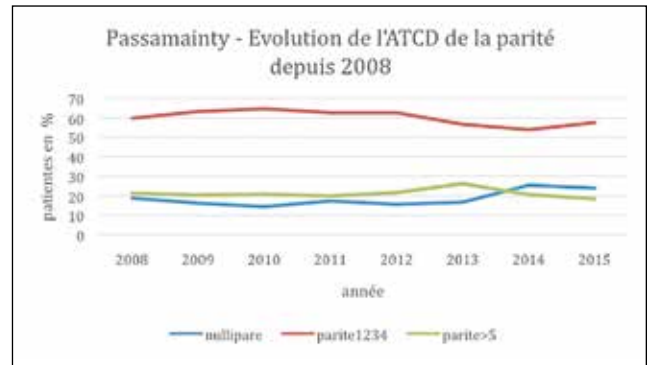


Nous constatons un pourcentage important de grossesses dans les tranches 20 – 24,5 et 25 – 29,5 ans, ces deux tranches totalisant plus de 50 % des patientes.

Le pourcentage de mères mineures est fluctuant. Il avait baissé de 2010 jusqu'en 2013 mais amorce une remontée significative depuis 2014 avec plus de 7 %, probablement majoré en partie par l'arrivée de jeunes filles mineures Comoriennes primo-arrivantes dont certaines ont déjà leur mère présente à Mayotte depuis de nombreuses années.



→ Répartition suivant l'antécédent de parité



Les antécédents de parités ont été classés comme suit : à savoir nullipares, parités intermédiaires (1, 2, 3, 4) et grande multiparité (5 et plus).

C'est la classe intermédiaire qui est la plus représentée, quelle que soit l'année, elle oscille entre 55 et 65 % des patientes.

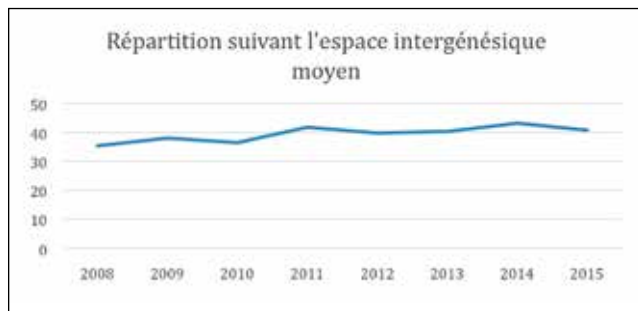
Le comportement procréatif des patientes est stable jusqu'en 2013. La proportion de nullipares est moindre que celles des grandes multipares en restant inférieure à 20 % jusqu'en 2013. La tendance s'inverse à partir de 2014 en avoisinant les 25 % et en dépassant les grandes multipares. Si on compare avec les chiffres de la métropole ⁽⁵⁾ les nullipares sont majoritaires et représentent plus de 43,7 % en France et 42,3 % à l'Île de la Réunion. Quant aux multipares 3 et plus, le taux est de 7,7 % à la Réunion et 2,9 % en France.

Lors de l'anamnèse, nous sommes très vigilants vis-à-vis des patientes car elles ont tendance à oublier de comptabiliser les accouchements qu'elles ont eus dans leur pays d'origine. En effet, il est fréquent que les femmes Comoriennes placent leurs enfants chez des membres de leurs familles avant de venir ici. On constate aussi le même processus chez les femmes Mahoraises qui partent à l'Île de la Réunion ou en France, leurs enfants étant placés chez des membres de la famille.

En 2015, le pourcentage de futures primipares est fortement majoré par l'arrivée des primo-arrivantes comme on le verra ultérieurement. La parité moyenne à l'accouchement reste plus élevée qu'en France, l'activité procréative de la majorité de nos patientes s'étale de la puberté jusqu'à la ménopause. Il est fréquent d'avoir dans nos centres de PMI des mères et leurs filles enceintes à tour de rôle. Certaines grands-mères ont moins de 30 ans.

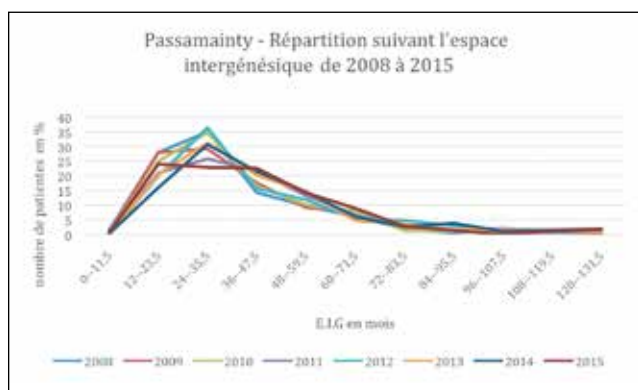
→ Évolution de la parité moyenne et de l'espace intergénéral



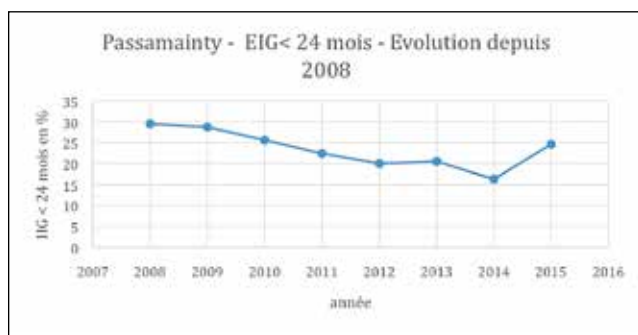


La parité moyenne augmente régulièrement sur la période 2008 à 2013 pour décroître ensuite jusqu'en 2015, passant de 4 à 3,5 (impact de l'augmentation des futures primipares).

On constate depuis 2008 que l'espace intergénésiqye moyen augmente régulièrement, passant de 35 à 40 mois entre chaque naissance.

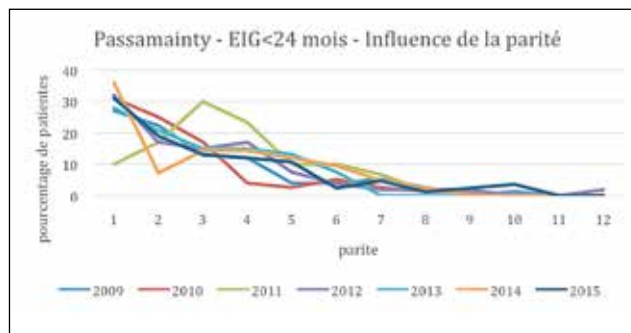


Cette courbe nous montre que les tendances des courbes sont toutes superposables avec un pic de patientes dans la tranche 24 – 36 mois. Dans l'Archipel des Comores, l'étude de la D.G.S.P de Moroni ⁽⁷⁾ montrait un EIG moyen de 31 mois, ainsi qu'une proportion de 30 % des patientes qui accouchent moins de 24 mois après le dernier enfant. Il semblerait donc que les patientes Comoriennes à Mayotte espaceraient mieux les naissances.



Cette courbe permet de voir l'évolution du taux de l'E.I.G < à 24 mois. Cette proportion diminue de 2008 jusqu'en 2014, passant de 30 % à 15 % témoignant d'une amélioration de l'espacement des naissances. Cependant, depuis 2015 on observe une nette remontée de la proportion de grossesses insuffisamment espacées (taux de 25 %).

→ Influence de la parité sur l'espace intergénésiqye inférieur à 24 mois



Ce graphique montre que pratiquement toutes les courbes sont superposables sauf pour l'année 2011 où se sont les troisièmes pare qui ont moins bien espacé leurs grossesses sans qu'il soit possible de trouver une raison, concernant les autres années ce sont les primipares qui espacent le moins les naissances.

IMPACT DES PRIMO-ARRIVANTES (PA)

→ Impact sur le nombre d'inscriptions de grossesses

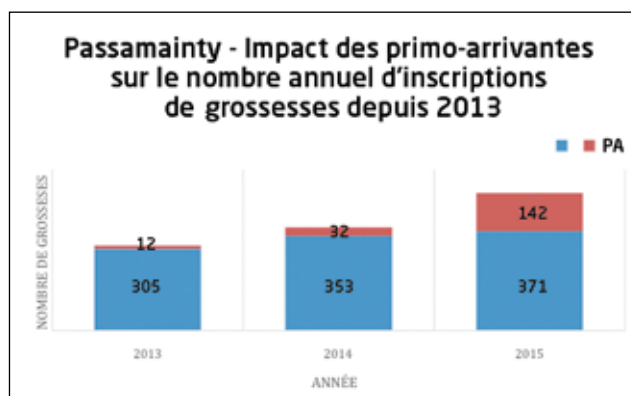
La proportion de primo-arrivantes ayant fortement augmenté, il était intéressant de faire une étude spécifique.

Une PA est une personne qui est arrivée à Mayotte depuis moins de 12 mois au moment du premier contact en PMI.

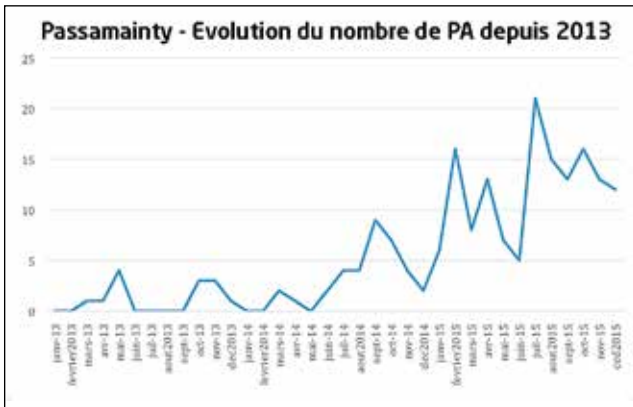
De 2013 à 2015, le nombre de PA a augmenté de manière très significative, atteignant 28 % en 2015. On observe conjointement que le nombre de grossesses dans la population initiale (non primo-arrivante : NPA) a fortement augmenté en 2014 (353) et de manière plus modérée en 2015 (371).

La sage-femme en poste depuis 2008 connaît particulièrement bien les patientes, il est donc aisé de savoir qui est primo-arrivante et qui ne l'est pas. L'année 2015 marque aussi le retour de patientes qui ont déjà accouché à Mayotte, puis aux Comores, cette proportion est de 4,2 % pour cette même année.

Les années 2013 et 2014 sont peu impactées par l'arrivée des P.A., on peut affirmer dans ce secteur que la hausse des inscriptions en 2014 provient de la population initiale, en revanche en 2015 la hausse très significative du nombre de grossesses est fortement corrélée aux flux migratoires.



→ Évolution du nombre de PA en fonction des mois depuis 2013



Mayotte a toujours été une terre d'immigration mais jusqu'en 2014 le nombre de patientes PA était peu élevé. Cependant, on note un pic depuis septembre 2014. Le nombre de PA augmente et s'accroît durablement en 2015 (144 PA au total). Les causes de cette forte augmentation sont multifactorielles (déliquescence du système de santé aux Comores, conditions de vie très difficiles et, enfin, application de l'ordonnance 2012-785 pour les patientes non-affiliées). Il est à noter que conjointement à l'arrivée de ces patientes enceintes, leurs enfants viennent aussi à Mayotte. La PMI-enfant ayant, depuis la fin de l'année 2014, une augmentation importante du nombre d'enfants suivis. Jamais un tel phénomène n'avait été observé auparavant.

→ Impact des primo-arrivantes sur le terme de la première visite à la PMI

Les patientes n'ont pas toutes le même profil. Nous constatons, dans ce secteur, deux catégories :

- Celles qui arrivent avec une grossesse en cours, avec ou sans carnet (75 % des cas) : le suivi est alors souvent tardif.
- L'autre catégorie concerne les patientes qui sont déjà présentes dans le département depuis moins d'un an et dont l'objectif est d'être enceintes le plus rapidement possible.

Enfin, certaines patientes débarquent du kwassa et arrivent directement à la maternité pour accoucher. Cela constitue pour les sages-femmes en salle d'accouchement un surcroît de travail car il faut effectuer de nombreux gestes dans l'urgence. Il n'est pas

possible de connaître le nombre de ces patientes, seul le centre hospitalier de Mayotte est en mesure de donner des chiffres.

• Terme de la première visite à Mayotte pour les primo-arrivantes (cf. graphique 1)

68 % des patientes PA prennent contact avec la PMI au-delà de 16 SA.

Le terme de prise en charge à la PMI est bien sûr différent qu'elles aient eu ou non un suivi aux Comores. Le contact est plus tardif. Le terme moyen de la première visite est de 17,22 SA (quel que soit le lieu de la première échographie) et de 21,05 SA lors du premier contact à la PMI. Les suivis tardifs sont plus chronophages car l'échographie prend plus de temps. L'anamnèse s'avère souvent fastidieuse et peu productive. La majorité des patientes sont souvent incapables de donner les dates de naissance et le poids de leurs enfants, elles ne sont que 25 % à fournir leur carnet de santé des Comores.

Le profil des patientes de 2015 n'a plus rien à voir avec la population initiale à laquelle nous avons à faire jusqu'à présent, celles-ci ayant un profil qui se rapprochait des patientes Mahoraises avec un contact à la PMI plus précoce. Les PA proviennent majoritairement de la région déshéritée du Nioumakélé (Anjouan) et elles sont majoritairement en très grande précarité.

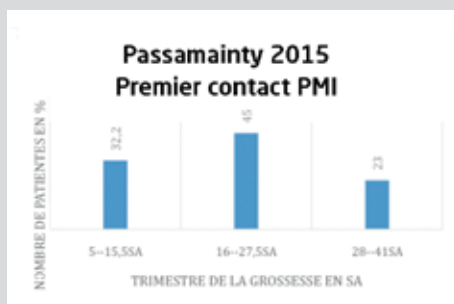
→ Parité des patientes PA

Dans les deux populations, les futures primipares ont les effectifs les plus importants avec un pourcentage plus significatif chez les primo-arrivantes : 35 % contre 20 % dans la population initiale. Il y a peu de grandes multipares chez les femmes PA, ce sont donc surtout des patientes jeunes qui tentent la traversée pour avoir de meilleures conditions d'accouchement. Le flux migratoire dans ce secteur a entraîné un rajeunissement au niveau des classes d'âge. Certaines patientes Comoriennes habitant depuis longtemps à Mayotte font venir leurs filles aînées enceintes qu'elles avaient placées initialement chez des membres de leur famille plusieurs années auparavant.

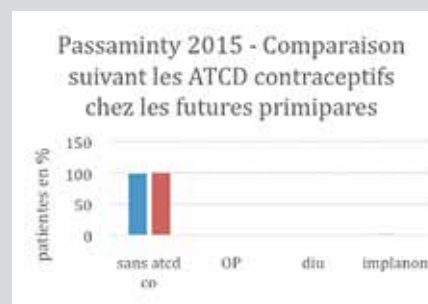
→ Comparaison des ATCD de contraception

Sur l'ensemble de Mayotte ⁽⁵⁾ 68 % des patientes ont utilisé un moyen de contraception avant la naissance de leur enfant. L'étude de Passamainty va nous permettre de voir le profil de nos patientes (cf. graphiques 2 et 3).

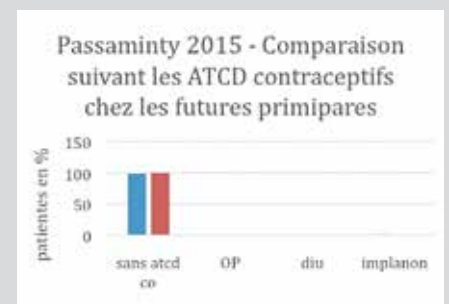
Graphique 1 ▼

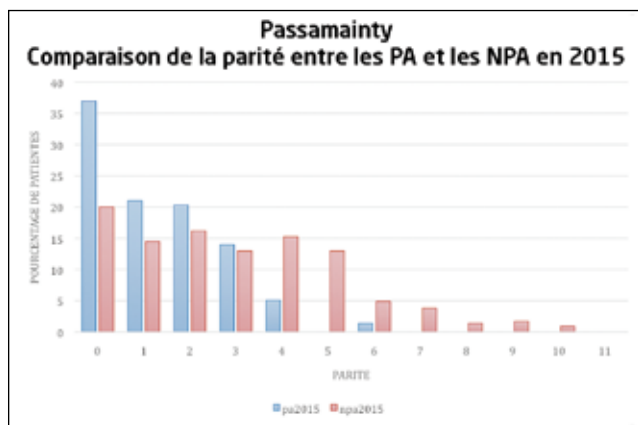


Graphique 2 ▼



Graphique 3 ▼





Pour terminer cette étude, il était intéressant dans cette PMI de connaître le comportement des patientes vis-à-vis de l'utilisation des moyens contraceptifs. Chez ces deux populations, le comportement des futures primipares est identique. En effet, dans cet archipel, il n'est pas d'usage de prendre un moyen de contraception tant que la patiente n'a pas eu d'enfants. En revanche, pour l'ensemble des parités, il y a des différences notables.

Les patientes (NPA) semblent plus réceptives aux moyens de contraception. Elles sont 43 % à avoir utilisé un ou plusieurs moyens de contraception avant leur grossesse, en revanche ce taux est de 7 % pour les primo-arrivantes. Il est difficile de dire si cela résulte d'un refus d'utilisation ou d'un problème d'accessibilité aux Comores. Il sera intéressant d'observer le comportement de ces patientes après leur accouchement : viendront-elles aux visites postnatales ? Les informations données lors de la consultation du 8^e mois et en suites de couches seront-elles suffisantes pour les inciter à espacer leurs grossesses ?

EN RÉSUMÉ

- Augmentation importante des inscriptions et des non-affiliées, majorée par les primo-arrivants.
- Expansion démographique des villages de Passamainty et Tsoundzou1.
- Augmentation régulière des patientes âgées de moins de 20 ans depuis 2008.
- Augmentation des futures primipares et des mineures depuis 2014.
- Espacement des naissances encore insuffisant, notamment entre le premier et le deuxième enfant.
- Faible prévalence des antécédents contraceptifs pour les patientes primo-arrivantes et les futures primipares.

CONCLUSION

Cette hausse historique et catastrophique des naissances impacte durablement l'activité de l'ensemble des services de santé de ce petit département. Au 31 décembre 2016, le Centre hospitalier de Mayotte a publié ses derniers chiffres : **9 514 naissances faisant de Mamoudzou la plus grosse maternité de France.**

Compte tenu de ce surcroît d'activité, il a fallu faire appel aux sages-femmes de la réserve sanitaire (EPRUS) tant le rythme de travail est devenu insupportable. On ne pourra pas indéfiniment augmenter la taille des maternités de Mayotte. Ce surcroît d'activité a aussi impacté durablement le fonctionnement de la PMI. Comment sera-t-il possible de scolariser les enfants quand on sait qu'actuellement les infrastructures scolaires ne sont déjà pas adaptées ? L'ordonnance 2012-785 du 31 mai 2012 (permettant l'application de l'article L6416-5 du code de la Santé publique) a probablement contribué à créer en partie un appel d'air pour les patientes en provenance des Comores. Quel sera l'avenir de tous ces enfants dont les deux tiers des parents sont nés hors de Mayotte ?

Le véritable enjeu pour les années à venir sera de **mettre en place une stratégie pour limiter les naissances**. Il est nécessaire de moderniser les centres de PMI, d'augmenter les effectifs des professionnels de santé (sages-femmes, médecins) et d'améliorer l'approvisionnement des différents moyens contraceptifs afin d'éviter à l'avenir les ruptures. Cela étant, **on ne pourra pas améliorer l'espacement des naissances tant qu'il n'y aura pas d'évolution du statut de la femme à Mayotte**. Il faudrait aussi que la mentalité des hommes change. La précarité de nos patientes, l'âge précoce du premier mariage ainsi que l'instabilité conjugale impacteront toujours durablement sur le parcours procréatif de nos patientes. •

Bibliographie

1. Rapport Barreau-Hartman.
2. Rapport statistiques annuels des PMI en 2013, 2014 et 2015.
3. Rapport de l'Association des Sages-femmes Territoriales de Mayotte sur l'état des centres de PMI.
4. Les sources ayant permis d'établir cette courbe sont les suivantes :
 - pour la période 1978-1991, *Mayotte vers un début de transition démographique*, C. Cateau (secondes journées Mahoraises de la mère et de l'enfant, mars 1992);
 - pour la période 1990-1998, *B.E.H.N = 43/1992, la mortalité et la mortalité périnatale à Mayotte en 1991*, de Régine Leffay-Robin, O. Hebert, M.H. Gherbi, G. Bréart.
5. Étude DRESS, Mayotte 2010.
6. Étude ORS, 2014 et 2015.
7. Union des Comores, Enquête démographique et de santé à indicateurs multiples 2012 (EDSC-MICS II) 2012.
8. Rapport de la Chambre régionale de la Cour des comptes (Rapport d'observation sur les maternités du Centre Hospitalier de Mayotte, exercice 2008 et plus).

Parcours en cas de menace d'accouchement prématuré en Lorraine

EXTRAIT DU MÉMOIRE DU MASTER PMP 2014-2016

INTRODUCTION

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la prématurité comme une naissance avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) révolues, mais après 22 SA ou au moins 500 g de poids du fœtus ⁽¹⁾. Elle se divise en trois stades : la prématurité moyenne (entre la 32^e et la 36^e SA révolue), la grande prématurité (entre la 28^e et la 32^e SA) et la très grande prématurité (avant 28 SA). La menace d'accouchement prématuré (MAP) est une entrée en travail précoce, avant 37 SA. Phénomène planétaire, la prématurité concernait 5 à 8 % des naissances vivantes en Europe en 2010. En France, ce taux était de 7,4 % avec une augmentation de près de 15 % en quinze ans ^(2,3).

Dans 40 % des cas, la prématurité est induite, suite à une décision de l'équipe obstétricale et pédiatrique d'interrompre la grossesse (pour sauver la vie du nouveau-né ou de la mère). Et dans 60 % des situations, elle est spontanée ⁽⁴⁾. Les facteurs de risque identifiés sont entre autres : l'élévation de l'âge maternel à la naissance, l'augmentation du nombre de grossesses multiples due à la procréation médicalement assistée, la situation socio-économique défavorable des femmes, la situation professionnelle (travaux durs, manque de repos, stress). On note également l'augmentation des naissances du fait de la reprise de la natalité observée en France. Et les complications des naissances prématurées sont la cause principale de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Selon l'OMS trois quarts de ces décès pourraient être évités ⁽¹⁾.

Après avoir passé en revue l'encadrement réglementaire autour de la naissance,

une étude sera faite en vue d'identifier le parcours des patientes en Lorraine ¹ en cas de MAP. Enfin, quelques recommandations seront émises avant de conclure.

CONTEXTE

→ Encadrement réglementaire et régionalisation des soins en périnatalité

Dans le cadre de l'amélioration de la sécurité autour de la naissance, la France a engagé différents plans de périnatalité de 1970 à nos jours ^(5,6). À l'instar d'autres pays en Europe et en Amérique, elle a élaboré une politique de régionalisation des soins. Son but : offrir une meilleure prise en charge des patients en orientant ces derniers vers des structures ayant des capacités optimales pour une pathologie donnée. Cette orientation est faite selon des parcours prédéterminés. Qu'est-ce qu'un parcours ?

« *Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans un territoire de santé donné... Il nécessite l'action coordonnée des acteurs...* » ; « *Le parcours de santé est l'ensemble des étapes et le cheminement parcouru par un sujet dans un système sanitaire et social organisé dans un temps et un espace donnés* » ⁽⁷⁾.

En périnatalité, la régionalisation amène à l'orientation des femmes enceintes vers les maternités adaptées au niveau de risque pour l'enfant à naître ² ; lesquels ont été définis par le décret périnatalité de 1998 ⁽⁸⁾.

Car, même si le déterminant principal de la mortalité des prématurés est l'âge gestationnel, celui de l'amélioration de leur survie est l'organisation des soins en périnatalité. En effet, bien que la prématurité

soit un problème planétaire, les niveaux de prise en charge et de survie diffèrent selon les pays ⁽⁹⁾ ; et dans un même pays, il existe des disparités selon les régions ⁽⁴⁾. Naître dans une structure de type 3 a été reconnu comme facteur favorable à la survie des prématurés. En France, la Lorraine est l'une des régions où le taux de naissances hors de la structure adéquate est élevé pour les grands prématurés. En effet, en 2013, on observe un grand nombre de naissances des grands prématurés hors de la maternité de type 3 ³.

→ La Lorraine

Pour une population avoisinant 2 350 000 habitants ⁽¹⁰⁾, la Lorraine dispose de 20 maternités dont 1 de type 3. En 2013, selon les données du réseau périnatal, elle a enregistré 25 484 naissances. Le transfert n'était pas courant vers la structure de type avant 26 SA. Dans ses recommandations en 2012, le réseau encourage le transfert dès 24 SA. En comparant les naissances par région, selon les données de l'enquête EPIPAGE 2, il ressortait que 65 % de grands prématurés naissaient en type 3 dans cette région contre une moyenne nationale de 85 %.

→ La coordination des soins : le Réseau Périnatal Lorrain

Le Réseau Périnatal Lorrain (RPL) ⁽⁸⁾ regroupe toutes les maternités sur la

1. La région Lorraine, est une ancienne collectivité territoriale du nord-est de la France ayant existé de 1982 à 2015. Le 1^{er} janvier 2016, elle a fusionné avec les régions Alsace et Champagne-Ardenne pour former la région dénommée Grand Est.

2. Quel que soit le type de maternité, « celle-ci doit organiser la continuité obstétricale et chirurgicale des soins tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique » (Décrets 1998).

3. D'après les données du réseau périnatal.

région. En accord avec les directives de l'OMS, de la Haute Autorité de santé (HAS) et afin d'accomplir sa mission, il a émis diverses recommandations ⁽¹¹⁾. Et pour en évaluer l'effectivité, il a élaboré des outils de suivi et de traçabilité des différents transferts. Car, la coordination par le réseau se fait autour de toutes les maternités. Des types 1 vers le type 2 (A et B ⁴), et des types 2 vers le type 3. La maternité de type 3 en Lorraine est celle du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Nancy (CHRU) baptisée maternité Adolphe Pinard.

→ Pourquoi s'intéresser à ce sujet ?

La médecine néonatale a fait des progrès considérables dans la prise en charge des prématurés dans les pays développés. En France, la politique de régionalisation des soins et de sécurité à la naissance a permis une nette amélioration de la survie des enfants immatures. Cette amélioration est plus marquée chez les grands prématurés nés dans une maternité de type 3 ⁽⁴⁾.

Sans renier les problèmes relatifs à une naissance prématurée, il a été démontré que le pronostic était également lié à « la volonté de l'équipe obstétricale de tout mettre en œuvre pour une prise en charge de l'enfant » ^(12,13). Or, on notait une absence de consensus sur les attitudes à adopter au sein des équipes ⁽¹⁴⁾.

En somme : l'enquête EPIPAGE 2 a montré que : « environ 85 % des prématurés naissent désormais dans des maternités de type 3 en France et la survie s'améliore chez les enfants nés dans ces structures ». Or, en Lorraine, seuls 65 % des grands prématurés naissent au CHRU de Nancy. Puisqu'« il est reconnu que les chances de survie des grands prématurés sont meilleures pour ceux qui naissent dans un centre péri-

natal de type 3 », y compris la survie sans morbidité majeure ⁽¹²⁾, le transfert in utero vers la structure adaptée en cas de MAP est salubre. Suite à cette réflexion nous avons posé la problématique suivante :

Comment améliorer le taux des naissances des grands prématurés au sein de la maternité de type 3 en Lorraine ?

Autrement dit : *Comment augmenter le ratio d'enfants "inborn" ⁵ au sein de cette structure ?* Pour répondre à cette interrogation, une étude a été menée à la maternité du CHRU de Nancy. L'objectif était de décrire le parcours des patientes reçues dans ladite structure suite à un transfert in utero pour MAP, qu'il y ait eu accouchement ou non, dans la période de janvier à décembre 2015.

MÉTHODOLOGIE ENQUÊTE ET RÉSULTATS

L'étude a été faite par examen des dossiers des patientes admises en 2015 pour MAP. Tous les dossiers éligibles sur cette période d'une année civile ont été inclus. Le recueil a été fait sur une grille de variables à la fois qualitatives et quantitatives. Les données étaient anonymes. Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel Epi info v3.5.4.

Sur les 19 maternités visées, 18 avaient transféré des patientes à la maternité de type 3, soit un taux de collaboration de 94,74 %. Au total 83 % (n = 126) des dossiers ont été analysés. L'âge des patientes variait de 14 à 43 ans ; 50 % étaient âgées de plus de 30 ans. L'âge gestationnel variait de 23 SA à 35 SA. On notait peu de transferts avant 26 SA (figure 1).

Les patientes étaient prises en charge par les structures de ville et les maternités. Le parcours des patientes dans cette étude se faisait selon la gradation des soins recommandée : les structures les plus éloignées transféraient prioritairement vers le type 2 le plus proche ; les structures de type 1 et les libéraux (médecins, sages-femmes) proches de la maternité de type 3 transféraient plus directement vers le type 3 quel que soit le terme de la grossesse. 100 % des patientes étaient transportées par le système sanitaire ⁽¹⁵⁾ et toutes étaient attendues par la maternité du CHRU.

La figure 2 page suivante résume les possibilités de parcours d'une patiente.

DISCUSSION ET PRÉCONISATIONS

Le parcours des patientes en cas de MAP décrit un processus. Il concerne toutes les structures de soin et tous les professionnels de la périnatalité. Sur la région, il englobe les quatre départements de la Lorraine. Il répond à la politique de régionalisation.

Peu de patientes ont été transférées dans la période de la très grande prématurité avant 26 SA. En effet, on peut penser qu'il y ait des incertitudes pour les professionnels par rapport à l'attitude à adopter. En France, il n'y a quasiment pas de réanimation avant 24 SA ⁽¹²⁾. Au-delà, entre 24 et 25 SA + 6 j, on parle de "zone grise" ⁽¹⁶⁾.

4. Classification selon le réseau périnatal.

5. Nés au sein de la maternité correspondant à l'âge gestationnel.

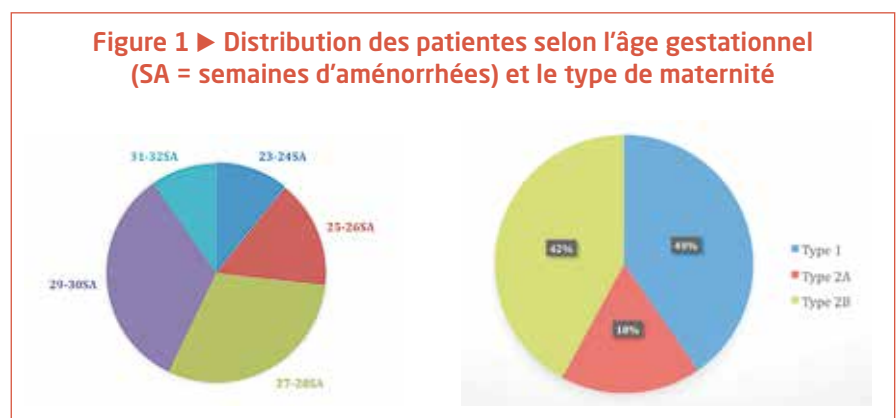
6. « Incertitude majeure sur le pronostic, et par conséquent aussi sur la détermination de la « bonne » décision à la naissance (entreprendre ou non une réanimation/soins intensifs) ».

LL

Environ 85 % des prématurés naissent désormais dans des maternités de type 3 en France et la survie s'améliore chez les enfants nés dans ces structures.

77

Figure 1 ► Distribution des patientes selon l'âge gestationnel (SA = semaines d'aménorrhées) et le type de maternité



Récemment, le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) a indiqué : « une définition de la zone grise fondée uniquement sur le terme est insuffisante ». Car, d'autres facteurs influencent le pronostic comme le poids de naissance, la naissance inborn, le choix de l'équipe sur l'intensité de la prise en charge périnatale, etc. ⁽¹²⁾.

Aussi, la décision de transférer in utero serait-elle liée à l'intention de réanimer le nouveau-né. Pour répondre à notre problématique, nous proposerons quelques actions envers les professionnels et les patientes.

◇ ACTION 1 > Amener les professionnels de toutes les maternités à élaborer des protocoles communs

Mener des concertations entre toutes les maternités avec l'équipe de la maternité du CHRU de Nancy afin de redéfinir les critères qui doivent amener à transférer. Nous suggérons de dissocier le transfert à la décision de prise en charge à la naissance. Ainsi pourrait-on envisager de transférer si possible à partir de 23 SA, quel que soit le projet de prise en charge du nouveau-né. Cela permettrait de mieux évaluer la situation sur place et proposer les soins palliatifs

en cas de nécessité. Un protocole spécial sera discuté et élaboré conjointement avec l'avis de tous les praticiens : médecins gynécologues-obstétriciens, pédiatres, puéricultrices et sages-femmes. Nous initierons son élaboration au cours d'une réunion, mais il pourra être alimenté et corrigé par voie électronique. Un éventail de situations possibles sera discuté de façon plus ou moins exhaustive. Il permettra la classification des différents cas cliniques éventuels : au cours de ces discussions, la prise en charge sera détaillée au cas par cas selon les facteurs pronostiques ⁽¹²⁾. Ce protocole sera ensuite présenté aux professionnels lors d'une rencontre.

◇ ACTION 2 > Évaluer l'utilisation des recommandations

Avec la commission des transferts du RPL existante, nous proposons d'aller dans les structures et évaluer l'application des recommandations et l'appropriation du protocole qui sera élaboré. Ce travail se fera sous forme d'évaluation formative dans une démarche conjointe avec la maternité de type 3.

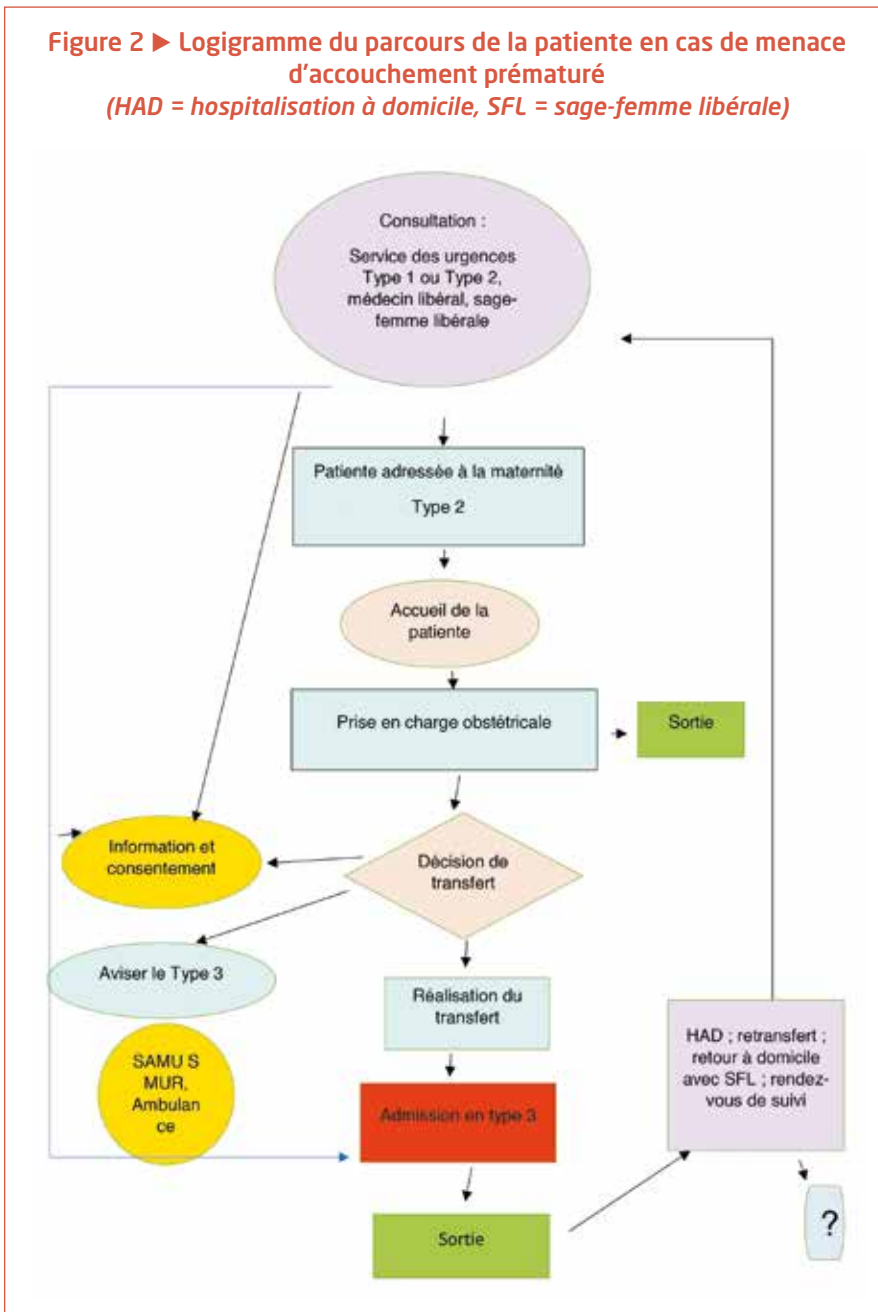
◇ ACTION 3 > Communiquer avec les patientes et les familles

Nous proposons des actions de communication auprès des patientes. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) publie en 2004 : « Toute femme enceinte doit être informée du bénéfice pour elle et son bébé d'un suivi régulier de sa grossesse. Ce suivi est complété par une éducation prénatale au cours de séances de préparation à la naissance » ⁽¹⁷⁾. Nous suggérons d'intégrer les signes qui doivent amener à consulter dans l'information délivrée aux futurs parents au cours des consultations prénatales. Surtout d'insister sur les signes d'une MAP chez celles qui en présentent les facteurs de risque. Informer sur les avancées dans la prise en charge du nouveau-né, sans occulter les limites de celle-ci.

Aborder certains sujets en anténatal en dehors de toute situation d'urgence, et donc d'angoisse, permettrait de rendre les patientes plus réceptives aux informations qui seront données à la maternité lorsque la situation d'urgence se présentera. Ces informations devraient être cohérentes. Toutes les équipes de toutes les structures devraient procéder de la même manière. Ainsi, un document écrit fondé sur les

Figure 2 ► Logigramme du parcours de la patiente en cas de menace d'accouchement prématuré

(HAD = hospitalisation à domicile, SFL = sage-femme libérale)



données actualisées de la littérature sera élaboré avec le réseau périnatal. Il s'appuiera particulièrement sur les propositions du département hospitalo-universitaire "risques et grossesses" ⁽¹²⁾. L'objectif visé par cette démarche est de favoriser la participation active des patientes aux décisions à prendre. Se préparer pour anticiper et éviter des retards. Lesquels pourraient aboutir à une aggravation de la situation.

CONCLUSION

Si la prématurité est une situation pédiatrique à haut risque, la grande prématurité et la très grande prématurité le sont encore davantage. C'est pourquoi cette question est au cœur des différents plans de périnatalité. La Haute Autorité de Santé (HAS) assure que les maternités de type 3 sont les mieux adaptées pour l'accueil des nouveau-nés grands et très grands prématurés ⁽¹⁸⁾. Car la réanimation néonatale dont elles disposent permet d'offrir des soins rapides et efficaces au nouveau-né concerné.

L'immédiateté de ces soins et leur continuité sont des éléments primordiaux pour un meilleur pronostic vital et neurologique de l'enfant ⁽⁹⁾. Or, en Lorraine, trop d'enfants grands prématurés naissent encore hors de la maternité de type 3.

Pour améliorer cette situation, plusieurs axes de travail ont été envisagés. Le réseau périnatal qui coordonne les professionnels de santé en Lorraine a été sollicité. Un travail d'évaluation et de communication sera mené dans différentes structures. Son objectif sera, d'une part d'évaluer la connaissance des recommandations et leur application, d'autre part de réexpliquer le bien-fondé du respect de ces dernières.

Concernant la maternité de référence, il a été proposé d'initier l'élaboration des protocoles communs de prise en charge en intégrant toutes les structures. La prise en charge en périnatalité implique les parents. Une procédure pour une information précoce et cohérente à l'endroit de ces derniers sera élaborée.

Enfin, l'amélioration du taux des naissances inborn repose sur un travail de coordination entre différents acteurs. Ceci afin d'éviter les retards préjudiciables au nouveau-né. •

Remerciements : A l'équipe pédagogique du Master PMP ;
À l'équipe de la maternité A. Pinard du CHRU de Nancy ;
Au Réseau Périnatal Lorrain ; Au Directeur du mémoire.

Bibliographie

1. Organisation Mondiale de la Santé. *Naissances prématurées*. Aide-mémoire [en ligne]. Novembre 2016, [12/01/2017].
Disponible : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/fr/>
2. Blondel B, Kermarrec M. *Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. U.953. Paris : INSERM ; 2011
3. Maurey H. *Augmentation du nombre de naissances prématurées en France*. Sénat : Questions écrites 08489 [en ligne] 10/10/2013 p 2927 [02/01/2017]
Disponible : <https://www.senat.fr/questions/base/2013/qSEQ131008489.html>
4. Epipage2. État des connaissances. INSERM Unité 1153.
5. Cours des Comptes. *La politique de périnatalité* [en ligne] Paris ; 2004 [13/06/2016]. Disponible : <https://www.ccomptes.fr/content/download/2338/>
6. Puech F. *Plan périnatalité 2005-2007. L'organisation autour de la grossesse et de la naissance* [en ligne]. Paris : 2008 [10/04/2016]. Disponible : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad613545.pdf>
7. Agence Régionale de Santé. *Parcours de soin, Parcours de santé, Parcours de vie*. Lexique de A à Z [en ligne]. Paris : ARS ; 2012 [10 mars 2016] ; Disponible : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf
8. France. Ministère de la santé. Décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. JORF n° 235 du 10 octobre 1998 page 15343.
9. Ancel P Y. *État des lieux sur le pronostic des naissances extrêmement prématurées*. Mises à jour en obstétrique. Novembre 2016 ; p. 131-138.
10. Institut national de la statistique et des études économiques. Insee Flash Lorraine. En ligne 29/12/2014 (7) [04/01/2017] Disponible : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285195>
11. Réseau Périnatal Lorrain. *Recommandations* [en ligne] [03/02/2017]. Disponible : <http://www.reseauperinatalloirain.fr/reseau-perinatal-loirain/recommandations/>
12. Goffinet F, Tessier V, Jarreau P H. *Prise en charge obstétricale en cas de grande prématurité*. Mises à jour en obstétrique. Novembre 2016 ; p 139-148.
13. Lacroze V. *Prématurité : définitions, épidémiologie, étiopathogénie, organisation des soins*. Journal de pédiatrie et de puériculture [en ligne]. 2015 ; 28 : 47-55. [09/01/2017]. Disponible : https://projet.chu-besancon.fr/pmb/PMB_Ecoles/opac_css/doc_num.php?explnum_id=817
14. Gold F. *Recommandations françaises 2010 sur les limites de prise en charge des très grands prématurés*. JTA [en ligne]. 2011 [12/08/2016]. Disponible : http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1433
15. France. Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins. Circulaire du 21 juin 2006 relative à l'organisation des transports périnatals des mères [en ligne]. Paris : DHOS ; 2006 Bulletin Officiel N° 2006-7 : Annonce N° 27 [12/07/2016]. Disponible : http://www.rpfc.fr/espacepro/wp-content/pdf/cir_transport_21juin2006.pdf
16. Moriette G, Rameix S, Azria E, Fournie A, Andriani P, Caeymaex L, et al. *Naissances très prématurées : dilemmes et propositions de prise en charge. Première partie : pronostic des naissances avant 28 semaines, identification d'une zone "grise"*. Arch Pédiatrie. mai 2010 ; 17 (5) : 518-26.
17. Haute Autorité de Santé. *Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé*. Paris ; ANAES ; 2005.
18. Haute Autorité de Santé. *Grossesses à risque : Orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement*. Recommandations de bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2009
19. Bernard O, Bernard L. Lexique Managérial. Paris : Voilier d'Arbren ; 2012. 422 p. Paris : Voilier d'Arbren ; 2012. 422 p.
20. Hédon B, Deruelle P, Graesslin O. *Mises à jour en obstétrique*. Clamecy : Nouvelle Imprimerie Laballery ; 2016 Novembre. 659 p.

Dépistage et prévention du diabète gestationnel par la sage-femme

INTRODUCTION

Le diabète et ses complications représentent un enjeu majeur de Santé Publique. Les cas de diabète sont en augmentation et surviennent dans une population plus jeune qu'il y a quelques années. La sage-femme est un des maillons de la chaîne du dépistage lors du suivi gynécologique et du suivi obstétrical des femmes.

Le dépistage facultatif du diabète gestationnel (DG) doit-il être proposé à toutes femmes enceintes ou bien ciblé, et alors, quels sont les critères de recrutement ?

Il est à noter une hétérogénéité des pratiques du fait du nombre important d'études, de publications concernant le diabète gestationnel, néanmoins depuis les recommandations de bonnes pratiques (RPC) publiées en 2010 l'harmonisation est en cours et permettra une meilleure évaluation.

DÉFINITION DU DIABÈTE GESTATIONNEL

En 1909, Sir J. Witridge Williams décrit la glycosurie pendant la grossesse.

Dans les années 1950, James O'Sullivan suivit une cohorte des femmes enceintes et proposa en 1964 les critères diagnostiques du DG associés au risque de développer un diabète de type 2 à distance.

C'est Jorgen Petersen qui nomma le « *Diabète gestationnel* » en 1967 et nous utilisons toujours cette dénomination.

La définition que nous retenons est celle de l'OMS datant de 1998 : « *Trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement nécessaire et l'évolution dans le post-partum.* »

La définition du diabète gestationnel implique qu'il correspond à deux situations :

- Un diabète de type 2 non diagnostiqué avant la gros-

sesse avec un risque de malformations embryo-foetales accru ;

- Ou d'une anomalie de la tolérance glucidique, survenant dans la deuxième partie de la grossesse. Dans ce cas, l'hyperglycémie maternelle est responsable d'un hyperinsulinisme foetal vecteur de macrosomie et source potentielle de complications obstétricales et pédiatriques.

Les diabètes dits "sucrés", c'est-à-dire caractérisés par une hyperglycémie, sont de deux types, soit il s'agit d'un défaut de sécrétion de l'insuline, soit d'un défaut d'action de l'insuline.

→ Le diabète de type 1 (diabète insulino-dépendant)

Le pancréas endocrine ne sécrète pas d'insuline car les cellules bêta de Langherhans sont détruites par un mécanisme auto-immun. Le traitement est l'injection d'insuline. Les complications sont fréquentes, en relation avec l'hyperglycémie. Ce diabète survient le plus souvent brutalement chez le sujet jeune et ne concerne que peu la sage-femme dans le cadre du dépistage pendant la grossesse. La femme diabétique de type 1 souhaitant une grossesse sera prise en charge par un obstétricien et un endocrinologue afin d'obtenir une euglycémie avant la fécondation de façon à diminuer les risques d'embryo-foetopathies tels que la régression caudale.

→ Le diabète de type 2

Il provient d'une insulino-résistance dite périphérique, c'est-à-dire au niveau des cellules hépatiques, musculaires et adipeuses et une diminution de sécrétion d'insuline par les cellules bêta du pancréas. Il se caractérise par une hyperglycémie chronique.

Il représente plus de 90 % des diabètes sucrés mais on estime que 40 % sont méconnus car paucisymptomatiques. En dehors des facteurs héréditaires, le facteur majeur retrouvé est l'obésité car elle augmente l'insulino-résistance. Une activité physique régulière a un rôle protecteur.



En France, la prévalence du DG est en augmentation et se situe autour de 4 à 6 % des femmes enceintes. Elle est plus importante dans des populations spécifiques et semblerait atteindre des valeurs de 10 à 20 %.



En liaison directe avec l'hyperglycémie, les complications du diabète de type 2 sont identiques à celles du diabète de type 1.

Ainsi chez une femme diabétique de type 2 connue, il est indispensable d'obtenir une euglycémie dans les mois précédant la fécondation afin de diminuer le risque de malformations embryon foetales.

PRÉVALENCE ET FACTEURS DE RISQUE DU DIABÈTE GESTATIONNEL

En France, la prévalence du DG est en augmentation et se situe autour de 4 à 6 % des femmes enceintes. Elle est plus importante dans des populations spécifiques et semblerait atteindre des valeurs de 10 à 20 % mais les méthodologies sont diverses et doivent être uniformisées.

La HAS a défini des principes méthodologiques objectifs qui ont été utilisés afin d'obtenir les recommandations pour la pratique clinique (RCP) publiées en 2010 en France et dont le promoteur était le CNGOF.

Les facteurs de risque susceptibles de proposer un dépistage justifié sont :

- Un âge de 35 ans.
- Une obésité avec IMC > 25 kg/mètre carré.
- Un antécédent obstétrical personnel avec un enfant dont le poids de naissance était supérieur à 4500 grammes.
- Un antécédent de mort foetale in utero.
- Un antécédent personnel de diabète gestationnel car la récurrence est fréquente (environ 40 %).
- Un antécédent de diabète chez un apparenté au premier degré : parents, fratrie, lignée maternelle.
- Une origine ethnique avec forte prévalence du diabète. Citons : l'Inde, les Caraïbes, le Moyen Orient mais les études restent à confirmer.
- Faible poids de naissance maternel ? Femme de petite taille ? Syndrome des ovaires polykystiques ?

Par contre, il ne semble pas avoir d'augmentation du risque si isolément on considère :

- La prise de poids gestationnelle
- La multiparité
- Les grossesses multiples.
- Les facteurs socio-économiques.

→ Pourquoi dépister le diabète gestationnel ?

L'étude observationnelle HAPO (*Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome*) a montré que les chiffres de glycémie étaient associés de façon linéaire et positive à une augmentation de prééclampsies, de césariennes, mais il n'a pas été retrouvé de seuil discriminant.

HAPO a également montré l'augmentation du risque de prématurité en cas de DG.

En ce qui concerne l'accouchement, c'est la macrosomie qui est vectrice d'un travail dystocique, d'extraction instrumentale, de déchirures périnéales, HPP.

L'obésité et la macrosomie sont des facteurs de risque indépendants de césarienne. La connaissance d'un DG semble influencer pour certains la voie d'accouchement si l'enfant est macrosome.

Le DG à lui seul n'est pas en faveur de risque de complications du post-partum, en particulier de risque thrombotique, mais compte tenu de son association avec des situations à risque accru (obésité, césarienne, prééclampsie, âge > 35 ans), une vigilance particulière est requise.

Au-delà des troubles somatiques, la sage-femme dépistera des troubles psychologiques liés à l'annonce du DG, aux contraintes alimentaires voire thérapeutiques, à l'anxiété autour de l'accouchement mais aussi à la dévalorisation de soi par la patiente.

→ Dépistage universel ou ciblé ?

L'accord professionnel conclut qu'il n'y a pas de bénéfice au dépistage universel et qu'il s'agit d'une prescription au cas par cas après anamnèse et information de la patiente.

→ Quelles techniques de dépistage ?

◆ AVANT 24 SA

La glycémie à jeun au premier trimestre permet de dépister les femmes ayant un diabète pré-existant méconnu et donc d'affiner la recherche d'anomalies morphologiques foetales liées à l'hyperglycémie. La sage-femme peut donc prescrire une GAJ au décours de la première consultation obstétricale si elle se trouve devant une patiente à risque de diabète de type 2 méconnu.

◆ ENTRE 24 ET 28 SA

C'est à partir de ce terme que s'installent les modifications physiopathologiques du métabolisme glucidique. La glycémie à jeun ne varie guère.

◇ **EN 2016 : Adhésion des professionnels aux conclusions de *The International Association of Diabetic Pregnancy Study Groups (IADPSG)* après analyse des résultats de l'étude HAPO**

Il s'agit d'un test diagnostique en 1 temps : Hyperglycémie Provoquée Orale (HGPO) avec 75 grammes de glucose.

Ce test de charge glucidique doit être réalisé le matin après un minimum de 12 heures de jeûne, chez un biologiste pouvant effectuer de suite les dosages. Il n'y a pas lieu de modifier l'alimentation les jours précédant le test.

La glycémie veineuse est mesurée à jeun (GAJ) à (H0), ensuite la patiente doit absorber 75 grammes de glucose anhydre dilué dans 250 ml d'eau en 5 minutes et rester au repos sans fumer.

La glycémie est mesurée à H1 et à H2.

Cette méthode permet une réduction du temps de diagnostic par rapport aux stratégies antérieures en 2 temps et donc de débiter au plus tôt une prise en charge adaptée.

Entre 24 et 28 SA, la GAJ seule a une mauvaise sensibilité et une mauvaise spécificité.

Aucune société savante ne recommande le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) pour dépister le DG à ce terme. Elle serait pertinente en tout début de grossesse pour dépister un diabète pré gestationnel.

La recherche glycosurie mensuelle reste obligatoire mais de nos jours son utilité est discutée car le seuil rénal du glucose est abaissé pendant la grossesse, ainsi une glycosurie peut être positive avec une glycémie plasmatique normale (10 % des femmes enceintes).

→ **Critères biologiques diagnostiques du diabète gestationnel**

Après analyses statistiques concernant l'hyperglycémie et de sa morbidité pendant la grossesse et l'accouchement, le IADPSG a proposé de considérer comme présentant un diabète gestationnel une patiente dont un au moins des résultats de l'HGPO est supérieur ou égal au seuil fixé.

- HO : 0,92 g/L
- H1 : 1,80 g/L
- H2 : 1,53 g/L

Ces critères sont en vigueur en France depuis fin 2010 et une étude lilloise a montré que le taux de DG est multiplié par 2, résultat corrélé par des études étrangères.

PRISES EN CHARGE THÉRAPEUTIQUES DU DIABÈTE GESTATIONNEL

La consultation pluridisciplinaire diabétologue et obstétricien est essentielle. Elle permet d'annoncer à la patiente le diagnostic et la proposition de suivi pour la grossesse, le post-partum. En cas de DG, l'HAS recommande une consultation par un médecin obstétricien afin de dépister une éventuelle pathologie vasculaire et



La consultation pluridisciplinaire diabétologue et obstétricien est essentielle. Elle permet d'annoncer à la patiente le diagnostic et la proposition de suivi pour la grossesse, le post-partum.



d'adapter la surveillance obstétricale. En cas de MAP, il prescrira la tocolyse adaptée et décidera du bénéfice d'une corticothérapie.

Une consultation avec une infirmière sera conseillée pour une séance d'éducation à la surveillance par "autosurveillance de glycémies capillaires" (ASG). Le carnet glycémique pour transcrire chaque résultat, ou un logiciel électronique seront expliqués. Lors de cette séance d'apprentissage, la patiente s'entraînera à l'interprétation des résultats ceci afin d'adapter l'alimentation ou de venir consulter.

Il sera prescrit des autopiqueurs, lancettes et un lecteur de glycémie avec bandelettes correspondantes.

Une consultation avec une diététicienne permet d'élaborer les mesures diététiques adaptées et personnalisées. Le fractionnement de l'alimentation, soit 3 repas et 2 collations, permet de répartir l'apport glucidique.

La patiente, en fonction de l'état obstétrical, sera invitée à une activité physique régulière (30 minutes 3 à 5 fois par semaine), afin d'améliorer l'insulino-sensibilité.

Les règles hygiéno-diététiques sont essentielles et le plus souvent vont suffire à obtenir des glycémies proches de celles des femmes enceintes non diabétiques. Cet objectif atteint, il y a moins de foetus macrosomes, par hyperinsulinisme foetal dû à l'hyperglycémie maternelle, et la morbidité maternofoetale est diminuée.

En ce qui concerne les patientes obèses, la diététicienne instaurera une restriction calorique en plus de l'équilibre qualitatif.

Le traitement médicamenteux de l'hyperglycémie pendant la grossesse, en France, actuellement, consiste en l'injection d'insuline. Celle-ci ne traverse pas la barrière placentaire. Le choix de la ou des insulines ainsi que les posologies sera une prescription de l'endocrinologue diabétologue. Au vu du carnet de surveillance ASG et de glycémies veineuses éventuelles, il adaptera le schéma thérapeutique.

En France, les antidiabétiques oraux n'ont pas d'AMM pendant la grossesse.

→ Surveillance de fin de grossesse

En cas de DG bien équilibré, sans insulinothérapie et sans macrosomie foetale, les études montrent qu'il y a lieu d'observer la même conduite que pour une patiente sans DG. Il n'y a pas d'indication à une échographie supplémentaire ni à la réalisation de Doppler (sauf si pathologie vasculaire associée) ni de surveillance du RCF. Si la présentation est céphalique, il n'y a pas d'indication à prescrire un pelviscanner.

Si le DG est mal équilibré, insulinotraité ou non, il est préconisé un RCF hebdomadaire à partir de 36 SA.

→ Accouchement

Il est essentiel de dépister la macrosomie afin de décider d'un éventuel déclenchement pour prévenir la dystocie des épaules et sa complication, le plexus brachial. La littérature a montré que le diabète est un risque indépendant de dystocie des épaules.

L'indication de césarienne prophylactique si l'estimation de poids foetal est supérieure à 4 500 grammes n'est posée qu'au cas par cas, après information de la patiente sur les bénéfices risques. Rappelons que l'échographe n'est pas un pèse-bébé et que la marge d'estimation est de plus ou moins 15 %.

En ce qui concerne la phase de travail quand le DG est équilibré, la prise en charge est celle d'une femme non diabétique.

LA PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NÉ DE MÈRE PRÉSENTANT UN DG

Il n'y a pas d'indication à organiser un accouchement dans une maternité d'un type particulier quand le diabète gestationnel n'est pas associé à une prématurité, à un PAG sévère (petit pour l'âge gestationnel soit EPF < 3^e percentile) ou à une malformation grave nécessitant une prise en charge spécialisée immédiate. La sage-femme veillera à laisser l'enfant eutrophe près de sa mère, à l'alimenter rapidement. Une glycémie peut être proposée

avant la seconde tétée. Elle ne prescrira une biologie concernant la recherche d'hypocalcémie, de polyglobulie, d'ictère que s'il existe des signes cliniques.

En cas d'hypoglycémie, un protocole pédiatrique doit être disponible.

À DISTANCE DE L'ACCOUCHEMENT : LA MÈRE ET L'ENFANT

◆ POUR LA MÈRE

Il faut surveiller la normalisation rapide des glycémies sans traitement. La contraception, en cas de diabète gestationnel (n'étant pas un type 2 méconnu) et sauf pathologie associée, est laissée au choix de la patiente après information. Et la surveillance clinique et biologique sera programmée par la sage-femme.

Une patiente ayant présenté un diabète gestationnel doit être informée qu'elle a 40 % de risque de récidiver lors d'une grossesse ultérieure. De même, un diabète de type 2 peut se déclarer dès le post-partum ou à distance, la sage-femme veillera à ce que le compte rendu de la grossesse et de l'accouchement parvienne au médecin traitant afin qu'il puisse organiser surveillance, dépistage et éventuel traitement ainsi qu'une information sur le risque de complications cardiovasculaires.

◆ POUR L'ENFANT

L'exposition au diabète gestationnel maternel augmente de façon modérée le risque de syndrome métabolique.

: POUR ALLER PLUS LOIN

- > *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2010) 39, S139 et suivantes, Elsevier Masson.



L'indication de césarienne prophylactique si l'estimation de poids foetal est supérieure à 4 500 grammes n'est posée qu'au cas par cas, après information de la patiente sur les bénéfices risques.



RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES

> 5-10 % des grossesses.

> Définie par l'existence d'une phase de latence entre la rupture des membranes et le début du travail.

DESCRIPTION DES MEMBRANES FŒTALES

Embryologie des membranes fœtales

La mise en place des membranes fœtales est un phénomène complexe qui comprend les formations de la cavité amniotique, la cavité chorale, ainsi que l'accolement des feuillets amnios et chorion. Le coelome externe disparaît ainsi, puis s'en suit l'accolement choriodécidual. L'amnios est d'origine ectodermique. Le chorion est lui un dérivé mésodermique qui comporte des cellules trophoblastiques persistant après l'atrophie villositaire (simultanée à la croissance du sac gestationnel). La décidua est d'origine maternelle, elle est composée de cellules d'origine endométriale et d'un abondant tissu extra-cellulaire.

Structure et fonctions des membranes

• Structure

L'amnios est constituée de collagène, majoritairement de type I, et de glycoprotéines. Ce collagène de type I est de nature fibrillaire et s'organise en treillis au sein du feuillet compact, ce qui permet à l'amnios de s'allonger, de s'affiner ou de s'épandre au gré de la croissance du fœtus et de ses mouvements. L'amnios n'est ni innervée, ni vascularisée et résiste sept à huit fois plus à l'étirement que le chorion qui contient également du collagène et est avasculaire.

Entre l'amnios et le chorion se situe la couche spongieuse, elle effectue la transmission entre les deux membranes fœtales. En effet, elle permet à l'amnios de glisser sur le chorion qui est solidement fixé à la caduque maternelle. Constituée de différents types de cellules (épithéliales, trophoblastiques et mésenchymateuses) et d'une matrice à base de collagène de type III principalement, elle absorbe l'essentiel des contraintes physiques que subissent les membranes pendant la grossesse. C'est la présence de molécules d'eau au sein d'un maillage lâche riche en protéoglycanes qui lui permet d'absorber les contraintes.

• Fonctions

Les membranes retiennent le liquide amniotique dans la cavité en s'adaptant aux différentes contraintes générées par le fœtus, sa croissance et les attaques extérieures.

Elles constituent une barrière aux infections et sont garantes de la quasi-stérilité du liquide amniotique.

L'interface entre le chorion et la décidua permet la diffusion des nutriments vers le versant fœtal et sert également de barrière immunologique.

PHYSIOPATHOLOGIE DE LA RUPTURE PRÉMATURÉE DES MEMBRANES

Mécanismes physiologiques

L'intégrité des membranes est conservée jusqu'au travail. Leur résistance croît jusqu'à 20 SA puis se stabilise jusqu'à 39 SA avant de chuter brutalement et elles se rompent spontanément à dilatation complète ou pendant la dilatation.

Cette rupture résulte probablement d'un amincissement focalisé, en regard du col de l'utérus, selon deux mécanismes interdépendants: la dégradation du collagène et l'apoptose cellulaire.

• La dégradation du collagène

Les matrix métalloprotéinases (MMP) assurent la dégradation des fibres de collagènes.

Certains facteurs inhibent l'activité de ces enzymes ou, a contrario, les stimulent.

> Stimulation

Les cytokines des membranes fœtales sont les facteurs essentiels d'augmentation de l'expression des MMP.

L'invasion bactérienne du liquide amniotique provoque une augmentation des MMP-9 conjointement à une augmentation du TNF- α , d'IL-1 et d'IL-6.

L'expression des MMP est également stimulée par des facteurs mécaniques.

> Inhibition

Des protéines inhibitrices, les tissue inhibitor of metalloprotéinases (TIMPS) inhibent l'activité des MMP. Il convient de noter qu'une augmentation de l'activité des MMP peut résulter soit d'une augmentation de leur expression, soit d'une diminution de l'expression des TIMPS.

• La mort cellulaire programmée: l'apoptose

Ce phénomène engendre la fragmentation de la cellule. Il est induit par de nombreux facteurs aboutissant tous à une voie commune ou interviennent la mitochondrie, la protéine Bcl-2 et les caspases. Ces dernières sont activées selon une voie extrinsèque et une voie intrinsèque.

Des signaux de mort émis par des lymphocytes cytotoxiques, des Natural killers et des facteurs de nécrose tumoraux tels le TNF- α , activent la voie extrinsèque.

Des facteurs comme les cassures de l'ADN, les radicaux libres, les oncogènes, la privation de facteurs de croissance, ou encore les agents toxiques ou médicamenteux activent quant à eux la voie intrinsèque. L'apoptose des cellules des membranes fœtales peut être activée selon les deux voies.

Les facteurs de fragilisation

- Diminution de la résistance par des facteurs constitutionnels et environnementaux
- Facteurs mécaniques (distension, étirement, contraction)

• L'infection

Il s'agit du mécanisme majeur de RPM. Quatre voies de contamination intra-utérines sont évoquées par ordre de fréquence décroissante:

- la voie vaginale ascendante via le col utérin
- la voie hématogène transplacentaire
- la voie péritonéale via les trompes de Fallope en cas d'infection intra-péritonéale
- la voie transutérine en cas d'amniocentèse

La colonisation bactérienne engendre l'infection avec réaction inflammatoire de la décidua et des membranes fœtales. Ce phénomène, en stimulant la dégradation du collagène, favorise la RPM selon plusieurs mécanismes:

- essentiellement par la réaction inflammatoire et la production conjointe par les leucocytes de cytokine et d'élastase détruisant le collagène de l'amnios
- par libération de protéases par les germes; ceci a été démontré in vitro pour le staphylocoque doré, le streptocoque B, les germes de la vaginose bactérienne, Pseudomonas, trichomonas et les entérobactéries.
- et par synthèse de MMP du fait de l'endotoxine des bactéries Gram négatif

Conjointement, la présence bactérienne et ces enzymes provoquent une sécrétion locale de prostaglandines qui elle-même déclenche contractions utérines et maturation cervicale ce qui a pour conséquence de favoriser encore plus l'infection ascendante.

Toutes les patientes porteuses d'une infection à germes identiques n'ont pas une RPM ni un accouchement prématuré.

• Facteurs génétiques

La résistance de l'amnios dépend de la qualité de son collagène comme le montre la forme grave de la maladie d'Ehlers Danlos, qui est un facteur prédisposant à la rupture prématurée des membranes.

• Facteurs mécaniques

Physiologiquement, c'est au cours du troisième trimestre de grossesse que les membranes se distendent le plus du fait de la croissance fœtale.

La rupture membranaire est scindée en 5 phases successives.

- la distension des membranes
- La séparation de l'amnios et de la chorioïdécidua
- la rupture de la chorioïdécidua,

- La distension non élastique de l'amnios
- la rupture de l'amnios.

Lors de l'accouchement, le point de rupture habituel et en regard du col.

La RPM est favorisée par une distension des membranes. C'est le cas lors d'hydramnios, de grossesses multiples, ou de contractions utérines avant le travail. La distension semble augmenter la production locale de prostaglandine E2 qui accroît les contractions.

Les modifications du col qui causent un prolapsus des membranes dans l'orifice interne déhiscent provoquent des altérations focales et favorisent ainsi la RPM.

• Les métrorragies

Bien que ces métrorragies puissent signifier l'existence d'un processus pathologique de l'espace chorioïdécidua, elles semblent être un facteur direct de RPM avec une implication de la thrombine et de la plasmine. Ainsi, la thrombine qui intervient dans la synthèse de la fibrine permet également la synthèse de MMP-1 et MMP-3 par les cellules du stroma endométrial.

De même, la plasmine synthétisée après action de la thrombine sur le plasminogène,

active fortement la synthèse de MMP-1. Les collagénases se trouvent activées par ce phénomène et les membranes fragilisées.

Les phénomènes inflammatoires sont également aggravés par la présence de sang dans l'espace chorioïdécidua favorisant le développement microbien.

• Facteurs hormonaux

La progestérone a une action inhibitrice sur les contractions utérines avec un mécanisme mettant en œuvre au niveau membranaire deux types de récepteurs. En absence de travail, les récepteurs B prédominent, et les A en cas de travail. Une modification avant terme du rapport entre ces deux types de récepteurs pourrait favoriser l'accouchement prématuré, sans pour autant que soient connues à ce jour les raisons de cette modification ni le rôle dans la RPM.


La progestérone par ses propriétés anti-inflammatoires intervient également dans la prévention de la prématurité.

• Le stress oxydatif

Tabagisme et consommation de cocaïne favorisent la RPM par stress oxydatif modifiant la concentration en collagène en l'altérant. •

MEDiset




Échographes de seconde main reconditionnés



Tous types de financements avec contrat d'entretien tous risques inclus.

Toutes marques disponibles.


Livraison et mise en service incluses.

> GE EB
> Toshiba Xario, Aplio
> Hitachi-Aloka Alpha 6-7-10
> etc.

Plus de 25 fonctionnalités pour répondre à tous vos besoins

Logiciel Leader en France
en Echographie Obstétrique et Gynécologique
en 2014, 2015 et 2016



Gestion dossiers patients

Connexion avec votre échographe

Génération de comptes-rendus

Création d'ordonnances

Multi-utilisateurs

Courriels

Messagerie instantanée

Impressions

www.monecho-report.com

☎ 01.85.40.01.16
✉ commercialmonecho@gmail.com

Contact :
J.-C. Collobert

Tél. : 06 07 60 50 51
Mail : mediset@orange.fr

Les "Out"

EXTRAITS DE MÉMOIRE "LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX"

GLOBALITÉ SUR LES RISQUES PSYCHOSOCIAUX

Extraits du Mémoire de 2^e année de Bachelor of Business School en alternance de Nicolas Pichon - École de Commerce de Lyon (2014-2015).

■ DÉFINITION

On nomme risques psychosociaux (ou RPS) les facteurs qui pourraient porter atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés au sein de leur environnement professionnel. Ces risques peuvent prendre différentes formes : **le stress**, qui fait partie des plus connus, mais aussi le plus répandu, mais aussi **le harcèlement**, **l'épuisement professionnel** ainsi que la **violence au travail**. Ils sont la source de beaucoup de soucis de santé et pathologies (problèmes de sommeil, dépression, troubles musculosquelettiques, maladies psychosomatiques, etc.).

L'INSERM définit que les risques psychosociaux sont la combinaison et la résultante d'un très grand nombre de variables, à l'intersection des dimensions individuelles, collectives et organisationnelles de l'activité professionnelle, d'où leur complexité et leur caractère souvent composite.

Les risques psychosociaux au travail sont divers et peuvent affecter la santé physique et mentale des salariés, notamment en cas d'expositions multiples. Afin d'étudier cette question, l'enquête *Santé et itinéraire professionnel* (SIP), réalisée en 2010, permet de dresser une typologie des salariés selon les facteurs de risques auxquels ils sont ou non exposés.

Six profils différents peuvent être distingués. Tandis que 28 % des salariés ne déclarent pas ou très peu de facteurs de risques, 19 % indiquent manquer de reconnaissance dans leur travail mais ne pas vraiment en souffrir. 16 % sont confrontés à de fortes exigences émotionnelles liées au contact avec le public mais bénéficient d'un soutien dans leur environnement professionnel, 15 % sont exposés à un travail exigeant et intensif, 13 % déclarent à la fois un manque de reconnaissance professionnelle et des relations de travail difficiles, et 9 % peuvent être qualifiés de surexposés car ils cumulent plusieurs facteurs de risque.

Les moins exposés se déclarent plutôt en bonne santé, ce sont plus souvent des

salariés âgés de 50 ans et plus, des ouvriers qualifiés et des professions de services directs aux particuliers. Ces salariés se disent en outre relativement peu exposés aux pénibilités physiques. *A contrario*, les salariés les plus exposés aux facteurs de risques psychosociaux et à leur cumul déclarent plus fréquemment une santé physique et mentale dégradée. Il s'agit plus souvent de jeunes, d'ouvriers non qualifiés ou d'employés, avec des contrats temporaires. Ils se disent davantage exposés aux contraintes physiques.

Le manque de mesure des risques psychosociaux en France n'empêche pas les professionnels du domaine des RPS de pouvoir établir que le stress coûterait chaque année à la France entre 2 et 3 milliards d'euros (données INRS et Arts et Métiers Paris Tech - 2007). En termes de mesure des risques psychosociaux, la France a fait figure de mauvais élève pendant longtemps. Ce n'est qu'en mars 2008 que Xavier Bertrand, alors ministre du Travail, a demandé à l'INSEE d'établir une enquête nationale annuelle pour mesurer le stress au travail et identifier les secteurs touchés. Cette initiative fait suite au *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail* de Philippe Nasse et Patrick Légeron. À l'heure actuelle, le collège d'expertise réuni par l'INSEE n'a pas encore réalisé l'étude spécifiquement dédiée aux risques psychosociaux.

■ PRINCIPAUX FACTEURS

Le stress professionnel se caractérise par un déséquilibre entre les contraintes imposées par son activité professionnelle (temps réduit, conflits avec la hiérarchie ou les collègues, surcharge de travail...) et les ressources dont une personne dispose pour travailler dans un tel environnement. Ce risque est totalement subjectif et à l'appréciation de chaque individu puisqu'il dépend de la perception propre à chacun. On distingue deux sortes de stress professionnel :

- **Le stress aigu** : la personne doit affronter un stress ponctuel.

- **Le stress chronique** : la personne fait face à des situations de stress à répétition voire même qui s'accumulent.

Les facteurs de stress au travail sont jugés d'autant plus "toxiques" s'ils s'inscrivent dans la durée et sont subis par le travailleur. L'accumulation de stress dits "antagonistes" est également source de maladies chez les salariés. C'est le principe exposé par le « *job strain* » de Karasek quand on exige du travailleur une forte productivité mais qu'il n'a qu'une faible marge de manœuvre ou encore dans le modèle Siegrist qui combine une forte exigence de productivité à de faibles bénéfices retirés de ce travail.

L'épuisement professionnel est ce que l'on peut appeler le niveau supérieur d'une situation de stress prolongée. En effet, ce "burn-out" est fréquemment la conséquence d'un investissement personnel et affectif important dans son activité professionnelle. On peut ainsi souvent le croiser dans les professions en lien avec la formation, la santé ou l'aide sociale. L'épuisement professionnel peut se manifester de la manière suivante : désintérêt pour le contenu de son travail, épuisement physique, mental, émotionnel ou encore dépréciation de ses propres résultats.

Le harcèlement moral est une forme de RPS qui existe depuis des siècles mais à qui on a véritablement donné un nom seulement dans les années 1980. C'est Heinz Leymann qui l'a nommé sous le terme anglais *Mobbing*, terme qui signifie « l'action d'une foule assaillant une personne ». En effet, le harcèlement moral réside dans l'intention, pour une personne ou un groupe de personnes, de nuire à une ou plusieurs autres personnes. C'est une action aujourd'hui punie par la loi tant elle constitue un désir volontaire d'atteindre l'intégrité d'une personne. Le harcèlement moral a des conséquences graves pour un salarié : cela remet non seulement en cause son droit au travail mais également son équilibre personnel, celui de sa famille et sa santé. Et c'est pourtant l'une des formes de violence les plus répandues aujourd'hui dans le monde professionnel.

Les violences et agressions au travail peuvent se rencontrer à l'extérieur comme à l'intérieur de l'entreprise. Elle peut être donc du fait des clients comme des collègues, par exemple, et recouvrir des dimensions plus ou moins graves (harcèlement moral, agressions sexuelles...). Certains secteurs d'activité sont plus touchés que d'autres par la violence externe. Les activités de service multiplient les contacts qui peuvent créer des tensions voire dégénérer en conflits. Les activités dans lesquelles des personnes manipulent des objets de valeur (banques, bijouteries...) sont fréquemment à la une en termes d'agressions plus ou moins graves. Pour ce qui est des violences internes, on constate généralement deux choses :

- L'auteur est fréquemment une personne bien intégrée à l'entreprise (il croit alors pouvoir justifier davantage son attitude).
- La victime n'est pas nécessairement une personne jugée comme fragile (femme, jeune).

LE BURN-OUT

■ DÉFINITION

Le Burn-out appelé aussi "Syndrome d'épuisement professionnel" ou encore "maladie des efficaces" est un terme désignant un état de fatigue émotionnel, mental et physique se manifestant par une baisse de motivation et de performance après des mois ou des années de dur labeur ; c'est un cercle vicieux. Les personnes qui s'engagent, qui portent beaucoup d'importance aux résultats et qui sont consciencieuses dans leurs activités sont plus susceptibles d'être touchées par un burn-out. Tout le monde peut être victime d'un burn-out, pas seulement les travailleurs mais aussi les chômeurs, retraités ou élèves. Mais puisque la recherche est focalisée sur des secteurs professionnels, la plupart des descriptions et analyses sont associées à la population ouvrière.

Depuis que des cas de burn-out ont été reconnus chez des sportifs de haut niveau, (comme le footballeur Jan Simák ou le sauteur à skis Sven Hannawald), chez des stars de la pop (comme Mariah Carey, Chris Watrin ou Peter Plate) et chez des politiciens (comme le Premier ministre d'Allemagne Matthias Platzeck) et que, de ce fait, ces gens connus ont dû arrêter leur carrière ou l'interrompre temporairement, ce syndrome du burn-out avance de plus en plus dans l'attention publique et dans le collimateur des médias.

D'après plusieurs études représentatives, environ 7 % de tous les salariés sont touchés

par des burn-out, un bon nombre d'autres en sont menacés. Certains secteurs professionnels sont plus touchés que d'autres comme : les dirigeants, les conseillers d'entreprise, les entrepreneurs, les enseignants, les assistants sociaux, les personnels soignants, les employés de prison et les médecins. Ce qui détermine l'apparition d'un burn-out n'est pas le nombre d'heures de travail par semaine ou la nature des tâches effectuées, mais les interactions complexes entre conditions de travail et aspiration individuelles qui amènent une exposition au stress prolongée et enfin à l'épuisement et la prostration.

Les burn-out ne doivent pas être pris à la légère. Leurs conséquences peuvent être graves. Cela commence par une légère réduction temporaire de productivité pour les personnes touchées. Quand les cas sont vraiment graves les personnes en état de burn-out sont amenées à arrêter de travailler, elles peuvent tomber en dépression ou dans la dépendance à certaines substances, voire même aller jusqu'à se suicider.

Les conséquences d'un burn-out ne se limitent pas uniquement à la personne qui est concernée et à son milieu social proche. Elles ont aussi des impacts économiques : augmentation de présentéismes ou d'absentéismes, fluctuation croissante et productivité en chute dans les entreprises suivent. En 2000 le Secrétariat d'État à l'économie Suisse a, dans une étude, essayé de quantifier les coûts causés par le stress au travail. Voici une petite citation : « *L'étude estime les coûts pour traitement médical et ceux dues aux pertes de production dues au Burn-out à 4 milliards et plus de Francs Suisses, ce qui correspond à env. 1.2 % du PIB.* » (Ramaciotti et Perriard, 2003).

En Allemagne cette fois, une étude des caisses maladie d'entreprise, datant de 2008, chiffre les coûts socio-économiques pour les mêmes causes toujours à environ 6,3 milliards d'euros par an. Dans ces études, les coûts dits secondaires (les divorces ou anomalies comportementales des enfants, causés par un burn-out) ne sont pas pris en compte.

Suite à la publication des chiffres ci-dessus, il y a de plus en plus de revendications pour que le thème "la prévention du stress au travail" soit une priorité dans les entreprises. La mise en œuvre de cette prévention est difficile et hésitante. Dans beaucoup de cas il y a un manque de conscience des répercussions du stress et des conditions de travail au sein de l'entreprise sur des coûts secondaires économiques supplémentaires pour l'entreprise.

■ CAUSES

Ignorer ou passer outre des symptômes correspondant au syndrome d'épuisement professionnel est très fréquent. De nombreuses personnes évitent de s'avouer être victimes d'un burn-out car elles craignent de ne pas pouvoir réintégrer leur travail après un traitement ou une thérapie. Dans chaque cas les symptômes de déclic d'un burn-out peuvent être très individuels. Mais généralement les scientifiques s'accordent sur le fait qu'un burn-out se forme à la suite d'un stress prolongé dans lequel deux facteurs agissent réciproquement et simultanément sur deux niveaux.

◆ **Dans un premier niveau**, on trouve des facteurs externes causant du stress. En effet dans un contexte de travail, ces facteurs influenceurs pourraient être au niveau organisationnel comme la structure hiérarchique, la mise à disposition de ressources inadaptées, certains systèmes de récompenses ou des astreintes et obligations administratives. On peut trouver d'autres facteurs potentiels de stress dans le milieu social, par exemple dans l'interaction avec les collègues de travail, avec les supérieurs hiérarchiques ou à l'extérieur du contexte professionnel, au sein de la famille ou avec son conjoint.

Conditions de travail pouvant amener à une situation de burn-out

- ◆ Quantité de travail élevée, forte pression à cause des délais, haute responsabilité et manque de ressources mise à disposition (personnel, moyens financiers ou même le savoir-faire nécessaire).
- ◆ Manque de contrôle provoquant de l'autodétermination lors de l'accomplissement des tâches, faible liberté de manœuvre, manque de participation dans les prises de positions.
- ◆ Relations avec la clientèle de longues durées, fréquentes, intenses et exigeantes.
- ◆ Manque ou peu de feedback, récompense ou rémunération insuffisante (surtout dans certains métiers dans le domaine social et soin) ce qui soulève une dévalorisation du travail effectué.
- ◆ Mauvaise coopération en équipe, manque de communication et de soutien social des collègues et des supérieurs hiérarchiques.
- ◆ Conflits dans les rôles ou des valeurs.
- ◆ Risque de perte du travail.

Il est important de souligner qu'en aucun cas chaque personne exposée à de tels facteurs extérieurs est du coup obligatoirement touchée par un burn-out.

◆ Dans un deuxième niveau, on trouve des facteurs internes liés à la personnalité offrant des prédispositions au syndrome de burn-out. Ces facteurs intérieurs caractérisant une personnalité peuvent être à l'origine des facteurs favorisant une carrière tels que les « battans », les « burners » ou les « High Performer ».

Caractères de personnalité typique pouvant amener à un burn-out

- ◆ Haute attente de performance trop exigeante à son égard, idéalisme et perfectionnisme accompagnés de grande crainte de défaillance.
- ◆ Grandes attentes professionnelles peu réalistes (par exemple l'hérésie d'un client en principe coopératif et reconnaissant), le désir intense d'une reconnaissance concordante avec la performance, grande ambition et la nécessité de s'affirmer.
- ◆ La difficulté de dire "non" (par crainte de rejet); le désir de contenter tout le monde.
- ◆ Manque de prise de distance à l'égard du travail responsable d'une suridentification avec son travail.
- ◆ Méfiance des autres et surestime de soi et de ses propres capacités.
- ◆ La tendance, à longue distance, à ignorer les propres besoins, renier sa lassitude et son mécontentement et d'ignorer les signaux d'alarme signalés de son corps.

À partir du moment où ces facteurs internes et externes coïncident et perdurent pendant une longue période, surcharge et dépassement de soi déclenchent une spirale en déclin, menant au burn-out.

LE BORE-OUT

■ DÉFINITION

Appelé aussi "syndrome d'épuisement professionnel par l'ennui", le bore-out est un trouble psychologique résultant d'un manque de travail, d'un ennui et donc, par la suite, d'une totale absence de satisfaction au niveau de la sphère professionnelle. On le décèle couramment chez des personnes travaillant dans les milieux d'entreprise et qui plus est chez les travailleurs du secteur tertiaire.

Une théorie de ce syndrome a été présentée dans un livre qui a été écrit par deux consultants d'affaires suisses, *Diagnosis Boreout*, (Werder et Rothlin). D'après leur travail de recherche, c'est l'absence de tâches significatives, plutôt que le stress (cause des burn-out), qui est le principal problème de beaucoup de travailleurs. Ce syndrome d'épuisement professionnel par l'ennui se caractérise par trois éléments symptomatiques : **l'ennui, l'absence de défis et le désintérêt.**

Werder et Rothlin s'opposent à l'opinion générale selon laquelle l'employé démotivé serait paresseux. Ils appuient au contraire sur le fait que l'employé a perdu tout intérêt pour son travail : les individus atteints du syndrome du bore-out sont « *insatisfaits de leur situation professionnelle* ». Leur frustration ainsi que tout ce qui en découle peuvent être causés par leur incapacité à participer au développement de leur entreprise, à utiliser leurs compétences et connaissances ou à ce que leurs efforts soient reconnus.

Les deux auteurs suisses déclarent aussi que ce phénomène a été négligé et minimisé par les chercheurs comme par les employeurs à cause de la stigmatisation sociale liée au bore-out et à ses conséquences. En effet, on notera que c'est le stress qui domine les débats comme étant un marqueur de trouble chez un individu en milieu professionnel.

Les symptômes d'un bore-out amènent généralement les employés qui en souffrent à adopter des stratégies ou des attitudes, telles que le fait de montrer du stress ou de l'activité afin de cacher de manière adroite leur envie d'éviter tout travail ennuyeux et rébarbatif supplémentaire. « *L'objectif de l'employé atteint de bore-out est de paraître occupé, de ne pas se voir confier par son supérieur quelque nouveau travail que ce soit, et, bien sûr, de ne pas perdre son emploi.* »

Plusieurs stratégies peuvent être mises en place. Voici les deux que l'on retrouve le plus fréquemment :

◆ **La stratégie de l'étirement des tâches**, consiste à les faire durer plus longtemps que nécessaire. Par exemple, si la seule tâche pour une semaine donnée est la rédaction d'un rapport ne prenant que trois jours, l'employé va s'octroyer une semaine entière pour le faire. Cette stratégie est variable selon les cas. Certains employés rédigeront ce rapport durant les trois premiers jours, puis passeront la fin de semaine sur internet, à préparer leurs vacances, à acheter en ligne, à envoyer des courriels personnels, etc., tout en veillant à



Les individus atteints du syndrome du bore-out sont « *insatisfaits de leur situation professionnelle* ».



ce que leur poste de travail ait une apparence d'activité (comme par exemple des dossiers professionnels prêts à être affichés à l'écran ou à portée de main). D'autres fragmenteront leur travail sur toute la semaine, en faisant beaucoup de pauses pour envoyer des courriels personnels, fumer une cigarette, boire un café, bavarder avec des collègues, etc.

◆ **La stratégie du pseudo-investissement**, consiste à montrer de l'engagement professionnel en étant présent et assis à son bureau, avant ou après les horaires de travail. De ce fait on verra des employés manger leur repas de midi au bureau pour donner l'impression qu'ils travaillent en continu toute la journée, alors que sur ce temps ils s'occupent de leurs courriels personnels ou lisent des magazines. Un employé peut aisément passer tout l'après-midi à passer des appels privés et réussir à le masquer en utilisant un ton professionnel et sérieux.

Les conséquences d'un bore-out peuvent être nombreuses pour un employé : insatisfaction, épuisement, ennui, faible estime de soi. Mais aussi pour un employeur : charge financière, risque élevé de congé de maladie, faible loyauté à l'entreprise. Le paradoxe du bore-out est que, malgré le dégoût de leur situation, les employés sont dans l'incapacité de demander des tâches plus stimulantes, de soulever le problème avec leurs supérieurs, ni même de chercher un nouveau travail.

■ CAUSES

Un bore-out peut toucher un individu pour différentes raisons. Il est à noter que ce syndrome de l'épuisement professionnel par l'ennui n'arrive pas, généralement, dans les métiers dont le principe consiste à mener à bien une ou des tâches spécifiques (comme les métiers de l'artisanat) ou à aider des personnes dans le besoin (comme les travailleurs sociaux ou les assistantes maternelles).

Au niveau des dynamiques de groupes, les bore-out peuvent apparaître à partir du moment où les personnels d'encadrement ou les employés les plus énergiques ou les plus ambitieux se chargent des travaux les

plus intéressants, les plus méritants et ne laissent que quelques tâches souvent ennuyeuses et peu intéressantes aux autres.

Dans une autre hypothèse, c'est l'organisation de l'entreprise elle-même qui peut être favorable au développement des bore-out. Il y a très peu d'employés qui, à l'évidence, veulent être licenciés et donc, dans la logique, attirer l'attention sur le fait que leur poste est superflu. De ce fait, si un individu a trop peu de travail à faire, il s'arrangera pour avoir constamment un moyen de montrer qu'il en a et qu'il est actif.

Werder et Rothlin citent une étude faite en 2005 sur le temps gaspillé au travail, menée par AOL et salary.com. Cette enquête, qui porte sur 10 000 employés, montre que le travailleur moyen, sur une journée de travail de huit heures et sans prendre en compte les pauses réglementaires, utilise 2,09 heures à s'occuper de tâches sans rapport avec son travail.

AOL et salary.com mettent en avant le fait qu'un grand nombre d'entreprises répondent à ce souci majeur en augmentant la surveillance en première mesure. L'utilisation abusive de l'Internet peut être contrôlée et l'accès à un certain nombre de sites (tels que les sites de jeux vidéo, les réseaux sociaux, les sites de vidéo en streaming...) peuvent être bloqués.

Cependant, AOL et salary.com soutiennent que ces méthodes ne sont pas assez efficaces et que l'environnement de travail a tendance à se dégrader, voire à ne plus être sain. Certains employés arriveraient même à passer outre les restrictions en les contournant. En effet, lorsque les employeurs bloquent l'accès à Facebook ou

Hotmail, les employés utiliseront leur propre smartphone, ou lorsque les employeurs surveillent les appels téléphoniques (selon les numéros appelés ou la durée des communications), les employés appelleront avec leur propre téléphone, à leur poste de travail comme dans les couloirs.

Notre société moderne porte un regard très important sur la performance professionnelle. Une sollicitation trop faible d'un individu engendra donc un sentiment de frustration, mais le manque de sollicitation n'est pas la seule cause. Très souvent, les personnes touchées par un bore-out sont sollicitées, mais pour des tâches et des travaux qui manquent cruellement d'intérêt et de reconnaissance. Dans ce cas-là, le résultat est le même. Ces tâches engendrent chez les sujets une très faible estime de leur personne qui engendre une démotivation rapide. En effet, l'engagement de ces personnes est alors inutile et leurs idées ne sont pas reconnues ni écoutées. De grosses tensions psychologiques apparaissent, au même titre que les personnes souffrant de burn-out.

De manière générale, le travail doit répondre à de nombreux souhaits et aspirations tels que l'argent, l'épanouissement, l'évolution de carrière, le réseau social, le plaisir, etc. À partir du moment où toutes ces aspirations sont enterées et plongées sous une activité sans intérêt, l'employé s'enferme dans un cercle vicieux négatif. Il faut aussi noter ici le phénomène de la "mise au placard" qui est une cause importante de bore-out. •

WEBGRAPHIE

- http://www.burnout-info.ch/fr/burnout_c_est_quoi.htm
- http://www.burnout-info.ch/fr/burnout_c_est_quoi_2.htm
- http://www.burnout-info.ch/fr/burnout_causes.htm

- http://www.burnout-info.ch/fr/burnout_causes_2.htm
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Syndrome_d%27%C3%A9puisement_professionnel_par_l%27ennui
- <http://vaincre-les-risques-psychosociaux.fr/le-bore-out/>

Libre comme un homme

La grande histoire de la pilule

● Jonathan EIG

"Un soir d'hiver à Manhattan, tard, Margaret Sanger vint trouver Grégory Pincus pour parler révolution, rien que ça. Il ne serait question ni de pistolets, ni de bombes... Seulement de sexe, et plus il y en aurait, mieux ce serait". Voici l'histoire des quatre pionniers à l'origine de la pilule contraceptive, la plus grande découverte scientifique du XX^e siècle, celle qui devait changer radicalement notre société. Quatre visionnaires qui réunirent leurs forces pour développer ce "médicament" qui stopperait l'ovulation. "Libre comme un homme" est le roman-vrai d'un long combat contre l'establishment pour concevoir et commercialiser ce qui ne s'appelait pas encore la pilule.

Jonathan Eig vit à Chicago avec sa femme et ses enfants. "Libre comme un homme", son quatrième best-seller aux États-Unis, est le récit d'un bouleversement social aussi fascinant et captivant qu'un roman à suspense.



Éditions Globe
432 pages - 22 €
Format: 15 cm x 22,5 cm x 3,5 cm

ISBN: 978-2-211-22632-5
Parution: 18 janvier 2017
<http://www.editions-globe.com>

Le ventre des femmes

Capitalisme, racialisation, féminisme

● Françoise VERGÈS

Dans les années 1960-1970, l'État français encourage l'avortement et la contraception dans les départements d'outre-mer alors même qu'il les interdit en France métropolitaine.

Comment expliquer de telles disparités ?

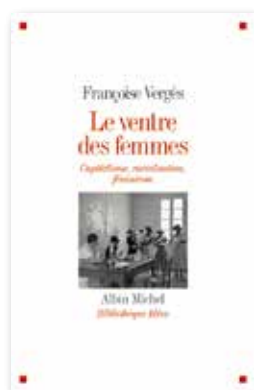
Dès 1945, invoquant la "surpopulation" de ses anciennes colonies, l'État français prône le contrôle des naissances et l'organisation de l'émigration; une politique qui le conduit à reconfigurer à plusieurs reprises l'espace de la République, provoquant un repli progressif sur l'Hexagone au détriment des outre-mer, où les abus se multiplient.

Françoise Vergès s'interroge sur les causes et les conséquences de ces reconfigurations et sur la marginalisation de la question raciale et coloniale par les mouvements féministes actifs en métropole, en particulier le MLF. En s'appuyant sur les notions de genre, de race, de classe dans une ère postcoloniale, l'auteure entend faire la lumière sur l'histoire mutilée de ces femmes d'outre-mer, héritage douloureux d'un système esclavagiste, colonialiste et capitaliste encore largement ignoré aujourd'hui.

Françoise Vergès est titulaire de la Chaire « Global South(s) » au Collège d'études mondiales, Fondation Maison des Sciences de l'Homme, Paris. Elle est notamment l'auteure d'Entretiens avec Aimé Césaire, Nègre je suis, nègre je resterai (2005), de La Mémoire enchaînée (2006), et de L'Homme prédateur (2011).

Éditions Albin Michel
Édition brochée - 20 €
Parution: 1^{er} mars 2017

145 mm x 225 mm
EAN13: 9782226395252
<http://www.albin-michel.fr>



Enceinte, tout est possible

● Renée Greusard

Ne bois pas. Tu vas manger ça ? Reste sexy. Ne prends pas trop de poids. Allez, juste un verre ! Ce n'est pas une maladie. T'es sûre que tu peux danser dans ton état ? Fais ci. Ne fais pas ça... Pendant leur grossesse, les femmes n'échappent pas aux injonctions contradictoires. D'où viennent ces interdits ? Sont-ils toujours fondés ?

En tombant enceinte, Renée Greusard, journaliste trentenaire, a tenté de répondre à ces questions et à tant d'autres, souvent taboues, mais aussi de raconter sa génération. Celle qui veut tout, tout de suite. Celle qui se noie dans les méandres d'Internet. Celle qui fait rire sa mère : « *C'est quoi cette grossesse de merde où tu ne peux plus rien faire ?* »

En partant à la rencontre de praticiens, de chercheurs et de femmes, elle a souhaité trouver une information plus juste pour sortir de l'infantilisation. Enceinte, tout est possible, on peut même rester maîtresse de son corps. Dingue, non ? Une enquête féministe, drôle et décalée qui déconstruit et analyse les légendes sur la grossesse à l'heure de la génération Y.

Renée Greusard, née en 1984, est journaliste. Elle a travaillé pour différentes rédactions (L'Humanité, Les Inrocks, Libération, Causette, Arte Radio, le Mouw, France Inter) avant de rejoindre en 2011 celle de Rue 89, où elle s'occupe entre autres de la rubrique Rue 69, qui traite de sexualité et de genre.

Éditions JC Lattès

Essais et documents

EAN : 9782709649261

Parution : 13 avril 2016

250 pages - 16 €

Format : 21 cm x 13 cm

www.editions-jclattes.fr/



L'école des sages-femmes Naissance d'un corps professionnel 1786-1917

de Nathalie Sage Pranchère



Nathalie Sage-Panchère, dans cet ouvrage, retrace sur plus d'un siècle, l'organisation de la formation de sage-femme devenant personnel médical, survivant avec ses spécificités, aux côtés du médecin accoucheur, maintenant « *Obstétricien* ». Cette historienne, avec constance, et une pugnacité étonnante de dix ans, va extirper des archives le détail des cours par départements, régions, de la formation des futures sages-femmes, sur le modèle parisien.

Au lendemain de la Révolution, il s'agit d'une mise en conformité de l'existant, avec les nouveaux textes de lois, décrets, arrêtés, circulaires ; mise en conformité avec des écarts, des dérogations, des actes précurseurs courageux devant certaines lenteurs administratives...

Parcours passionnant sur les pas de cette jeune chercheuse, dans les méandres départementaux, régionaux, aux inégalités criantes dans les campagnes reculées, qui nous mène découvrir les réalités en patchwork du pays.

Sa visite de 63 archives départementales lui permet de nous donner une vue très précise de la formation, avec parfois des détails étonnants.

Le livre est enrichi de belles cartes polychromes résumant les choix départementaux et leurs variations au cours du temps. Une annexe synthétise les modalités de formation obstétricale par département. Quel plaisir que ce perfectionnisme de l'historienne !

La formation pratique, peu abordée dans les autres ouvrages, fait ici l'objet de la même attention approfondie. La pièce maîtresse de l'apprentissage des élèves reste le mannequin. Angélique Du Coudray a laissé des traces sur le territoire. L'auteure montre les grosses disparités émaillant la formation clinique. Dans certains départements, la « *salle des accouchées* » attachée aux cours, ne fournit pas assez d'accouchements par élève. De multiples organisations locales pallient cette insuffisance. L'Hospice de la Maternité de Paris reste le modèle.

Deux catégories de sages-femmes naissent : sages-femmes de 1^{re} classe issues surtout de Paris, Montpellier, Bordeaux, sages-femmes de 2^e classe au

niveau départemental. Longtemps, elles revendiquent la fusion. Elle interviendra en 1916, 20 ans après la création du premier syndicat.

Nathalie Sage Pranchère, pour notre plus grand intérêt, donne à lire une analyse sur le portait social des élèves et son évolution au cours du siècle.

Autres questions polémiques abordées par l'historienne : l'usage des instruments, parmi eux le forceps, et le droit de prescription des sages-femmes, dont l'ergot de seigle, traitement efficace de l'hémorragie de la délivrance mais aussi abortif.

En refermant cet ouvrage, nous avons toutes les réponses aux questions que nous nous posions sur la profession de sage-femme, cet art ancestral de femmes, déconsidéré par l'arrivée des accoucheurs au XVII^e siècle.

Ce livre de Nathalie Sage Pranchère, travail énorme de lectures, d'analyse de vastes archives sans doute jamais explorées, avec sa riche bibliographie, devrait impérativement rejoindre sur les rayons de nos bibliothèques, ceux de Jacques Gélis, Scarlett Beauvalet-Boutouyrie, Yvonne Knibielher pour les plus connus de notre milieu professionnel. De même, les historiens, comme tout citoyen avide de détail, intéressés par l'histoire de la mise au monde, devraient découvrir cette professionnalisation de la sage-femme, figure incontournable de la Naissance.

Quelle satisfaction de voir qu'une nouvelle génération d'historiens se penche sur le métier de sage-femme !

**L'école des sages-femmes
Naissance d'un corps professionnel
1786-1917**

Nathalie Sage-Pranchère

Parution : 19 janvier 2017

Les presses universitaires

François Rabelais

Collection Perspectives Historiques

420 pages - Format : 15,5 x 23,5

ISBN : 978-2-86906-422-5 - Prix : 24 €

<http://pufr-editions.fr/>

VARICELLE

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE PUBLIE UN POINT D'ACTUALITÉ AU 27 MARS 2017

Chaque année, près de 700 000 cas de varicelle sont diagnostiqués en particulier chez les enfants de moins de 10 ans. Santé publique France rappelle que la varicelle est une maladie saisonnière pour laquelle on observe deux pics chaque année : en mars-avril et juin-juillet. Les données présentées reflètent l'activité de la varicelle au cours de l'année et le caractère fréquent de la maladie dans l'enfance.

DÉFINITION DE LA VARICELLE

La varicelle est une maladie virale très contagieuse, le plus souvent bénigne qui survient préférentiellement pendant l'enfance. Elle est provoquée par un herpès virus (Varicelle-Zoster Virus ou VZV). La varicelle est la primo-infection par le VZV. Le risque d'être atteint de la varicelle au cours d'une vie est très élevé (environ 95 %) et celui de subir au moins une réactivation du virus (zona) est de l'ordre de 15 à 20 %. Plus de 90 % de la population est immunisée après l'âge de 10 ans. Pour plus d'informations concernant les symptômes et les formes cliniques, reportez-vous au dossier varicelle du site Santé Publique France ¹.

Chaque année, on compte environ près de **700 000 cas de varicelle** (plus de 90 % ont moins de 10 ans), environ 3 000 hospitalisations (25 % ont plus de 10 ans) et 20 décès (70 % ont plus de 10 ans). Ces données reflètent le caractère **fréquent et exceptionnellement grave de la maladie dans l'enfance** mais aussi l'augmentation du risque de complications avec l'âge.

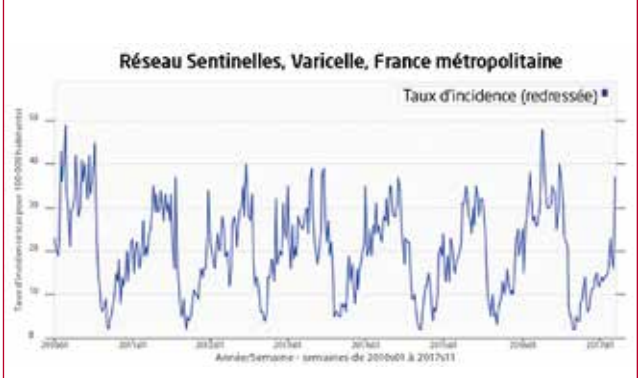
La varicelle est surveillée par le **réseau Sentinelles** depuis 1990 et pour le zona depuis 2004 (Sentinelles). Ce réseau est coordonné par l'équipe « Surveillance et Modélisation des maladies transmissibles » de l'Institut Pierre Louis d'Épidémiologie et de Santé Publique (UMR S 1136, anciennement UMR-S 707) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et de l'Université Pierre et Marie Curie, en collaboration avec Santé Publique France. Chaque semaine, le réseau rapporte dans son bulletin hebdomadaire une estimation du nombre de cas de varicelle qui ont consulté dans la métropole ainsi que des cartes décrivant leur répartition géographique.

La varicelle est une maladie « saisonnière » pour laquelle on observe chaque année une **recrudescence printanière** du nombre de cas (semaine 11 à 15) ; il s'agit d'une augmentation attendue de la maladie. **Un second pic peut également être observé en juin/juillet** (semaine 25 à 28). Les données produites par le réseau Sentinelles sur les dernières années sont présentées ci-après (figures 1 et 2 : année 2016 à S11 2017, et de 2010 à 2017) et reflètent bien ces augmentations périodiques du nombre de cas.

Figure 1 - Incidences varicelle pour 100 000 habitants.
Données Sentinelles 2016 S1 à 2017 S11 (source : site SentiWEB).



Figure 2 - Incidences pour 100 000 habitants.
Données Sentinelles 2010 S1 à 2017 S11 (Source : site SentiWEB).



La situation actuelle de la varicelle avec des taux d'incidence dans certaines régions bien au-dessus de la moyenne nationale rapportée depuis la mi-mars par le réseau Sentinelles correspond à la recrudescence attendue du nombre de cas observée chaque année à cette période de l'année (plus de détails sur les données du réseau Sentinelles).

PRÉVENTION ET VACCINATION

En France, **la vaccination généralisée contre la varicelle des enfants de plus de 12 mois n'est pas recommandée**. Les recommandations actuelles de vaccination concernent les personnes sans antécédent de varicelle ou dont l'histoire est douteuse, dans les circonstances suivantes : adolescents de 12-18 ans, femmes en âge de procréer, adolescents et adultes en contact avec un cas, professionnels de santé et professionnels en contact avec la petite enfance, personnes en contact étroit avec des personnes immunodéprimées et enfants candidats receveurs à une greffe d'organe solide. Un contrôle sérologique préalable à la vaccination peut (ou doit selon les circonstances) être effectué (cf. le calendrier vaccinal sur le site Santé Publique France ²).



- 1 Reportez-vous au site suivant : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Varicelle/Qu-est-ce-que-la-varicelle>
- 2 Reportez-vous au site suivant : <http://vaccination-info-service.fr/Les-maladies-et-leurs-vaccins/varicelle>

D'INFO

<http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Varicelle-Sante-publique-France-publie-un-point-d-actualite-au-27-mars-2017>

COMMUNIQUÉS DE PRESSE DU 11 AVRIL 2017

RÉNOVATION DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

Le 6 avril 2017, le ministère des Affaires sociales et de la Santé a présenté son Plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein, en omettant les sages-femmes parmi les professionnels de santé y participant. Afin de favoriser un meilleur accès de chaque femme au dépistage, l'ensemble des instances représentatives de sage-femme, professionnelles et étudiantes, demande une rectification de ce plan.

Parmi les mesures proposées, le plan d'actions prévoit la mise en place d'une consultation dédiée à la prévention et au dépistage des femmes de 25 ans sans antécédents personnels de cancer. Toutefois, le Ministère omet les sages-femmes parmi les professionnels de santé pouvant proposer ces consultations, alors que la prévention et le dépistage constituent précisément leur cœur de métier et que cette profession participe déjà au dépistage des différents cancers gynécologiques.

Ainsi, les recommandations actuelles de l'Institut national du Cancer sur les modalités de l'examen clinique des seins stipulent que celui-ci « peut être réalisé par un généraliste, un gynécologue ou une sage-femme ».

Par ailleurs, le Ministère s'est appuyé sur les travaux du Comité d'orientation de la concertation citoyenne et scientifique missionné pour travailler sur l'évolution du dépistage du cancer du sein. Dans son rapport final, ce Comité écrit justement que l'évolution du dépistage de ce cancer doit systématiquement permettre « l'intégration du médecin traitant dans la démarche de dépistage en tenant également compte des autres acteurs de santé comme la sage-femme et le gynécologue ».

Alors que le cancer du sein provoque près de 12 000 décès par an, il est indispensable de mobiliser tous les acteurs de santé en capacité de participer à ce dépistage.

Aussi, l'ensemble des instances de sage-femme, professionnelles et étudiantes, souhaite unanimement que la profession soit officiellement associée au nouveau dépistage organisé du cancer du sein afin que le plus grand nombre de femmes puissent en bénéficier et qu'elles aient le choix du praticien.

> Éléonore BLEUZEN,
Présidente de l'Anesf

> Madeleine MOYROUD, Présidente de l'ANSFL

> Sylvie LE ROUX,
Présidente de l'ANSFC

> Chantal BIRMAN,
Présidente de l'ANSFO

> Catherine FOULHY,
Présidente de l'ASIN-COPROB

> Christine MORIN,
Présidente de la CNEMa

> Marie Josée KELLER,
Présidente du CNOSF

> Sophie GUILLAUME,
Présidente du CNSF

> Caroline RAQUIN,
Présidente de l'ONSSF

> Marie-Anne POUMAER, Présidente de l'UNSSF

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DU 28 MARS 2017

LANCEMENT D'UNE STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ SEXUELLE

Marisol TOURAINE lance une stratégie globale d'amélioration et de promotion de la santé sexuelle des Français.

Marisol TOURAINE, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, lance aujourd'hui une stratégie globale d'amélioration et de promotion de la santé sexuelle des Français. Reçu aujourd'hui par la ministre, le Professeur Patrick YENI, médecin spécialiste des maladies infectieuses et président du Conseil national du Sida et des hépatites virales, présidera son comité de pilotage.

Les mesures contenues dans la Stratégie nationale de santé sexuelle visent, à l'horizon 2030, à :

- **Placer l'éducation à la sexualité et à la santé sexuelle des plus jeunes au cœur de leurs parcours éducatifs en santé.** Il ne s'agit pas seulement de connaissances biologiques, mais aussi de compétences psychosociales (réflexion sur le respect mutuel, égalité filles-garçons, réciprocité et consentement des relations à l'autre). Une attention particulière sera portée aux adolescents de moins de 15 ans dont 20 % sont déjà entrés dans la sexualité;

- **Renforcer l'offre de prévention, de dépistage et de prise en charge en santé sexuelle autour des professionnels de premier recours.** Il s'agit notamment de promouvoir la consultation de contraception et de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) prévue par la convention médicale 2016-2021 pour les jeunes filles mineures et de préparer son extension, à terme, pour les garçons;

- **Maintenir une attention particulière pour les populations vulnérables ou exposées au VIH en renforçant notamment la prévention diversifiée :** accompagner et sécuriser l'accès à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) pour certains publics, faciliter l'accès au traitement post-exposition pour le VIH et le virus de l'hépatite B;

- **En population générale, renforcer et diversifier la prévention des IST et du VIH** par la promotion de dispositifs adaptés aux personnes et à leur situation. Le préservatif reste l'outil de prévention privilégié; de nouvelles stratégies de dépistage seront déployées; des actions seront mises en place pour augmenter la couverture vaccinale contre le virus de l'hépatite B et le Papillomavirus - HPV;
- **Promouvoir la recherche et l'innovation en santé sexuelle.**

La stratégie nationale de santé sexuelle a été élaborée en concertation avec l'ensemble des parties prenantes (sociétés savantes, associations d'usagers, organisations représentatives des professionnels de santé, etc.). Elle s'appuie sur le rapport sur la prévention et la prise en charge des IST chez les jeunes du Professeur Patrick YENI, mais également sur les recommandations du Haut conseil de la santé publique. Les mesures qu'elle contient seront déclinées en région par les Agences régionales de santé sur la base de diagnostics territoriaux.

Le comité de pilotage de cette stratégie, placé sous la présidence du Professeur Patrick YENI, assurera en étroite collaboration avec la Direction générale de la santé la mise en œuvre de ses orientations et le suivi de son déploiement.

« L'objectif de cette stratégie est simple : faire en sorte, dès 2020, que 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, que 95 % des personnes séropositives aient accès à des traitements et que 95 % des personnes sous traitement aient une charge virale indétectable. Il s'agit également d'éliminer définitivement les épidémies d'infections sexuellement transmissibles » a déclaré Marisol TOURAINE, ajoutant : « Avec ces nouvelles mesures, le Gouvernement s'engage pour les prochaines générations. »

Télécharger la Stratégie Nationale de Santé Sexuelle

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf



– Entre ombre et lumière – Repères sur la grossesse et la naissance en Albanie

Ces dernières années, l'Albanie est entrée dans une nouvelle phase de son histoire tout en restant ancrée dans son passé. De l'Hexagone, il est cependant difficile de mesurer la richesse de son patrimoine car les sources disponibles en français n'offrent pas suffisamment d'éclairages et encore moins lorsqu'il s'agit de s'abreuver d'histoires liées à l'obstétrique.

Si les touristes ne s'y bousculent pas encore car il est toujours dangereux de se rendre aux confins du pays comme l'actualité l'a montré après les affrontements de Lazarat ces dernières années, il y souffle pourtant encore l'esprit authentique de ses héros et de ses histoires, esprit qui finira bien par être découvert.



L'

Albanie est donc un pays qui plonge ses racines dans un lointain passé. Rappelons que « *les Albanais prétendent descendre des anciens Illyriens et habitent un petit pays montagneux situé entre la Yougoslavie et la Grèce* »¹ et que cette culture « *illyro-albano-grec* »² se retrouve dans la légende de Rozafa, la plus célèbre femme allaitante d'Albanie dont nous découvrirons l'histoire à la fin de cet article lorsque nous aborderons l'aspect des matériaux du patrimoine albanais.

ALBERT DOJA COLLECTE LA MÉMOIRE SUR LA GROSSESSE ET LA NAISSANCE

Dans le sillage des grandes études ethnologiques, pas une décennie ne passe sans qu'une passionnante enquête ne paraisse sur les rites liés à la grossesse et à la naissance en Albanie. La plupart sont d'ailleurs issues d'enquêtes effectuées par Albert Doja dans des zones reculées du pays. Albert Doja est professeur à l'Institut de sociologie et d'anthropologie de l'université de Lille et commença ses recherches en soutenant en 1993 un doctorat d'anthropologie sociale à l'EHESS.

Si ce type de dialogues avec les Albanais(e)s avait été initié dès 1981 par F. Mehmeti qui enquêta sur les coutumes et les rites de naissance à Kelmend³, il fut suivi de près dès 1997

1. Conseil de l'Europe - Assemblée parlementaire - 31 octobre 1991, Doc. 6522 intitulé « *Sur la situation dans les hôpitaux en Albanie* ».
2. Pierre CHARRETON, *Du côté du populaire*. Saint-Étienne, Université Saint-Étienne, 1994, p. 120.
3. F. MEHMETI, « *Coutumes et rites de naissance à Kelmend, de la fin du XIX^e siècle jusqu'à la Libération*. » Etnografia Sqiptare Tirana, 1981, 11, pp. 207-219. Dans la même livraison parut l'article de Y. SELIMI, « *Coutumes de naissance à Zadrime et changements de nos jours*. » Ethnographie Albanaise Tirana, 1981, 11, pp. 135-163.

par Albert Doja⁴ qui s'interrogea sur les croyances autour de la naissance en Albanie⁵. En l'an 2000, Albert Doja publia un nouveau livre passionnant intitulé *Naître et grandir chez les Albanais*⁶.

TOMBER LES MASQUES : QUELQUES REPÈRES

L'Albanie est un petit pays qui comptait en 1938, 1 040 000 habitants et en 1989, 3 182 400 habitants avec une population principalement rurale. En 1945, les femmes avaient en moyenne six enfants et n'en avaient plus que trois en 1990⁷.

L'émigration est un phénomène courant en Albanie. Contemplant le monde à distance, nombre de femmes enceintes émigrent régulièrement vers l'Italie et se rendent notamment à Palerme pour rejoindre un mari ou un fiancé qui travaille principalement sur des chantiers. Certaines femmes se rendent aussi en Suisse où elles donnent naissance à leur enfant⁸. En somme, l'Albanie connaît un « fort courant migratoire qui entraîne un grand nombre de jeunes adultes, notamment des hommes, hors du pays, par exemple vers l'Italie ou vers la Russie⁹. »

L'accueil des femmes enceintes albanaises dans les pays voisins se fait toutefois avec plus ou moins de confort d'un pays à l'autre. En Suisse par exemple, une apparente facilité à vivre leur grossesse ou leur accouchement est proposée aux femmes albanaises. Transposée à des centaines de kilomètres de leur pays, la Fédération suisse des sages-femmes met à leur disposition par exemple une brochure d'information et un carnet de maternité pour les migrantes en langue albanaise.

L'ESPACE DES PARTURIENTES ALBANAISES, UN ESPACE CRÉPUSCULAIRE

Ces dernières années, les observateurs ont noté que l'abandon des nouveau-nés s'est accéléré en Albanie. Moins emmurées derrière le rideau opaque de la tradition, les femmes trouvent désormais de l'aide auprès des organisations non-gouvernementales qui tentent de sauver ces bébés abandonnés. Ainsi, a été créée en août 1996, l'*Organization for the Support of Albania's Abandoned Babies* (OSAAB) qui sauve des centaines d'enfants chaque année¹⁰.

Si cette nouvelle donne une réalité brutale à la vie des femmes albanaises, rappelons-nous qu'elles ont longtemps été considérées suivant leur rôle de mère, mères qui devaient principalement donner naissance à des fils¹¹. Derrière cette donnée au teint fantomatique perle cependant une réalité : il existe un déséquilibre dans la population albanaise entre le nombre de garçons et de filles.

Les superstitions restent aussi vivantes dans la vie des Albanaises. Ainsi, pour celles qui ne parviennent pas à déclencher une grossesse, c'est bien souvent à un appel à une guérisseuse qui est fait.

KLARA BUDA ÉCRIT DANS SON ROMAN KLOROFORM : « LA MATERNITÉ EST LA SEULE RÉALITÉ QUI ÉCHAPPE À LA DICTATURE »¹²

Il fut longtemps difficile de crier les horreurs indicibles subies par les femmes enceintes. Imaginez que si dans les années 1960 les simples données démographiques étaient encore indisponibles¹³, les silences primaient davantage lorsqu'il

«... elles (les femmes) ont longtemps été considérées suivant leur rôle de mère, mères qui devaient principalement donner naissance à des fils »

s'agissait d'évoquer les tragédies ou les angoisses des femmes. La réalité brutale transparait de nos jours dans les enquêtes ou les fictions. Prenons un exemple et profitons-en pour évoquer la question des avortements pratiqués en cas de soupçon de la future naissance d'une fille dont il est question dans le roman *Kloroform*.

Halil Matoshi résume dans *Courrier International*, par ces mots, une des composantes sur l'avortement narrée par Klara Buda : « C'est ainsi que la dictature étourdit les individus avant de les endormir. Le personnage d'Alma l'éprouve dans sa chair. Contrainte d'avorter, elle se retrouve entre rêve et réalité, délirant et fustigeant la morale dominante empreinte de fausseté et d'hypocrisie (ainsi préconisait-on la sodomie pour préserver la virginité des jeunes filles, un tabou que l'auteure évoque à travers les cauchemars d'Alma). »

Si les fictions mettent fréquemment l'accent sur les séquelles du passé, désormais, l'article 93 du Code pénal albanais condamne l'avortement contre la volonté de la femme, l'article 94 condamne l'avortement effectué dans des lieux et par des personnes non autorisées et l'article 95 condamne la livraison de matériels dans le but d'avorter illégalement¹⁴.

Au cœur d'un passé moins amène, il y a une dizaine d'années, le trafic d'enfants existait encore en Albanie comme en témoigne le nombre d'enquêtes dont un fameux article du *Courrier des*

- Albert DOJA est rattaché au département de sociologie de l'Université Paris 8 Vincennes.
- Albert DOJA, « Le comportement symbolique autour de la prime enfance chez les Albanais ». *L'Ethnographie*, 1997, 93, 121, pp. 43-87.
- Albert DOJA, *Naître et grandir chez les Albanais*. Paris, L'Harmattan, 2000, 322 p.
- Mathias LERCH, « L'impact de l'émigration sur la fécondité, le cas de l'Albanie et du Tadjikistan ». 2008, p. 593. Sur la condition de la femme qui fait le serment de rester vierge, voir le film *Vierge sous serment (Vergine giurata)* réalisé par Laura Bispuri - sorti en salle le 30 septembre 2015 - Durée : 86 minutes.
- Lire le rapport final pour l'Office fédéral de la santé publique de juillet 2014 intitulé *Étude longitudinale du stress périnatal des femmes migrantes allophones*.
- Christophe Z. GUILMOTO, Géraldine DUTHE, « La masculinisation des naissances en Europe orientale ». *Population et Sociétés*, décembre 2013, 506, p. 4.
- www.osaab.org
- Albert DOJA, « Le sexe de la naissance – Masculin/féminin dans la société traditionnelle albanaise ». *Ethnologie française*, octobre - décembre 1995, p. 650.
- Klara BUDA, *Kloroform*. Tirana, éditions Dudaj, 2009.
- Ermelinda MEKSI et Pietro IAQUINTA, « Aspects de l'évolution démographique en Albanie ». *Population*, mai-juin 1991, 46, 3, pp. 679-692.
- Kristina JANCE et Edvana TIRI, « Les différents aspects de la notion du "Droit à la vie" dans la législation actuelle albanaise en comparaison avec les standards de la CEDH. » *Currentul Juridic*, 2013, 2, p. 60.

Balkans qui indiquait « *En Albanie, le trafic des êtres humains touche aussi les enfants et les nouveau-nés. Malgré les plaintes déposées par les parents d'enfants enlevés, la justice n'a conclu aucune affaire et les trafiquants restent, pour la plupart, impunis* ¹⁵ ». Cette question demeure un des points noirs majeurs du présent.

LE VISAGE COUTURÉ DES MATERNITÉS ALBANAISES S'AMÉLIORE

On reste (ou pas) hébété en guettant les rapports sur les maternités d'Albanie dont la majorité comportait encore entre 4 à 5 lits par chambre au début des années 2000 ¹⁶. Le magazine *Femmes suisses* d'octobre 1992 décrivait la situation dans un hôpital et une maternité de la banlieue de Tirana. « *Ici, la buanderie date de 1936 ! Les blanchisseuses de l'hôpital manipulent sans cesse un linge si usé, que draps, serviettes et blouses, seraient, en Suisse, immédiatement jetés. Et encore, ces lambeaux d'étoffes sont en quantité très insuffisante pour les besoins minimaux des malades. Comment transmettre, par le texte, le désespoir des employés ? [...] Que par un hiver rigoureux toute une aile de l'hôpital soit privée de chauffage, à l'instar de la plupart des écoles. [...] Pendant ce temps, à la maternité les accouchements par césarienne, à part, le champ opératoire, se pratiquent dans des conditions non stériles. Les lits d'accouchement et les ustensiles ne sont pas entretenus et pour certains, sont encore maculés de sang* ¹⁷ ».

« En Albanie, le trafic des êtres humains touche aussi les enfants et les nouveau-nés. Malgré les plaintes déposées par les parents d'enfants enlevés, la justice n'a conclu aucune affaire et les trafiquants restent, pour la plupart, impunis »

Au confluent des années 2000 et des années 2010 sont apparus de nouveaux services modernes de maternité. Pour se persuader de ce mouvement, il suffit de consulter le site Internet de l'Agence Magnum qui propose quelques clichés datant de 1990 et présentant l'extérieur de la maternité de Sarande à l'époque. On y voit des hommes et des femmes patientant plusieurs jours à l'extérieur de la maternité avant de pouvoir entrer en contact direct avec l'épouse, l'amie ou la sœur nouvellement accouchée. On y voit des différences flagrantes avec l'actuelle situation.

Ainsi, en 2017, la modernité s'installe : à la faculté de Tirana, la maternité dispose d'une unité de soins pour les prématurés et les maternités d'Elbasan au centre de l'Albanie, le *Spitalika Rajonal Durrës* de Durrës (Durrës), la deuxième plus grande ville d'Albanie ou la maternité de l'hôpital de Shkodra se sont convertis aux techniques les plus modernes. Une preuve supplémentaire : en 2010, le *Guardian* indiquait, à la grande surprise de tous, que les femmes sont moins susceptibles de mourir lors de l'accouchement en Albanie qu'en Grande-Bretagne ¹⁸.

La méthode « mère-kangourou » qui consiste à porter un enfant prématuré sur le ventre de façon à privilégier le « peau à peau » a été initiée en Albanie en mai 2003. Cette méthode

était très bien connue en Albanie mais elle ne se pratiquait pas suffisamment. Expérimentées pour la première fois au *Tirana Maternity Hospital*, les techniques furent ensuite répandues par les professionnels de l'obstétrique à travers Tirana ¹⁹.

Enfin, *Gynécologie sans Frontières* indique sur son site Internet être « *intervenue à trois reprises pour des missions de "développement" et de "formation" (formation en échographie, formation en chirurgie gynécologique et dépistage du cancer du col)* ».

LES ARDENTS DÉFENSEURS DE LA TRADITION

L'accouchement reste en Albanie un moment qui fait appel à des rites et à des croyances bien ancrés. Après l'accouchement, les femmes de la famille viennent rendre visite à l'accouchée et offrent soit de l'argent soit de la layette ²⁰. Puis, la femme nouvellement accouchée passe une semaine au domicile d'un membre de la famille.

L'auteure Helena Kadaré en fut témoin. « *Elle raconte qu'à la naissance de leur première fille, Gresa, sortait en librairie sa première nouvelle, "Éteins la lumière", Véra, et que Is (Ismail, un de ses copains) lui apporta la revue dans la maternité (Le journal de la jeunesse). Puis, pour ne pas déroger à une vieille tradition albanaise, qu'elle revint quelque temps chez ses parents après l'accouchement vivre une semaine avec eux* » ²¹.

PATRIMOINE AUTOUR DE LA NAISSANCE

Égrenée en boucle dans les rares guides touristiques consacrés à l'Albanie, une facette du patrimoine albanais peut éprendre le passionné ou l'historien de l'obstétrique. Ainsi au-delà du musée d'ethnologie de Gjirokastra dans le sud de l'Albanie connu comme la maison de natale du dictateur Enver Hoxha, plus au nord, dans la ville de Shkodra (Shkodër), une légende est à découvrir au château de Rozafa ²².

On puise dans un site touristique la notice suivante : « *Le château de Rozafa se trouve sur une colline rocheuse à l'ouest de Shkodra (haute de 133 m d'altitude). Selon la légende, Rozafa accepta d'être enterrée vivante dans les murs du château et aujourd'hui, à l'entrée du château, on peut voir un bas-relief la représentant. Selon l'imaginaire populaire, l'eau qui ruisselle en*

15. « *Bébés à vendre en Albanie* ». *Courrier des Balkans*, lundi 7 avril 2003 [Le Courrier des Balkans est le portail francophone des Balkans].

16. Drina CANDILIS-HUISMAN, « *Le langage des bébés est-il universel* ». *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 2003, 2, p. 75.

17. Brigitte POLONOVSKI, *Albanie ou l'après-révolution*. *Femmes suisses*, octobre 1992, p. 15.

18. « *Women less likely to die in childbirth in Albania than in UK* ». *The Guardian*, 12 avril 2010.

19. « *The mother kangaroo method in Albania* ». Information on the visit of the Dr Hector Martinez in Albania between 28 September – 4 October 2003, within IFAD/UNOP'S PASARP – Programme of activities in support of Albanian Regions and Prefectures.

20. Albert DOJA, « *Développement corporel et transition sociale chez les Albanais* ». *Journal of Mediterranean Studies*, 1999, 9, 2, p. 234.

21. www.solko.hautefort.com (blog des Éditions du BUG) et lire Hélène KADARE, *Le temps qui manque*. Paris, Fayard, octobre 2010, 782 p.

22. Ali MUKA, « *Les édifices du culte dans la physionomie du village albanais* ». *Studia Albanica*, 1995, 21, 1, pp. 223-243. Le château est accessible en bus urbain en descendant à l'arrêt « *Ura e Bunes* ».

permanence à l'entrée du château est le lait qui coule encore du sein de Rozafa qui servait à nourrir son nouveau-né²³ »

Le sacrifice humain de Rozafa, l'histoire du serment ou « *bessa de Rozafa* » tient une place particulière et importante dans la littérature albanaise ; il suffit pour s'en persuader de lire *Le pont aux trois arches* d'Ismail Kadare.

Dans une version plus longue, *Le Petit Futé* consacré à l'Albanie indique : « *La légende de Rozafa raconte que trois frères engagés pour construire les murs de la forteresse ne parvenaient pas à achever leur tâche : ce qu'ils faisaient le jour s'écroulait la nuit venue. Pour faire cesser ce prodige, un vieillard à qui les frères avaient demandé conseil leur recommanda de sacrifier l'épouse qui le lendemain leur apporterait leur déjeuner. Ce fut Rozafa, la femme du plus jeune frère, qui dut subir ce triste sort, ce dernier, contrairement aux autres, n'ayant pas averti son épouse. Elle accepta de se sacrifier à la condition qu'elle puisse continuer à allaiter, caresser et bercer son enfant. Ainsi Rosafa put s'occuper de son fils jusqu'à ce qu'il fût sevré, et la citadelle put être ache-*

*vue*²⁴ ». L'emmurée déclara : « *Laissez-moi dehors la main, laissez-moi dehors un œil, laissez-moi dehors un pied, laissez-moi dehors un sein*²⁵ »

Ce récit est en grande partie tiré de l'ouvrage de 1998 intitulé *Le lait de la mort, la ballade de l'Emmurée et sa fortune littéraire* dirigé par Véronique Gély-Ghedira de l'université Blaise Pascal de Clermont-Ferrand.

L'Albanie demeure un pays méconnu qui s'ouvre désormais davantage au tourisme et qui favorise et facilite l'instauration des nouvelles techniques en matière d'obstétrique. •

23. <http://www.albania-holidays.com> et lire « The legend of Rozafa : the walled in woman » - http://www.dukascopy.com/fixcomm/blog/?action-show&post_id=8488

24. *Le Petit-Futé* – Albanie 2016-2017.

25. Yves CLAVARON, *La mémoire des villes*. Saint-Étienne, Université de Saint-Étienne, 2003, p. 344.

Journée du CNSF

PROGRAMME*

PARIS
6 juin 2017

ENVIRONNEMENT ET GROSSESSE : ENTRE CROYANCES ET RÉALITÉ !

- | | |
|---|--|
| <p>8h30 Accueil
Ouverture de la journée
<i>Sophie GUILLAUME</i> (Présidente du CNSF)</p> <p>9h00 Session - Environnement et issues de grossesse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposition des femmes enceintes en France et dans les pays industrialisés
<i>Fabienne PELE</i> (Rennes) • Quels risques pour la grossesse ?
<i>Marion OUIDIR</i> (Grenoble) • Impact pharmacologique sur l'embryon et le fœtus
<i>Elisabeth ELEFANT</i> (Paris) <p>10h30 Pause</p> <p>11h00 Session - La grossesse : une période clé pour la santé de l'individu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Et si tout se jouait avant la naissance ?
<i>Marie-Aline CHARLES</i> (Paris) • L'épigénétique - ou comment l'environnement imprime sa marque sur le fœtus
<i>Claudine JUNIEN</i> (Paris) • Exposition prénatale et fertilité : bientôt tous stériles ?
<i>Rachel LEVY</i> (Paris) <p>12h30 Pause déjeuner libre</p> | <p>14h00 Session - Les risques liés aux comportements : tous intoxiqués ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentation et grossesse : faut-il interdire ?
<i>ANSES</i> (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) • Tabac, alcool et drogues : incidence et impact
<i>Gilles GRANGE</i> (Paris) • Cosmétiques et grossesse : état des connaissances
<i>Ronan GARLANTEZEC</i> (Rennes) <p>15h30 Pause</p> <p>16h00 Session - En pratique quelle stratégie de prévention ?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment gérer les expositions professionnelles ?
<i>Jérôme LANGRAND</i> (Paris) • Le projet Femmes Enceintes Environnement et Santé : rôle des professionnels de la périnatalité dans la transmission de conseils aux futurs et jeunes parents
<i>Camille GEAY</i> et <i>Mélie ROUSSEAU</i> (Lille) • Atelier nesting : comment informer les futurs parents ?
<i>Delphine DUBOS</i> (Grenoble) <p>17h30 Clôture : risque environnemental, entre risque perçu et risque réel
<i>Rémi BERANGER</i> (Rennes)</p> <p>17h45 Fin de la journée</p> |
|---|--|

* Sous réserve de modifications

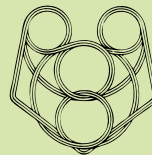
LIEU ASIEM - 6 Rue Albert de Lapparent - 75007 Paris

 D'INFO

<http://cerc-congres.com/>

AGENDA EN BREF

- **28-29 AVRIL 2017**
MARRAKECH (MAROC)
11^{es} Journées Franco-Marocaines de gynécologie obstétrique et fertilité
lesjfm.net
- **17-18-19 MAI 2017**
STRASBOURG (67)
45^{es} Assises Nationales des Sages-Femmes
cerc-congres.com
- **18-19-20 MAI 2017**
MONACO
HÔTEL FAIRMONT
Gyn Monaco
gyn-monaco.com
- **6 JUIN 2017**
PARIS (75)
Journées à thème du Collège National des Sages-Femmes
Thème "Environnement et grossesse: entre croyances et réalité!"
cerc-congres.com
- **8-9 JUIN 2017**
NICE (06)
28^{es} Journées d'Études de l'Association Nationale des Sages-Femmes Territoriales
Thème "Ados vulnérables, souffrance de femmes: le prendre soin par la Sage-Femme de PMI"
Renseignements
formation.ansft@gmail.com
- **14-15 & 29-30 JUIN 2017**
PARIS 13^e
HÔPITAL PITIÉ SALPÊTRIÈRE
1^{er} Congrès Maladies chroniques - Innovations et Qualité de Vie
14-15 JUIN Maladies Cardio-vasculaires
29-30 JUIN Diabète
www.eska.fr
- **18 AU 22 JUIN 2017**
TORONTO, CANADA
31^e Congrès triennal de l'ICM (International Confederation of Midwives)
midwives2017.org
- **7-8-9 JUILLET**
BIARRITZ
Congrès de l'Association Nationale des Étudiants Sages-femmes
anesf.com
- **21-22 SEPTEMBRE 2017**
PALAIS DES CONGRÈS - LA BAULE
34^{es} journées nationales des Sages-femmes
Coordinatrices
ansfc.fr
- **13-14 OCTOBRE 2017**
MARSEILLE (13)
Séminaire annuel de l'Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs
Thème "7 sentiments 6 émotions"
cerc-congres.com



Formations en haptonomie

CIRDH FRANS VELDMAN

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

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

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

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

RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTIONS

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



28^{ES} JOURNÉES D'ÉTUDES DE L'ASSOCIATION NATIONALE DES SAGES-FEMMES TERRITORIALES

NICE 8 et 9 juin 2017

Ados vulnérables, souffrance de femmes
« Le prendre soin par la sage-femme de PMI »

- > **ADRESSE** Salle Laure Ecard
50 Boulevard Saint-Roch - 06000 Nice
- > **POUR TOUT RENSEIGNEMENT**
ANSFT 17 rue des Friches - 44310 Nantes
- > **COURRIEL** formation.ansft@gmail.com

programme

JOURNÉE DU 8 JUIN "Violence conjugale, un enjeu pour la parentalité"

- 8 h 30 Café d'accueil • 9 h Allocution d'ouverture
- 9 h 30 Parcours d'une gynécologue. Dr Pauline Vignoles, Chef du Pôle Mère-Enfant au CH de la Dracénie
- 9 h 40 Femmes victimes des violences conjugales dans le département des Alpes Maritimes : parcours médical, social et judiciaire. Dr Maël Servan, Assistante Hospitalo-Universitaire - Service de Médecine Légale du CHU Nice
- 10 h De l'intérêt des protocoles. M^{me} Florence ROLLET, Conseillère technique MIPROF
- 10 h 30 Échanges avec la salle • 10 h 45 Pause
- 11 h Bases à la rédaction du certificat médical. Dr Élodie Biglia, Médecin légiste au CHU de Nice
- 11 h 10 Conséquences des violences conjugales sur la création du lien d'attachement. M^{me} Geneviève Irondelle, Psychologue clinicienne - pilote du dossier enfants exposés aux violences conjugales du Schéma départemental de l'enfance Alpes-Maritimes
- 11 h 50 Échanges avec la salle • 12 h Repas libre.

APRÈS-MIDI: Ateliers de 14 h à 16 h 30
"Le prendre soin de la femme enceinte et de son bébé"

JOURNÉE DU 9 JUIN "Santé et soins des ados"

- 9 h Témoignage de Fanny
- 9 h 10 La santé des jeunes dans tous ses états. Dr Muriel Couteau, Médecin Gynécologue, Responsable des Centres de planification et de la santé des jeunes - Département 06.
- 9 h 25 Outils de repérage des addictions chez les ados. Dr Nicolas Bonnet, Pharmacien de Santé Publique, Directeur du RESPADD
- 9 h 55 Échanges avec la salle • 10 h Pause.
- 10 h 15 De l'adolescence à la santé de la grossesse. Dr Céline Pintat, Médecin hospitalier - Service de psychiatrie de l'adolescent au CH de Mont de Marsan.
- 10 h 45 Quand les adolescentes difficiles deviennent des mères. Dr Eliane Mariage, Psychiatre - Service de psychiatrie de l'adolescent au CH de Mont de Marsan.
- 11 h 15 Où en est-on des infos scolaires? Retour du questionnaire.
- 12 h Repas libre.

APRÈS-MIDI: "Quels mots pour le dire?"

+ D'INFOS : <http://www.ansft.org>



FORMATIONS ANSFL 2017

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

TARIFS, DATES, ADHÉSION www.ansfl.org

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

L'échographie et les examens complémentaires dans le suivi de la grossesse normale
Intervenantes / Évelyne Rigaut (SF-Échographiste) - Lorraine Guénéral (Biologiste)
• 21-22 septembre 2017 à Paris

La consultation de contraception et de gynécologie de prévention
Intervenante / Annie Sirven (SF)
• Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)
• Session I : 6-7-8 sept 2017
• Session II (Pré-requis : suivi de la session I) 20-21-22 mars 2018

L'installation en libéral
Intervenante / Laurence Platel (SF).
• 17 juin 2017 à Nantes

Initiation à la pensée critique les sages-femmes
Intervenante : Amélie Battaglia - Formatrice
• 10-11 juin 2017 à St germain Mont D'Or (près de Lyon)

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

Eutonie : rééducation en post-natal
Intervenante / Martine Gies (SF)
• Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)
• Session I : Découverte 12-13 juin 2017
• Session II : Les pathologies urinaires (Pré requis : suivi de la session I) 1-2 juin 2017 - 19-20 oct. 2017
• Session III : Retrouver la mobilité et le dynamisme (Pré requis : suivi de la session II) 28-29 septembre 2017
• Session IV : Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre 23-24 décembre 2017

FORMATIONS PROPOSÉES SEULEMENT EN "GROUPE CONSTITUÉ"

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

Accompagnement vers la naissance et la parentalité
Intervenante / Odile Tagawa (SF)
• Session I : Prénatal • Session II : Postnatal

Toutes nos formations peuvent être prises en charge par le FIF-PL

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

Pratiquer dès le lendemain du séminaire



Institut Naissance & Formations



Calendrier 2017

Connaissance & Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh
Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

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 15 au 18 mai et du 19 au 22 juin
- du 16 au 19 octobre et du 13 au 16 novembre
- St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 15 au 18 mai et du 12 au 15 juin
- du 11 au 14 septembre et du 9 au 12 octobre
- Vergèze (30) - La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques
- du 24 au 27 octobre et du 21 au 24 novembre

Niveau 2

- Vergèze (30) - La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques
- du 9 au 12 mai et du 6 au 9 juin
- St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 16 au 19 octobre et du 13 au 16 novembre
- Nanterre (92) - Espace Chevreul
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- prochaines dates à venir

Travail Corporel en Rééducation Périnéale

- Durée: 4 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- Vergèze (30) - La clé des chants
Formatrice: Corinne Roques
- du 14 au 17 décembre
Programmation en région possible. Nous contacter.

NOUVELLE FORMULE

Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

- Durée: 3 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- Paris 18^e
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 25 au 27 septembre 2017
- du 4 au 6 décembre 2017

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



Association Nationale Natation & Maternité

PIONNIÈRE DEPUIS 1977

PRÉPARATION À LA NAISSANCE

ET ACTIVITÉS PRÉ ET POSTNATALES EN MILIEU AQUATIQUE

Formations bi-annuelles

Prochaines formations

- ▷ Clamart (92)
 - Stage prénatal : les 23, 24, 25 octobre 2017
 - Stage postnatal : le 26 octobre 2017

▶ Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes

Programme et inscription

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

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

46

Les D.O.
N° 468
Avril 2017



SUIVI GYNECOLOGIQUE, CONTRACEPTION, SEXOLOGIE

- Consultation gynécologique et contraception **NOUVEAU**
- La consultation de choix de contraception
- Suivi gynécologique et contraception
- Suivi gynécologique et contraception, approfondissement
- Sexologie à l'usage de la sage-femme
- Endocrinologie en suivi gynécologique
- IVG médicamenteuse **NOUVEAU**
- Ménopause et périménopause
- Thérapeutiques non pharmacologiques de la ménopause et périménopause



HYPNOSE PÉRINATALE

- Communication hypnotique en milieu médical
- 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**



LE POSTNATAL

- Etonie en rééducation périnéale
- Examen clinique et suivi du nourrisson
- L'allaitement concrètement
- PRADO accompagnement au retour à domicile
- Prévention des troubles du sommeil chez le tout-petit
- Rééducation périnéale
- Rééducation périnéale approfondissement
- Suivi postnatal de l'entretien postnatal précoce à la consultation postnatale

PRISES EN CHARGE POSSIBLES → ANDPC → FIF-PL → Crédit d'impôts → DIF → Pôle Emploi → FONGECIF

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

Medic Formation, c'est...

46

FORMATEURS

69

THÈMES DE FORMATION EN 2017

7

ANS À VOS CÔTÉS



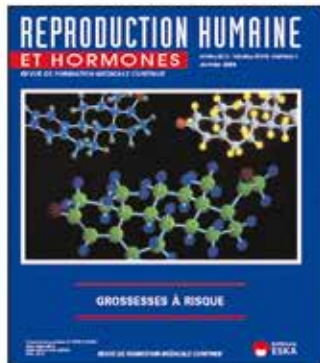
FORMATIONS EN INTRA

Nos formations peuvent être organisées au sein de votre établissement et adaptées à vos besoins.

NOUS CONTACTER
POUR UN DEVIS

LA MÉDECINE AUX ÉDITIONS ESKA

LES REVUES MÉDICALES



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



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



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



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



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



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

CFEE

Des revues éditées par les Editions ESKA

ESKA-CFEE : N° 11753436775
Inscription à adressée à la CFEE
aux Editions ESKA CONGRES :
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

MediPlus est partenaire de GENERAL ELECTRIC depuis plus de 10 ans

Nous assurons la commercialisation des échographes VOLUSON
reconditionnés-certifiés par le constructeur

MediPlus, la solution technologique au meilleur prix,
en toute sécurité

**N'hésitez pas à prendre contact avec Pierre Briand
au 01 30 15 78 43 ou sur p.briand@medi-plus.fr**



Voluson P6



Voluson S6



Voluson S8



Voluson E8



[www .medi-plus.fr](http://www.medi-plus.fr)

 01 30 15 78 43

 MediPlus Ultrasound

 MediPlus Ultrasound



La carte Symphony PLUS :

Pour un accompagnement de la maman dès les premiers jours de la lactation.

La carte Symphony PLUS, issue de la recherche scientifique, inclut 2 programmes d'expression du lait :

INITIATE et MAINTAIN.

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

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



Principaux avantages de la carte Symphony PLUS :

- Le programme INITIATE est efficace pour les mères de prématurés et nés à terme ^{1,2,3}.
- Les mères utilisant le programme INITIATE, suivi du programme MAINTAIN, atteignent des volumes quotidiens de lait significativement plus élevés au cours des deux premières semaines que les mères utilisant uniquement le programme MAINTAIN ¹.
- Les mères qui dépendent d'un tire-lait expriment suffisamment de lait pour fournir à leur bébé une alimentation exclusivement au lait maternel ^{1,2}.



¹ Medel P.A., Engelen J.L., Jones J.E., Jagan J.L. & Lora F. Breast pump suction patterns that mimic the human infant during breastfeeding: Greater milk output in less time spent pumping for better postpartum mothers with premature infants. *J Perinatol* 32: 103-110 (2012)
² Toranzo M., Gonzalez A., Pardo D. & Gonzalez L. Human milk and breastfeeding difficulties in infants with congenital heart disease. *Breastfeed Med* 10: (2015)
³ Pardo D.M., Blainis A. & Toranzo M. Suckling after cesarean: the comfort and breast volume: effects of different breast pump suction patterns. *J Perinatol. Advance online publication*. doi:10.1089/2015.015.0015N

Mars 2017. Ce site est autorisé à reproduire les contenus de la carte Symphony PLUS à titre d'information. C'est un dispositif médical de classe IIa qui porte au titre de cette réglementation le numéro CE 1 199 2016 115512112.078 pour le modèle Symphony PLUS et CE 1 199 2016 16 046 pour l'écran de la batterie. Les données et les faits de cette page ont été vérifiés et sont à jour au moment de leur publication. Medela France