

LES **DO**

LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE



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

#481 JUIN 2018

45^e année ISSN 0767-8293



DOSSIER
**LE NOUVEAU-NÉ
EN MATERNITÉ**

MAÏEUTIQUE Pourquoi et comment utiliser le rocking-chair en salle d'accouchement

PÉDIATRIE DOSSIER ● La prise en charge de la douleur chez le nouveau-né ● Repérage de la bonne audition dans le Réseau Périnatal du Val d'Oise ● La surveillance du nouveau né en maternité: trois nouveautés en 2018

GYNÉCOLOGIE/OBSTÉTRIQUE Mode de vie et règles hygiéno-diététiques pour la prévention de la prématurité spontanée chez la femme enceinte asymptomatique

SANTÉ PUBLIQUE Le bien-être des étudiants en santé

SCIENCES HUMAINES Le versant psychique de l'accouchement, selon la Préparation Globale à la Naissance, Méthode De Valors®

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES « Féminicide »: violence ultime, le devenir des enfants...
un protocole indispensable

sonicaid Team 3

La nouvelle génération de
cardiotocographes ante et intrapartum



Prise en charge des triplés



Archivage des tracés
Base de données patientes



Ecran tactile intuitif
Double affichage numérique ou tracé



Paramètres maternels
Surveillance RCM, PNI, SpO₂



Analyse OXFORD

Système expert breveté et exclusif d'aide à la décision. Critères de Dawes & Redman. Base de données de 100 000 tracés CTG.



TECHMED

Le spécialiste du monitoring foetal

Retrouvez-nous sur www.techmed.fr ou contactez-nous au 01 48 03 88 88

8 rue de l'Hôpital Saint-Louis 75010 Paris - Tél : 01 48 03 88 88 - info@techmed.fr

- 02** **ÉDITORIAL**
L'Irlande a dit "Oui"
BENOÎT LE GOEDEC
- 04** **MAÏEUTIQUE**
Pourquoi et comment utiliser
le rocking-chair en salle
d'accouchement
FRANÇOISE HENRIET
- 08** **PÉDIATRIE**
**DOSSIER LE NOUVEAU-NÉ
EN MATERNITÉ**
La prise en charge de la douleur
chez le nouveau-né
MYRIAM THIRIET
Repérage de la bonne audition
dans le Réseau Périnatal du Val
d'Oise (RPVO)
VIRGINIE TISSOT
La surveillance du
nouveau né en maternité:
trois nouveautés en 2018
CHRISTINE TALOT
- 19** **GYNÉCOLOGIE | OBSTÉTRIQUE**
Mode de vie et règles hygiéno-
diététiques pour la prévention de
la prématurité spontanée chez la
femme enceinte asymptomatique
CAROLINE BROCHET
- 23** **SANTÉ PUBLIQUE**
Le bien-être des étudiants
en santé
- 27** **SCIENCES HUMAINES**
Le versant psychique de
l'accouchement, selon la
Préparation Globale à la Naissance,
Méthode De Valors®
AURORE DRUGMANNE
- 34** **VIOLENCES FAITES AUX FEMMES**
« Féminicide » : violence ultime, le
devenir des enfants... un protocole
indispensable
FRÉDÉRIQUE BROISIN-DOUTAZ
- 36** **HISTOIRE**
Le procès de la thalidomide
d'Aix-la-Chapelle de mai 1968
demeure un massif impénétrable
JÉRÔME JANICKI
- 40** KIOSQUE
- 40** AGENDA EN BREF
- 41** FICHE TECHNIQUE
Les dispositifs intra-utérins
- 41** COMMUNIQUÉS
- 43** RECHERCHE
- 45** CONGRÈS & FORMATIONS



LES DO

ÉDITIONS ESKA

12 rue du Quatre-Septembre
75002 Paris
T. 01 42 86 55 65
F. 01 42 60 45 35
agpaedit@eska.fr
<http://www.eska.fr>

Photo de couverture

BananaStock - Maternity

LES ANNONCEURS

- | | | | |
|-------------------------------|---|--|---|
| C2 Techmed | 29 Mybubelly | 46 8 ^{es} Rencontres
à Deux Mains | 48 21 ^{es} Journées de
Sénologie Interactive |
| C3 DTF Médical | 45 Association Nationale
Natation & Maternité | 46 ANSFL | |
| C4 Grandir Nature | 45 NFERAIDO | 46 CIRDH | |
| 03 Journées Jean Cohen | 45 Institut Naissance
& Formation | 47 Médicformation | |
| 13 Matilia | | | |
| 07 Medela | | | |

OURS

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF
Benoit LE GOEDEC, Sage-femme
Benoitlegoedec@gmail.com

SAGE-FEMME
Christine TALOT, Sage-femme
c.talot@orange.fr

CONCEPTION GRAPHIQUE

Marie-Paule STÉPHAN
Conception, réalisation, suivi du numéro
mstudio@netc.fr

ÉDITION

Éditions ESKA
12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris
T. 01 42 86 55 65 - F. 01 42 60 45 35
<http://www.eska.fr>

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF
serge.kebachtchiff@eska.fr

Maquette intérieure et couverture, format,
mise en page, sont la propriété des Éditions
ESKA.

FABRICATION
Marise URBANO
agpaedit@eska.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS
adv@eska.fr

**PUBLICITÉ - CONGRÈS
COMMUNICATION**

Adeline MARÉCHAL
T. 01 42 86 55 69 - congres@eska.fr
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66
serge.kebachtchiff@eska.fr

**MARKETING - CONGRÈS
PUBLICITÉ**

Adeline MARÉCHAL - T. 01 42 86 55 69
congres@eska.fr
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66
serge.kebachtchiff@eska.fr

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Caroline BROCHET, Sage-femme
Dr Frédérique BROISIN-DOUTAZ, médecin
Aurore DRUGMANNE, Sage-femme,
Sophrologue
Françoise HENRIET, Sage-femme
Jérôme JANICKI, Docteur en Histoire des
sciences de l'EHESS, Historien de la médecine
Myriam THIRIET, Sage-femme
Dr Virginie TISSOT, ORL référente du Réseau
Périnatal du Val d'Oise

FONDATEUR DE LA REVUE

Jean OSSART

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 de
l'éditeur. Ceci recouvre : copie papier, intranet,
internet, etc. L'ensemble des contributions
constituant cette publication ainsi que le
copyright et les droits d'auteurs sont la pro-
priété 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° 0222 T 81395.

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

Dépôt légal : Juin 2018

L'Irlande a dit "Oui"

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**

L'Irlande, pays où l'église catholique est très influente, s'est prononcée par référendum sur l'avortement le 25 mai.

Il s'agissait de se prononcer sur l'abrogation de l'amendement numéro 8, qui interdit l'avortement même en cas de viol ou d'inceste ou de malformation fœtale, et qui en faisait un crime passible de quatorze ans de prison.

Depuis longtemps, personne n'avait osé tenter de modifier cette loi.

Le premier ministre, Léo Vardkar, jugeant la loi trop restrictive, l'a fait comme il l'avait promis.

Et le OUI l'a emporté à 66,4 %!

Ce fut tout de suite un espoir international pour tous ceux qui luttent pour ce droit des femmes.

Selon les chiffres de l'ONU, 25,5 millions (sur 57,5 millions effectuées entre 2010 et 2014) d'IVG sont non sécurisées. C'est-à-dire pratiquées par des personnes non qualifiées ou dans un environnement non conforme aux normes médicales minimales. Ces avortements, effectués dans de mauvaises conditions, débouchent sur environ 47000 décès par an.

En 2016, 39,5 % des femmes ont eu un accès total à l'avortement à travers le monde.

Environ une vingtaine de pays, eux, interdisent la pratique de l'avortement, avec parfois des lois très sévères pour les contrevenants. En Afrique, seuls la Tunisie, le Malawi et l'Afrique du Sud l'autorisent sans restriction.

D'autres pays remettent en cause ce droit, parfois par des moyens détournés, comme la possibilité d'interdire le transfert d'argent public vers un hôpital qui pratique l'avortement, aux USA depuis 2017.

La majorité des pays membres de l'U.E. autorisent l'avortement sans restriction jusqu'à 10 ou 12 semaines de grossesse, 18 semaines en Suède et jusqu'à 24 semaines aux Pays-Bas et au Royaume-Uni.

En Europe, y compris hors de l'U.E., seuls Malte, l'Andorre et le Vatican interdisent totalement l'IVG.

En France, l'accès à l'IVG est dépénalisé depuis 1975 et de nombreuses autres lois ont, depuis, été promulguées afin de protéger davantage les femmes qui y ont recours.

Après le vote du 25 mai, le gouvernement irlandais devra élaborer un nouveau projet de loi. Il faut alors continuer à espérer qu'il soit voté au Parlement.

Mais, ce vote aura permis de montrer que chacun doit pouvoir prendre sa décision, sa responsabilité et faire librement son choix.

Et c'est un événement historique pour ce pays et une progression importante pour le monde et pour les femmes ! •

			<h2>ABONNEMENT 2018</h2>	
TARIF D'ABONNEMENT				
11 NUMÉROS PAR AN				
Abonnement Particulier	Plein tarif	Étudiant(e)s* Retraité(e)s*		
FRANCE	79,00 €	43,00 €		
D.O.M.	84,00 €	53,00 €		
EUROPE OCCIDENTALE	92,00 €	55,00 €		
T.O.M./ÉTRANGER	94,00 €	58,00 €		
* Joindre attestation.				
Abonnement collectif de service		156,00 €		
En cas de règlement incomplet, l'abonnement sera réduit proportionnellement.				
			VOS COORDONNÉES	
			<input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> 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 - T. 01 42 86 55 65 - F. 01 42 60 45 35				

SAVE THE DATE

IX^e Gynécologie Obstétrique et Reproduction 2018

46^e Journées Jean Cohen

PARIS 2018

Vendredi 16 Novembre 2018
Samedi 17 Novembre 2018



UIC-P

16, RUE JEAN REY, 75015 PARIS



PRÉSIDENT : CHRISTIAN JAMIN
COORDINATION SCIENTIFIQUE : JOËLLE BELAISCH-ALLART

COMITÉ SCIENTIFIQUE :

GABRIEL ANDRÉ, JEAN-MARIE ANTOINE, JEAN BELAISCH, JEAN-LOUIS BÉNIFLA, JEAN-PIERRE BERNARD, BERNARD BLANC, HÉLÈNE BORNE, LÉON BOUBLI, GÉRARD BOUTET, CHARLES CHAPRON, JOEL CRÉQUAT, BRUNO DEVAL, JEAN DERRIEN, MARC ESPIÉ, HERVÉ FERNANDEZ, CATHERINE FOULHY, MICHEL HERLICOVIEZ, MICHÈLE LACHOWSKY, BRIGITTE LETOMBE, PATRICE LOPES, PATRICK MADELENAT, JACQUELINE MANDELBAUM, JEAN-LUC MERGUI, PHILIPPE MERVIEL, SYLVAIN MIMOUN, ISRAEL NISAND, CLARA PÉLISSIER, ALAIN PROUST, GEOFFROY ROBIN, CHRISTINE ROUSSET-JABLONSKI, DAVID SERFATY, FLORENCE TRÉMOLLIÈRES, YVES VILLE, DIANE WINAVER, CHADI YAZBECK.



Des Journées du Centre de Formation des Editions ESKA - CFEF : N° 11753436775

Inscription CFEF adressée aux Editions ESKA CONGRÈS :

Adeline MARECHAL, Serge KEBABTCHIEFF

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

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

Pourquoi et comment utiliser le rocking-chair en salle d'accouchement

PAR **FRANÇOISE HENRIET**, SAGE-FEMME

Utiliser le rocking-chair pour faciliter l'accouchement est un usage courant dans les maternités en Finlande. Cette utilisation m'a interpellée et a éveillé ma curiosité. La Finlande est aussi le pays de mes racines et de mon cœur. Ma démarche a été de rencontrer les sages-femmes qui ont pu m'expliquer comment, là-bas, elles utilisent le rocking-chair et j'ai continué mes recherches pour essayer de comprendre comment il agit. Afin de mieux le faire connaître et vous donner l'envie de l'utiliser, je vous propose mon regard sur cet outil simple et surprenant qui peut aider la mère, L'enfant et le père dans la naissance, et la sage-femme dans son travail.

PRÉSENTATION DU ROCKING-CHAIR

Le rocking-chair se nomme "keinutuoli" en finnois, le nom vient de "tuoli", la chaise, et de "keinua", se balancer. Le nom explique l'usage, c'est une chaise pour se balancer, se bercer.

Il est en bois et sa particularité est d'avoir des grandes jambes, des grands pieds, pour permettre un grand balancement. Pendant le travail, la femme peut s'asseoir et se bercer, au rythme qui lui convient, pendant la durée qu'elle souhaite, aussi longtemps qu'elle en a envie et qu'elle s'y sent bien. Elle va adapter sa respiration spontanément au rythme de ses contractions.

Plus la contraction est forte et plus l'amplitude du balancement peut être grande, si elle la trouve agréable. Mère et enfant sont dans le même rythme. En se berçant, elle le berce.

La femme peut se bercer elle-même, ou être bercée par le père ou la personne qui l'accompagne.

Le constat est un sentiment de soulagement, de bien-être, de détente ou d'apaisement, quand le rocking-chair est apprécié, mais il peut aussi ne pas convenir.

Ce qui nous soulage est ce qui nous permet de nous abandonner, de nous laisser aller librement, c'est comme un espace protégé dans lequel on peut se laisser vivre, c'est comme un refuge.

Le bercement est une sécurité primaire, qui peut permettre de relâcher les tensions, en facilitant le lâcher prise et l'abandon confiant de la parturiente.

COMMENT AGIT LE ROCKING-CHAIR

➤ AU NIVEAU DU BASSIN

Le bercement permet d'alterner antéversion et rétroversion pour faciliter l'engagement, être en même temps dans le mouvement et le lâcher prise



Rocking-chair, intérieur finlandais

➤ AU NIVEAU DE LA RESPIRATION

Il peut permettre de placer une respiration abdominale basse, calmante et relaxante, avec pour effet d'augmenter le taux d'oxygène dans la circulation sanguine (une personne stressée a sa respiration bloquée au niveau thoracique).

➤ AU NIVEAU DE LA CIRCULATION DES FLUIDES

Le balancement accélère la vitesse de circulation sanguine, celle des liquides du corps humain et renforce les muscles abdominaux ⁽¹⁾.

➤ AU NIVEAU DE LA MAÎTRISE

Le bercement permet de distraire la parturiente (comme pour dévier sa pensée), elle est dans la sensation harmonieuse du balancement, elle pense moins à la contraction, elle est davantage sur une voie parallèle à celle de la douleur (le cerveau qui raisonne, le cortex cérébral, est plus au repos ; le cerveau du ressenti est activé).

➤ AU NIVEAU CÉRÉBRAL

Le bercement peut maintenir et renforcer la présence de certaines oscillations cérébrales synchrones spécifiquement liées au sommeil profond qui ont été mesurées par électroencéphalogramme à l'université de Genève ⁽²⁾. Ces chercheurs en neurosciences ont apporté la preuve scientifique de l'effet du bercement sur le cerveau.

Le bercement peut aussi aider à l'apaisement du système d'alerte.

Roland Jouvent, qui dirige le Centre Émotion au CNRS, parle du bercement dans un livre passionnant *“Le cerveau magicien”* et nous explique que nous sommes construits pour être vigilants.

« *Le système d'alerte repose sur les cortex sensoriels, l'hippocampe et l'amygdale, tour de contrôle de nos émotions... l'activité magique du cerveau qui décide à chaque instant quelle part du réel conserver a un rôle adaptatif... et va donner à l'esprit les moyens de fabriquer du plaisir psychique* » ⁽³⁾.

Si ce système d'alerte est mis au repos par le bercement du rocking-chair, il peut permettre à la femme d'être dans son ressenti. Elle peut réintégrer son image corporelle, ça n'est plus un lieu d'inquiétude ou de douleur.

« *Les mouvements pendulaires du bercement représentent une première expérience de sensation et de plaisir associés au déplacement dans l'espace. Le corps aide à fonder la sensation. Effectué dans le contexte doux et rassurant des bras maternels, le bercement favorise la création de nouveaux réseaux associant le cortex vestibulaire et les zones du système de récompense et de plaisir* » ⁽³⁾.

Pour Roland Jouvent, l'harmonie met au repos le système d'alerte.

D'autres études ont prouvé qu'un exercice rythmé et prolongé s'accompagne d'une sécrétion d'endorphines ⁽⁴⁾, ces hormones antidouleur qui sont secrétées par l'hypo-



Rocking-chair, maternité de Chambéry, Savoie

... *L'activité magique du cerveau qui décide à chaque instant quelle part du réel conserver a un rôle adaptatif... et va donner à l'esprit les moyens de fabriquer du plaisir psychique.*

ROLAND JOUVENT

physe comme l'ocytocine. Quand le taux d'œstrogènes est élevé, le système analgésique du cerveau déclenche une réponse plus énergique face à la douleur ⁽⁵⁾. Juste avant l'accouchement le pic d'œstrogènes va permettre la sécrétion idéale des hormones antidouleur ⁽⁶⁾ qui diminuent elles aussi l'activité du cortex cérébral.

Les endorphines comme le bercement sont du côté de l'apaisement.

On accouche dans son corps et aussi avec son cerveau...

COMMENT UTILISER LE ROCKING-CHAIR EN SALLE D'ACCOUCHEMENT

Soit la femme le demande, soit la sage-femme peut le proposer quand il faut calmer, apaiser ou attendre. La sage-femme peut s'asseoir et lui montrer comment se bercer : assise dans le rocking-chair, un pied au sol, l'autre sur un pied du rocking-chair en commençant par se bercer doucement. Il faut trouver la position confortable pour le faire, plus en avant ou plus sur l'arrière pour lâcher prise complètement, et si elle le souhaite, un oreiller, un coussin, sous le bassin ou derrière la tête, une couverture roulée dans le bas du dos, ou pas.

La femme peut trouver le bercement étrange ou pas très rassurant au départ, il faut attendre un peu qu'elle s'y habitue.

Le bercement peut être actif : la femme se berce elle-même, ou passif : elle est bercée par le père ou par la personne qui l'accompagne. On pourra le proposer si la femme ne se sent pas bien à l'aise en montrant alors au père comment la berce doucement.

Il n'est pas nécessaire que le balancement soit continu, « *faites comme vous le sentez* » sont les paroles qui peuvent accompagner cette découverte et lui donner confiance.

Le rocking-chair peut être associé à la sophrologie, l'homéopathie, l'acupuncture ou en relais avec la marche, les postures d'accouchement et le ballon, qui nécessite une certaine vigilance par rapport à l'équilibre, inutile dans le bercement. Ils sont complémentaires, il y a souvent une préférence pour l'un ou l'autre.

Quand il n'est pas utilisé par la mère, le rocking-chair est aussi un outil pour détendre le père avant la naissance, ou pour le peau à peau avec l'enfant. On pourra le lui proposer si la naissance a lieu par césarienne en attendant que la mère les rejoigne.

Le rocking-chair peut aussi ne pas convenir, et n'apporter aucune aide. Le bercement peut être désagréable, évoquer des souvenirs qu'on préfère oublier, être en résonance avec des événements douloureux, ou tout simplement ne pas convenir à ce moment-là du travail même si c'est le père qui la berce. On pourra le lui reproposer un peu plus tard.

COMMENT JE L'UTILISE DANS MA PRATIQUE

Je propose le rocking-chair aux mamans en préparation à l'accouchement dès la première séance pour qu'elles puissent le découvrir, et dans les autres séances, selon leur envie.

Je l'associe aussi à la sophrologie. Quand le père est présent, je lui propose de les bercer. Je leur fais prendre conscience qu'en se berçant, ils bercent aussi leur enfant. Le père est souvent très ému de réaliser qu'il berce déjà son enfant, avant même de l'avoir dans ses bras. C'est un moment d'émotion, de partage et de tendresse possible pour le couple.

Les mots le plus souvent exprimés par une femme après s'être bercée un moment sont : « *je me sens apaisée, bien, détendue, reposée* ». Elle peut s'y habituer, l'utiliser plus facilement, et je lui dis qu'elle retrouvera le même rocking-chair à la maternité de Chambéry en salle d'accouchement.

Je le propose aussi pendant les consultations de grossesse, d'allaitement, ou en rééducation périnéale quand une femme a besoin de parler, de réconfort, d'évacuer quelque chose chargé émotionnellement ou tout simplement pour le plaisir. Et souvent les femmes viennent s'y asseoir spontanément, à leur rythme, après avoir découvert son apaisement, ou le temps d'une tétée.

LA MATERNITÉ DE JORVI, EN FINLANDE

Actuellement, en Finlande, utiliser le rocking-chair en salle d'accouchement est une évidence.

À la maternité de Jorvi, près d'Helsinki, presque toutes les femmes vont s'asseoir et se bercer spontanément, il est là dans toutes les salles d'accouchement, où elles trouveront aussi toutes sortes de ballons. Quand la marche n'est plus une aide pour soulager les contractions, il représente une bonne alternative.

À la maternité de Lahti, 95 % des femmes l'utilisent et les sages-femmes peuvent le proposer quand la poche des eaux est rompue pour aider les contractions à démarrer, selon le toucher vaginal.

Tout le monde sait comment s'en servir et l'utilise chez soi, on peut le trouver aussi bien à la maison de retraite qu'à l'aéroport. C'est un moment pour soi, pour se détendre, se recentrer, qui peut faciliter la discussion, aider la concentration, tout autant que la rêverie ou l'imaginaire.

C'est un outil qui peut aider à diminuer le stress ⁽⁷⁾.

Notre rôle de sage-femme est d'aider les mères à faire les choses comme elles le sentent, qu'elles s'autorisent à écouter ce qu'elles sentent, qu'elles aient confiance dans ce qui est en elles.

Le bercement peut nous aider à accueillir l'humanité.

La société de demain naît entre nos mains.

Dans un pays où le climat peut être rude, on vit avec la nature, on prend l'habitude de l'observer de l'écouter, de



Rocking-chair, maternité de Jorvi à Espoo, Finlande

faire avec elle, en utilisant des outils efficaces dans lesquels on a toute confiance.

L'esprit en Finlande est d'être simple, direct, et d'aller droit à l'essentiel.

Pour ces raisons aussi, le rocking-chair a pu trouver sa place en salle d'accouchement : alors, osez l'utiliser, essayez-le, proposez-le aux femmes, et faites votre propre expérience !

QUELQUES TÉMOIGNAGES

« Depuis le début de ma grossesse j'utilise le rocking-chair dans des temps calmes. Le balancement permet de me relâcher davantage, dans ces moments-là, mon bébé bouge plus, je le sens davantage. Je peux le sentir lui aussi se balancer au gré de mes mouvements. C'est un instant unique. Je place ma couverture molletonnée dans le dos jusqu'en bas des reins. Dans le rocking-chair, je sens vraiment tout mon corps, je suis apaisée, c'est un moment entre mon bébé et moi. Je pourrais dire enfin que le rocking-chair est rassurant. »

« Pour le rocking-chair, l'association de la bascule avec une situation positive ou le mot "confiance," amène une situation de détente, de bien-être et de repos intérieur. Le basculement donne vraiment le sentiment de bercer son enfant et soi-même en même temps. »

« Le rocking-chair permet de se laisser aller dans un sentiment d'apaisement. De nature angoissée, le balancement me permet de me concentrer sur ma respiration et de ne plus penser à mes angoisses » O.R.

« Pendant les cours de préparation à l'accouchement, j'ai eu l'occasion de découvrir la sophrologie ainsi que le rocking-chair. Je n'en ai tiré que des avantages et cela m'a été d'une grande utilité le jour de l'accouchement. En effet, le bercement du rocking-chair m'a aidée à mieux gérer mes contractions et le fait d'être en position assise était plus confortable. De plus, cela a permis de mieux gérer le monitoring puisqu'il limite le mouvement du bassin. »

Pour le papa : « Cela me faisait plaisir de lui faire du bien. » M.P., 1 Pare, accouchement sans péridurale.

« Pendant l'accouchement, lors des contractions, le rocking-chair m'a permis de rester dans une bulle protectrice, les balancements réguliers ont accompagné la douleur, l'ont rendue plus fluide. Cela m'a permis de mieux l'accueillir, et de ne pas être en "résistance". » M.D.

« Je sens le volume qu'occupe mon enfant. Je sens la taille et le volume de mon ventre. J'ai l'impression de bercer mon enfant dans mon ventre. Je sens la taille de mon bébé. Je sens qu'elle flotte dans l'eau. C'est ce que je sens dans le rocking-chair en l'utilisant pendant la grossesse. » H.M.

PAR SON BERCEMENT, LE ROCKING-CHAIR EST UN OUTIL D'ADAPTATION À LA DOULEUR

- Quand la femme s'abandonne dans la sensation agréable du bercement, elle peut court-circuiter la sensation douloureuse des contractions.
- Une étude a montré qu'« il diminue l'anxiété, la dépression et peut réduire la consommation de médicaments »⁽⁸⁾. « Pendant qu'ils se berçaient, les résidents ont bénéficié d'une amélioration de leur bien-être physique et émotionnel... ont demandé moins de médicaments contre la douleur »⁽⁹⁾.

C'EST UN OUTIL DE COMMUNICATION

«... Une mère communique avec son enfant par les intonations de sa voix, sa façon de le porter, de le bercer. »⁽¹⁰⁾

C'EST UN OUTIL QUI PEUT FAVORISER LE LIEN MÈRE-ENFANT⁽¹¹⁾ ET LE SENTIMENT DE CONFIANCE POUR LA MÈRE, qui l'aide à « faire les choses comme elle le sent », à développer l'écoute de son corps et en même temps l'écoute de son enfant.

POUR WINNICOTT: « Une mère doit puiser ses connaissances au plus profond d'elle-même, sans forcément faire appel à la forme d'intelligence qui utilise les mots. L'essentiel de ce que fait une mère avec son bébé ne passe pas par des mots. »⁽¹²⁾

Le bercement fait partie de cette intelligence que les mères portent en elles.

Le bercement est un langage universel.

Texte présenté lors de la journée du conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes, Savoie, le 12 mai 2017.

REMERCIEMENTS

- Roland Jouvent, professeur de psychiatrie à l'université Paris-VI, et directeur du Centre Émotion du CNRS à la Salpêtrière.
- Conseil Départemental de l'Ordre des sages-femmes de la Savoie, journée du 12 mai 2017.
- Hanna-Mari, Paivi, Lotta, Erja, Anneli, sages-femmes, maternités de Jorvi, Lahti.

BIBLIOGRAPHIE

1. Marju Huutanen, M. Kautto, "Keinutuolijumpaa", 2006.
2. www.unige.ch communication 2011
3. Roland Jouvent "Le cerveau magicien", Ed. Odile Jacob, 2009.
4. Further, Thoren et Hoffman, "Endorphines and exercise physiological mechanism and chemical implication", Medicine and Science, in Sports, 1999.
5. Université de Michigan, 1984.
6. Keinutuoli, le rocking-chair, F. Henriët, Les Dossiers de l'Obstétrique, 2012.
7. www.eimi.fi
8. www.lpamedical.com "Les bénéfiques du bercement", 2017.
9. Nancy Watson, Thelma Wells, Christopher Cox "Rocking-chair therapy", University of Rochester, 1998.
10. Dr Benjamin Spock, introduction, "Le bébé et sa mère", Winnicott, 1995.
11. The rocking-chair project (6).
12. Donald W. Winnicott "Le bébé et sa mère" Ed. Payot, 1995.



L'Université Aix Marseille
L'APHM et l'Hôpital St Joseph
En partenariat avec Medela

**JEUDI 18 OCTOBRE 2018
DE 13 H 00 À 18 H 30**

LIEU: Amphi Toga
Faculté de Médecine
Timone Marseille

LAIT MATERNEL, Santé et Environnement, Rythmes et Besoins, Accueil, Ecoute et Accompagnement, Retour à Domicile

- 13 h 00 Café d'accueil
- 13 h 30 Introduction
- 13 h 45 Aspect évolutionniste de l'allaitement maternel
Dr Alexandre Fabre
- 14 h 15 Le lait maternel et les 1000 premiers jours
Pr Laurent Storme (à confirmer)
- 15 h 00 Aspects socio-économiques du lait maternel
Dr Clotilde Desrobert
- 15 h 30 Questions/Réponses
- 16 h 00 Pause

- 16 h 30 Présentation Institutionnelle Medela
Brigitte Dumas - PDG
- 16 h 50 Freins de langue
Dr Jean-Michel Bartoli
- 17 h 10 Retour d'expérience d'une consultation
Allaitement en cabinet libéral
Dr Nicolas Falaise/Émilie Clady
- 17 h 50 Accueil et conseils en officine
Dr Michel Siffre
- 18 h 10 Sociologie de l'allaitement maternel en situation de précarité
PMI
- 18 h 30 Questions/Réponses
Conclusion

STAND MEDELA: Présentation des solutions d'aide à l'allaitement maternel

POUR S'INSCRIRE

Mail:
marseille.medela@gmail.com
Fax: 01 69 16 10 32

Renseignements à fournir:
Nom, Prénom, Fonction,
Coordonnées professionnelles (tel, adresse, mail...)

La prise en charge de la douleur chez le nouveau-né

PAR MYRIAM THIRIET, SAGE-FEMME

ÉVALUATION DE LA DOULEUR DU NOUVEAU-NÉ^(1,2)

Il s'agit là d'une priorité chez le professionnel de santé. C'est une évaluation qui est permanente et accrue lors de gestes potentiellement douloureux.

L'évaluation de la douleur est clinique. Elle est obligatoire d'un point de vue légal depuis le 4 mars 2002. Cette loi, dite loi « Kouchner » du code de Santé publique, affirme que : *« Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. »*

Chez le nouveau-né en maternité, elle s'inscrit dans un projet de service.

Évaluer la douleur permet de prévenir, traiter et de la soulager. Une surveillance particulière sera mise en place chez un enfant né par forceps ou ventouse par exemple. Elle est également nécessaire lors de la réalisation des prélèvements sanguins, des vaccins... L'évaluation est un moyen essentiel pour adapter le traitement à l'enfant.

La douleur peut provoquer des modifications de comportement chez le nouveau-né. Tout changement de comportement sera à inscrire dans le dossier soin de l'enfant afin d'assurer une continuité dans son suivi médical et dans les soins.

L'évaluation de la douleur du nouveau-né est possible grâce aux différentes grilles d'évaluation. Il en existe plusieurs et chacune possède ses spécificités. Une grille d'évaluation est applicable en service si elle est validée par des comités d'experts. Elle doit être adaptée à l'âge de l'enfant.

Une grille d'évaluation de la douleur permet d'établir ou de confirmer l'existence d'une douleur, ainsi que de constater son intensité. Le traitement antalgique mis en place sera fonction du score de douleur ; il sera à adapter par la suite. Certaines grilles sont spécifiques aux services de néonatalogie ; d'autres peuvent être utilisées en service de suites de couches.

Parmi ces grilles, ils existent notamment :

- La grille d'évaluation de la douleur et de l'inconfort du nouveau-né (EDIN).
- La grille de la douleur aiguë du nouveau-né (DAN).
- L'échelle *Neonatal Facial Coding System* (NFCS).
- La grille *Premature Infant Pain Profile* (PIPP).

Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toutes circonstances prévenue, évaluée, prise en compte et traitée...

LES GRILLES D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR CHRONIQUE

> La grille d'Edin⁽³⁾

Cette grille est utilisable chez le nouveau-né hospitalisé à terme (c'est-à-dire né après 37 semaines d'aménorrhée) ou prématuré. Elle est utilisée dans le cadre de douleurs chroniques ou lors de la répétition de gestes douloureux.

Elle nécessite un temps d'observation de l'enfant long (entre 4 et 8 heures). Si le score dépasse 4, un traitement antalgique est nécessaire. Cette grille se fonde sur l'observation clinique de l'enfant ainsi que sur son comportement.

> Autres exemples

D'autres grilles d'évaluation de la douleur existent. On peut notamment citer la grille d'Amiel-Tison qui concerne les douleurs postopératoires chez l'enfant à partir de 1 mois.

LES GRILLES D'ÉVALUATION DE LA DOULEUR AIGÜE

> DAN⁽¹⁾

Cette échelle permet d'évaluer la douleur d'un nouveau-né à terme ou prématuré lors d'un geste invasif. Elle peut s'utiliser jusqu'à l'âge de trois mois. Elle cote la douleur de 0 à 10. Elle prend en compte trois dimensions de la douleur :

- l'expression faciale,
- les mouvements de l'enfant,
- l'expression vocale.

> NFCS (*Neonatal facial coding system*)⁽⁴⁾

Cette grille d'évaluation est utilisable chez le nouveau-né à terme et chez le prématuré, afin d'évaluer une douleur aiguë provoquée par un geste invasif. Elle se base sur les expressions faciales de l'enfant. Elle s'emploie jusqu'aux 18 mois de l'enfant. Facile d'utilisation, elle comprend 4 items :

- sourcils froncés,
- paupières serrées,
- sillon naso-labial accentué,
- ouverture des lèvres.

Une réponse positive de l'enfant donne 1 point sur l'échelle. Une réponse antalgique est à envisager dès que le score est égal ou supérieur à 1.

> PIPP (*Premature infant Pain Profile*)⁽⁵⁾

Comme son nom l'indique, cette échelle s'utilise chez l'enfant prématuré. Elle est composée de sept items :

- **trois items sont basés sur le comportement de l'enfant :** plissement des paupières, plissement du sillon naso-labial, froncement des sourcils,

Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né (EDIN)

		Date
		Heure
ITEM	Score :	
VISAGE	0 Visage détendu 1 Grimaces passagères : froncement des sourcils / lèvres pincées / plissement du menton / tremblement du menton 2 Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées 3 Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé	
CORPS	0 Détendu 1 Agitation transitoire, assez souvent calme 2 Agitation fréquente mais retour au calme possible 3 Agitation permanente, crispation des extrémités, raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée, avec corps figé	
SOMMEIL	0 S'endort facilement, sommeil prolongé, calme 1 S'endort difficilement 2 Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité 3 Pas de sommeil	
RELATION	0 Sourire aux anges, sourire-réponse, attentif à l'écoute 1 Appréhension passagère au moment du contact 2 Contact difficile, cri à la moindre stimulation 3 Refuse le contact, aucune relation possible, hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation	
RECONFORT	0 N'a pas besoin de réconfort 1 Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion 2 Se calme difficilement 3 Inconsolable. Suction désespérée	
OBSERVATIONS		

T. Debillon et al. Séméiologie de la douleur chez le prématuré. Archives de Pédiatrie - 1994, 1 : 1085-92.
 Cette échelle évalue un état douloureux prolongé (lié à une pathologie ou en post-opératoire ou à la répétition fréquente de gestes invasifs).
 Elle n'est pas adaptée à la mesure d'une douleur aiguë comme celle d'un soin isolé.
 Elle s'emploie pour le nouveau-né à terme ou prématuré et pour le tout jeune nourrisson jusque vers 6 mois.

ECHELLE DAN : Echelle d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né élaborée pour mesurer la douleur d'un geste invasif chez le nouveau-né à terme ou prématuré utilisable jusqu'à 3 mois score de 0 à 10

	JOUR, HEURE		
	Avant le soin	Pendant le soin	Après le soin
REPONSES FACIALES			
0 : calme 1 : Pleurniche avec alternance de fermeture et ouverture douce des yeux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : contraction des paupières, froncement des sourcils ou accentuation des sillons naso-labiaux 2 : - légers, intermittents avec retour au calme 3 : - modérés 4 : - très marqués, permanents			
MOUVEMENTS DES MEMBRES			
0 : calmes ou mouvements doux Déterminer l'intensité d'un ou plusieurs des signes suivants : pédalage, écartement des orteils, membres inférieurs raides et surélevés, agitation des bras, réaction de retrait 1 : - légers, intermittents avec retour au calme 2 : - modérés 3 : - très marqués, permanents			
EXPRESSION VOCALE DE LA DOULEUR			
0 : absence de plainte 1 : gémit brièvement. Pour l'enfant intubé : semble inquiet 2 : cris intermittents. Pour l'enfant intubé : manque de cris intermittents 3 : cris de longue durée, hurlement constant. Pour l'enfant intubé : manque de cris constants			

CARBAJAL E., PAUPE A., HOENNY E., LENCLEN R., OLIVIER MARTIN M. DAN : une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né. Arch Pédiatr 1997, 4 : 623-628.

Echelle PIPP : *Premature Infant Pain Profile* élaborée et validée pour mesurer la douleur d'un soin invasif chez le nouveau-né prématuré score minimum de 0 à 6, score maximum à 21

Observer l'enfant avant l'évènement (15 secondes) et pendant l'évènement (30 secondes)

JOUR	HEURE		
AGE GESTIONNEL			
0 : 36 semaines et plus			
1 : 32-35 semaines, 6 jours			
2 : 28-31 semaines, 6 jours			
3 : moins de 28 semaines			
ETAT DE VEILLE ET SOMMEIL			
0 : actif et éveillé, yeux ouverts, motricité faciale			
1 : calme et éveillé, yeux ouverts, pas de motricité faciale			
2 : actif et endormi, yeux fermés, motricité faciale présente			
3 : calme et endormi, yeux fermés, pas de motricité faciale			
FREQUENCE CARDIAQUE MAXIMUM			
0 : augmentation de 0 à 4 battements par minute			
1 : augmentation de 5 à 14 battements par minute			
2 : augmentation de 15 à 24 battements par minute			
3 : augmentation de plus de 24 battements par minute			
SATURATION EN OXYGENE MINIMUM			
0 : diminution de 0 à 2,4 %			
1 : diminution de 2,5 à 4,9 %			
2 : diminution de 5 à 7,4 %			
3 : diminution de plus de 7,5 %			
FRONCEMENT DES SOURCILS			
0 : aucun, 0 à 9 % du temps			
1 : minime, 10 à 39 % du temps			
2 : modéré, 40 à 69 % du temps			
3 : maximal, 70 % du temps ou plus			
PLISSEMENT DES PAUPIERES			
0 : aucun, 0 à 9 % du temps			
1 : minime, 10 à 39 % du temps			
2 : modéré, 40 à 69 % du temps			
3 : maximal, 70 % du temps ou plus			
PLISSEMENT DU SILLON NASO LABIAL			
0 : aucun, 0 à 9 % du temps			
1 : minime, 10 à 39 % du temps			
2 : modéré, 40 à 69 % du temps			
3 : maximal, 70 % du temps ou plus			

STEVENS B., JOHNSTON C., PETRYSHEN P., TADDIO A. *Premature infant pain profile : development and initial validation.* Clin J Pain 1996; 12 : 13-22.
 BALLANTYNE M., STEVENS B., MCALLISTER M., DJONNE K., JACK A. *Validation of the premature infant profile in the clinical setting.* Clin J Pain 1999; 15 : 297-303.

ECHELLE NFCS : Neonatal Facial Coding System

élaborée et validée pour mesurer la douleur d'un soin invasif chez le nouveau-né. Chaque item est coté absent (0) ou présent (1) au cours de l'acte douloureux. Score maximum de 4.

	JOUR	
	ACTE DE SOIN	
	HEURE	
Sourcils froncés		
Paupières serrées		
Sillon naso-labial accentué		
Ouverture des lèvres		
	SCORE	

Granau RVE, Craig KD. Pain expression in neonates : facial action and cry. Pain 1987, 28 : 393-410
 Granau RVE, Craig KD, Drummond JE. Neonatal pain behaviour and perinatal events : implications for research observations. Can J Nursing Research 1989, 21 : 7-17
 Granau RVE, Oberlander T, Holst L, Whitfield MF. Bedside application of the Neonatal Facial Coding System in pain assessment of premature neonate. Pain 1995, 76 : 277-286.
 Traduction Pédiatrie 2000

- **deux sur les changements physiologiques** : saturation en oxygène minimum, fréquence cardiaque maximum,
- **deux s'intéressant au contexte** : âge gestationnel de l'enfant et état de veille et de sommeil.

Après avoir évalué la douleur du nouveau-né, il est important de pouvoir la soulager, chose possible avec des antalgiques et des moyens non médicamenteux.

LES ANTALGIQUES (6)

La douleur est un symptôme qu'il est nécessaire de traiter. La recherche de l'étiologie de la douleur ne doit en aucun cas retarder la prise en charge de celle-ci.

La prescription d'antalgiques doit être faite par un médecin ou par une sage-femme, dans la limite de leurs compétences décrites dans le code de déontologie. Dans certains services, lors de certains soins fréquents, des protocoles de prises en charge de la douleur ont été mis en place. L'administration de l'antalgique peut être réalisée par un médecin, une sage-femme, une puéricultrice ou une infirmière diplômée d'état (IDE). Afin d'assurer une traçabilité, l'administration d'antalgiques sera inscrite dans le dossier médical de l'enfant.

Voici une description des principaux antalgiques utilisés dans la lutte contre la douleur du nouveau-né en service de suites de couches.

LE PARACÉTAMOL

Il s'agit d'un antalgique de niveau I. Son utilisation se réalise sur prescription médicale. Il peut être administré par voie orale, rectale et intraveineuse. Son indication la plus fréquente en maternité est la prévention de la douleur du nouveau-né suite à un accouchement dystocique ou à un traumatisme. Il est administré en systématique au cours des quarante-huit premières heures de vie de l'enfant.

Les doses prescrites sont à respecter afin d'éviter tout surdosage. La dose maximale chez un enfant à terme est de 60 mg par kilogramme par jour en quatre prises minimum (4x15 mg).

L'EMLA®

L'EMLA® est plus particulièrement employée en services de néonatalogie et de pédiatrie. Depuis la loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) de juillet 2011, les sages-femmes ont le droit de prescrire et d'utiliser ce moyen thérapeutique. L'EMLA® est un mélange de lidocaïne et de prilocaïne. Le temps de pose est de 60 minutes au minimum. Il est possible de l'employer lors de la réalisation des prélèvements sanguins.

Pour les enfants à terme, de 0 à 3 mois, les bonnes pratiques conseillent d'utiliser de la pommade EMLA® en appliquant de 0,5 à 1 g, c'est-à-dire une noisette sur le lieu de ponction. Il faut par avance repérer le site de ponction.

LE GLUCOSE 30 %

Des études, comme celles du Dr Carbajal^(7,8), prouvent que l'utilisation de solutions sucrées, lors des soins douloureux réalisés chez les enfants, atténue leur douleur. Il est néanmoins nécessaire d'en connaître l'utilisation. En effet, les doses recommandées sont de 0,24 à 0,50 g de G 30 % chez l'enfant à terme, ce qui correspond à 2 ml maximum.

De plus, un délai d'attente de 2 minutes est nécessaire entre l'administration du produit et le début du soin, afin de bénéficier d'une analgésie maximale. Celle-ci aura une durée de 5 à 7 minutes environ, d'où l'importance d'organiser avant de débiter le soin.

En complémentarité des solutions médicamenteuses existantes, des méthodes non médicamenteuses peuvent être utilisées afin de prévenir et de soulager la douleur du nouveau-né.

LES SOLUTIONS NON MÉDICAMENTEUSES

LA PRÉVENTION

C'est le premier moyen d'action. Elle passe par la non-systématisation des gestes. La répétition du geste est évitée en regroupant, par exemple, les prises de sang avec le prélèvement pour le dépistage des maladies métaboliques. Évidemment, toutes ces procédures sont à exécuter dans les limites de l'urgence pour la santé de l'enfant.

La douleur du geste peut être diminuée en planifiant le geste, afin d'assurer une prise en charge optimale de la douleur de l'enfant au moyen de solutions analgésiques.

De manière générale, tout soin réalisé dans un endroit habituel de l'enfant et auprès de ses parents apaise celui-ci.

LA PRÉSENCE DES PARENTS

Cette présence lors du soin apaise l'enfant. Par leurs paroles, leurs gestes, les parents sont une source de réconfort pour le nouveau-né. Il s'agit là d'un élément familier de l'enfant.

Néanmoins, il ne faut jamais obliger un parent à assister à un soin ; il faut lui proposer. Il n'est jamais facile d'entendre son enfant pleurer ou même de voir le soin.

LE PEAU À PEAU

Le bercement ou le peau à peau est une méthode simple et efficace. Elle permet de rassurer l'enfant. Le peau à peau est plus efficace si celui-ci est réalisé auprès de la mère ou du père. De manière générale, tout soin réalisé dans un endroit habituel de l'enfant et auprès de ses parents apaise celui-ci. Cela permet au soignant de réaliser son soin dans de meilleures conditions.

LA SUCCION NON NUTRITIVE

La succion dite non nutritive d'une tétine a des effets antalgiques et analgésiques chez l'enfant. En effet, une étude de Field en 1984⁽⁹⁾ démontre qu'elle diminue les pleurs, l'agitation, et restaure un rythme cardiaque normal chez l'enfant.

Elle favorise en effet la libération d'endomorphines naturelles chez le nouveau-né, atténuant ainsi la sensation de douleur en jouant un rôle d'antalgique.

L'EMMAILLOTAGE

Cette technique permet de rassurer l'enfant. En l'entourant, on lui rappelle son état fœtal antérieur. Ce moyen est très utilisé en service de néonatalogie lors des soins. Il permet également de maîtriser plus facilement l'enfant. L'emballage permet de calmer l'enfant. Actuellement, elle est toujours employée par certaines cultures à travers le monde, comme en Europe de l'Est, au Népal et dans les régions de la Cordillère des Andes.

L'ALLAITEMENT MATERNEL⁽¹⁰⁾

Le lien maternel avec son enfant n'est plus à prouver. Ici encore, ce lien a toute son importance. Réaliser des prélèvements sanguins lors de l'allaitement maternel soulage le nouveau-né. Celui-ci se sent plus rassuré car la libération des endorphines, la satiété, génèrent un bien-être qui estompe la douleur. Les scores de douleur sont nettement diminués dans des études réalisées. La revue Cochrane⁽¹¹⁾ a référencé onze études où l'effet antalgique de l'allaitement maternel était comparé à un placebo, une solution sucrée, au portage ou à une tétine.

De nombreuses maternités utilisent cette technique afin d'améliorer la prise en charge de l'enfant. Les premiers retours d'enquêtes montrent une amélioration de la douleur du nouveau-né. La réalisation du soin dans un environnement connu, moins médical, peut diminuer le facteur de stress de l'enfant et de la mère. Les règles d'hygiène sont

à respecter lors de la réalisation de ce soin, afin d'assurer un prélèvement en toute sécurité.

L'ASSOCIATION SACCHAROSE-SUCCION ^(12, 13)

Des études, principalement celles du Dr Carbajal ⁽⁸⁾, ont démontré l'efficacité de cette association dans la diminution du score de douleur chez l'enfant à terme et chez le prématuré. Actuellement, cette méthode non médicamenteuse de gestion de la douleur du nouveau-né est reconnue pour être la plus efficace. La libération d'endorphines naturelles est plus importante lors de l'emploi de cette méthode, par rapport à toutes les autres utilisées lors de la lutte contre la douleur du nouveau-né.

Dans le cadre de ce mémoire, le soin choisi pour évaluer les pratiques professionnelles concernant la lutte contre la douleur aiguë du nouveau-né est le prélèvement sanguin. Il existe deux techniques : le prélèvement capillaire et le prélèvement veineux.

LES PRÉLÈVEMENTS SANGUINS

LE PRÉLÈVEMENT AU TALON

Employée pendant de nombreuses années, cette technique était surtout utilisée lors du test pour le dépistage des maladies métaboliques et lors de la surveillance des glycémies. Pourtant, ces dernières années, des études ont montré des risques de nécrose du talon lors de la répétition du geste. Il existe deux lieux de ponctions au niveau du talon. Ce sont les bords latéraux de celui-ci. Le reste du pied est constitué de fibres sensibles très sensibles à la douleur.

Afin de pouvoir prélever la quantité nécessaire pour le test, il est nécessaire d'utiliser une lanquette de prélèvement adaptée au nouveau-né.

Le schéma ci-contre montre les zones où le prélèvement capillaire est autorisé.



soins.hug-ge.ch

LE PRÉLÈVEMENT VEINEUX

Le prélèvement en veineux au niveau de la main de l'enfant est actuellement la technique de référence, afin d'effectuer des bilans sanguins chez le nouveau-né au niveau d'une veine périphérique superficielle.

La technique peut paraître simple. Elle semble moins douloureuse pour l'enfant. Elle permet de prélever une plus grande quantité de sang, ce qui est utile lors de multiples examens. Un apprentissage du soin est utile afin de le réaliser dans les meilleures conditions. En effet, il n'est pas évident de prélever chez de jeunes enfants en raison du réseau veineux fragile. De plus, l'opérateur doit être confortablement installé.

La technique en elle-même repose sur une asepsie rigoureuse, une bonne installation. L'opérateur repère par avance la meilleure veine. La main peut être réchauffée entre les mains du soignant. La présence des parents est autorisée lors du soin. Elle permet de réconforter l'enfant lors du geste. Il est cependant important d'informer les parents du déroulement du soin.

Lors du soin, la main de l'enfant sera maintenue. On réalisera un badigeon antiseptique du lieu de ponction. Puis, à l'aide

d'une aiguille à épicroténienne de 20 à 25 gauges, l'opérateur réalisera la ponction. Afin d'éviter un hématome suite à la ponction, il est possible de mettre de l'hémoclar[®] (une noisette) et un pansement dans le but d'éviter l'entrée de germes.

Le choix entre ces deux techniques (prélèvement capillaire et prélèvement veineux) dépend bien évidemment des compétences de l'opérateur. Lors du prélèvement pour le dépistage des maladies métaboliques, il existe désormais une case à cocher afin de préciser la technique de ponction. En effet, des faux positifs et négatifs ont été relevés il y a quelques années. La quantité de sang absorbée par le papier buvard varie en fonction du type de ponction. Par ponction veineuse, il semble que la quantité de sang soit inférieure. Il est donc nécessaire de réaliser des calibrages différents selon la méthode afin d'assurer des résultats corrects au dépistage. La qualité de lecture et de résultat en sera améliorée. •

Extraits de Mémoire présenté et soutenu par Myriam Thiriet, École de Sages-femmes Pierre Morlanne, Université de Lorraine, Nancy I, 2013.

BIBLIOGRAPHIE

- CARBAJAL, R, PAUPE, A, HOENN, E, et al. DAN : Une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau né. Archives pédiatriques, 1997,4 p. 623/628.
- THIEBAULT, P Prendre en charge la douleur du nouveau-né. SOINS Pédiatrie/Puériculture, 2004,216, p. 7.
- DEBILLON, T., ZUPAN, V., RAVAUULT, FN., MAGNY, J.-F., DEHAN, M. Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged in preterm infants. Arch did child neonatal, 2001.
- GRUNAU, R.V., C.C. JOHNSTON, AND K.D. CRAIG. Neonatal facial and cry responses to invasive and non-invasive procedures. Pain, 1990. 42 (3) : p. 295-305.
- STEVENS B. JOHNSTON C. PETRYSHEN P. TADDIO A. A Premature Infant Pain Profile development and initial validation. Clin J Pain 1996.
- AFSSAPS. Recommandations de bonne pratique Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant. Juin 2009 modifiées en janvier 2011.
- LOMBART, B., CARBAJAL, R., ANNEQUIN, D. Modalités d'utilisation du saccharose 30 % à visée antalgique chez le nourrisson de moins de 3 mois. Protocole du groupe hospitalier Armand TROUSSEAU, La Roche Guyon, décembre 2005.
- CARBAJAL, R., et al. Randomised trial of analgesic effects of sucrose, glucose, and pacifiers in term neonates. Bmj, 1999.
- FIELD, T., GOLDSOON, E. Pacifying effects of nonnutritive sucking on term and preterm neonates during heelstick procedures. Pediatrics, 1984.
- LECLERC V. La douleur du nouveau-né : allaiter pour soulager. Metz 2006 63 p.
- SHAH, P.S., ALIWALAS, L.L., SHAH, V. Breastfeeding or breast milk for procedural in neonates. Cochrane database syst Rev - article du 19 juillet 2006.
- LOMBART, B., THIEBAULT, P. Utilisation d'une solution sucrée à 30 % associée à la succion et utilisation de l'allaitement maternel pour l'analgésie des gestes douloureux chez l'enfant de moins de 3 mois. SOINS Pédiatrie/Puériculture, 2005,223, p. 45-46.
- BLASS, E.M. AND WATT, L.B. Suckling- and sucrose-induced analgesia in human newborns. Pain, 1999. p. 611-23.

Repérage de la bonne audition dans le Réseau Périnatal du Val d'Oise (RPVO)

PAR VIRGINIE TISSOT, ORL RÉFÉRENTE DU RÉSEAU PÉRINATAL DU VAL D'OISE

QUID DU DÉPISTAGE DE LA SURDITÉ ?

- Prévalence de la surdité.
 - > 3 pour 1000 naissances (DGS 2014), 450 000 sourds et malentendants d'âges scolaires et préscolaires de 0 à 18 ans (*Rapport Gillet, 1998*).
- Surdité = handicap sensoriel le plus fréquent.
- 50 % des enfants nés sourds n'ont pas de facteurs de risque.
- En l'absence de dépistage universel: 40 à 50 % des enfants sourds ne sont pas diagnostiqués précocement.
- Âge moyen de dépistage d'une surdité profonde en France avant le dépistage: 16 mois.

ENFANTS À QUI UN POTENTIEL ÉVOQUÉ AUDITIF EST RÉALISÉ D'EMBLÉE (liste RPVO)

- Poids de naissance < 1500 g, ou âge < 32 semaines.
- Maladies neurologiques ou métaboliques.
- Histoire familiale avec atteinte de l'audition.
- Malformations congénitales affectant tête ou cou.
- Médicaments oto toxiques.
- Méningites bactériennes, infections Toxo, rubéole, herpès.
- Asphyxie néonatale avec Apgar < 4 à 1 min ou 6 à 5 min.
- Pathologie respiratoire néonatale sévère FiO2 élevée, ventilation mécanique > 12 heures.
- Ictère avec exsanguino-transfusion (Hyperbilirubinémie > 350 microg).

POURQUOI DÉPISTER TÔT ?

- **Si stimulation précoce:** développement des centres du langage.
- Mais on rappelle:
 - > Notion de période critique où la plasticité cérébrale est maximale puis de moins en moins importante et où le résultat de la correction sera moins efficace;
 - > Pc: naissance → 5 ou 6 ans, surtout avant 2 ans.

*Ne pas voir sépare l'homme des choses,
ne pas entendre sépare l'homme des hommes.*

KANT (1724-1804)

- **Début de stimulation idéale:** avant 6 mois.
- **Sans dépistage:**
 - > Âge moyen du diagnostic: 12-18 mois.
 - > Âge moyen appareillage: 18 mois - 2 ans.
- **Avec dépistage:**
 - > Âge moyen du diagnostic: 3 mois.
 - > Âge moyen appareillage: 4-6 mois.

TRAITEMENT EFFICACE ?

- **Prothèses conventionnelles:** à partir de 3 mois.
- **Si insuffisante, implant cochléaire:** faisceaux d'électrodes insérées dans l'oreille interne, et stimulant directement le nerf auditif (toujours intact ou presque).
- **Quelle que soit la « prothèse »:** nécessité d'une rééducation orthophonique pendant des années.



CLASSIFICATION DES SURDITÉS

Degré de surdité	Perte moyenne	Sons non perçus	Développement du langage	Âge moyen de diagnostic
Légère	20 à 40 db	Voix chuchotée ou lointaine	Retard de paroles, erreurs de consonnes	
Moyenne	40 à 70 db	Voix moyenne à plusieurs mètres	Retard de langage	35 mois
Sévère	70 à 90 db	Voix forte à plus de 1 mètre	Retard important voire absence de langage	17 mois
Profonde	> 90 db	Voix non perçues	Absence de diversification du babillage, absence de langage	11 mois

matilia[®]

GROSSESSE

Recommandé par
les Sages-Femmes

Smoothie

100% Fruits

Sans sucres
ajoutés

Faites le plein de vitamines fruitées toute l'année!

Calcium

Vitamine D

Fer

Vitamine C

Acide folique

Fibres



Matilia & Nébilia



matiliaetnebilia



Fabriqué en
FRANCE



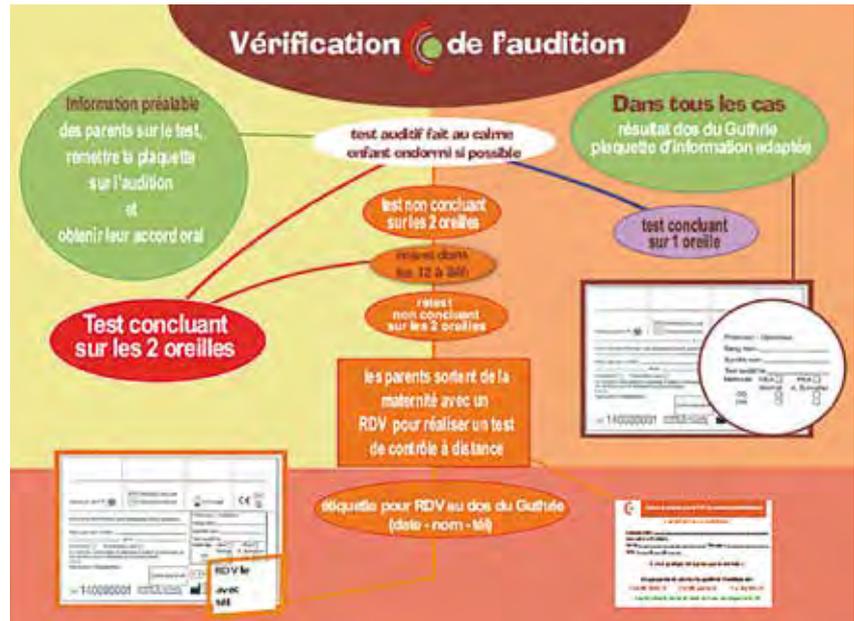
Notre boutique en ligne :
matilia.fr

Vendu par pack de 4 bouteilles de 200 ml.

- **Si « sourd/muet » :**
 - Scolarité en milieux spécialisés.
 - Niveau scolarisation et socio-économique limités.
- **Si prise en charge précoce :**
 - 70 % niveau de langage normal ou subnormal.
 - Scolarisation en milieu normal.
 - Niveau socio-économique identique à la population entendante.

Mohr et al :

- **Surdité congénitale :** 1 million US\$ dont :
 - 50 % dépenses liées à l'éducation (classes spécialisées),
 - 42 % : pertes de productivités,
 - 7 % : coûts médicaux et appareillages,
 - 1 % : rééducation orthophonique.
- **Prise en charge précoce :** « retour sur investissement important si cursus scolaire classique ».



BÉNÉFICES EN TERMES DE SANTÉ PUBLIQUE

- Une prise en charge plus précoce des enfants sourds permet une meilleure évolution notamment :
 - intelligibilité,
 - expression orale.
- La rééducation orthophonique est facilitée et l'oralisation de meilleure qualité :
 - meilleure scolarité,
 - meilleurs choix professionnels,
 - meilleure intégration sociale.

L'INFORMATION AUX PARENTS

Elle est fondamentale.

- **En anténatal**
Une première information est dispensée par tous les acteurs de ce suivi (une plaquette RPVO à disposition).
- **Lors du séjour en maternité et/ou néonatalogie :** des flyers édités par la FPDPE seront donnés en fonction du résultat du (des) test(s) réalisé(s).
- **En cas de test non-concluant bilatéral** par OEAP (Oto-émissions acoustiques Provoquées) ou PEAA (Potentiels Évoqués Auditifs Automatisés) avant la sortie de l'enfant, l'équipe prend un rendez-vous pour un test de contrôle (dans un délai de 6 semaines) avec remise du flyer « orange ». Ce test de contrôle pourra être réalisé par OEAP ou PEAA.

The infographic 'Vérification de l'audition - fiche pratique pour le personnel' includes:

- Le test doit être fait chez un enfant calme par un personnel formé.**
- Avant le test : informer les parents**
 - Informier - expliquer :** « Je vous propose, si vous êtes d'accord, de vérifier l'audition de votre enfant ». Remettre la plaquette d'information. Demander explicitement l'accord oral des parents.
 - Anticiper** la possibilité d'un premier test non satisfaisant : « Parfois un seul test n'est pas suffisant pour vérifier l'audition, le matériel est très sensible. Cela peut être le cas si votre enfant se réveille ou s'agite pendant le test, s'il y a du bruit ou bien si il reste des vibrations dans l'oreille, ce qui est très fréquent chez un nouveau né. Dans ce cas, on refait le test avant votre sortie de la maternité ».
 - Indiquer** comment les résultats seront communiqués : « Le résultat du dépistage vous sera donné par le pédiatre avant votre sortie de la maternité. Si le résultat n'est pas totalement satisfaisant, on vous proposera un examen plus approfondi ».
- Outils d'information**
 - Plaquette «votre enfant entend»
 - Plaquette «audition globale normale»
 - Plaquette «le repérage d'un trouble de l'audition»
- Quelques clés pour bien informer**
L'information donnée aux familles à la maternité doit être rassurante et non dramatisée. L'idéal est qu'une première information ait été donnée avant le jour du test.
- Ne pas dire :** "Test normal ou anormal" - "Dépistage de la surdité"
- Préférez :** "Test satisfaisant ou non concluant d'emblée" - "Vérification de l'audition"
- Certains familles ont des questions complémentaires ou peuvent avoir besoin d'un accompagnement particulier (ex: parents sourds ou non francophones), le médecin ou le pédiatre de la maternité doit être sollicité.
- L'annonce du résultat du dépistage à la maternité n'est pas l'annonce d'une surdité, mais signifie qu'il n'a pas été possible d'affirmer la normalité de l'audition. Il peut exister un trouble de l'audition mais 8 à 9 fois sur 10 le contrôle par des examens complémentaires s'avèrera normal quelques semaines plus tard ; l'annonce d'un tel résultat en maternité doit être faite avec beaucoup de prudence.
- DANS TOUS LES CAS** Inscrire le résultat du test sur le carnet de santé et le Guthrie.

CHOIX DU MATÉRIEL POUR LE DÉPISTAGE DES NOUVEAU-NÉS DANS LE RPVO

> OEAP (Oto-Émissions Acoustiques Provoquées)

- Peut être retenu à l'usage des maternités dans une dynamique de dépistage.
- Nécessite un temps de formation, test pouvant être réalisé par toutes les catégories au sein de l'unité (AP/AS, puér, IDE, SF, médecin).
- Consommables à prendre en charge par l'établissement.
- Teste toutes les fréquences (graves et aiguës).
- Ne peut pas être utilisé chez tous les enfants en néonatalogie + facteurs de risque RPVO → âge corrigé à prendre en considération.
- Fréquences de test stimulant l'oreille interne.

LES FAIBLESSES -

- Consommables
- Faux positifs + importants à J1/J2 vs PEAA
- Très sensible aux bruits

LES FORCES +

- Moins cher vs PEAA
- Tests rapides/adaptés à un dépistage de masse
- Peu de maintenance.



LES OTO-ÉMISSIONS ACOUSTIQUES: PRINCIPE

reproductibilité > 65 % → OEA PRÉSENTES
seuil auditif < 30 dB sur l'oreille testée.

reproductibilité < 65 % → OEA ABSENTES

Pr: T. Van Den Abbeele, H. Ribbert Debré

LES OTO-ÉMISSIONS ACOUSTIQUES: LIMITES

Test à faire sur enfant endormi si possible

problèmes si : sécrétions bouchon otite épanchement

Ne jamais interpréter le résultat

> PEAA (Potentiels Évoqués Auditifs Automatisés)

- Peut être retenu à l'usage des maternités dans une dynamique de dépistage.
- De moins en moins chronophage, mais plus long vs OEA.
- Nécessite un temps de formation plus long vs OEA.
- Consommables requis (sauf MB11, mais ce dernier nécessite un ordinateur).
- Ne teste que les fréquences > 2000 Hz.
- Appareil indispensable pour les tests réalisés en néonatalogie.
- Nécessite la maturation des voies auditives → idéal après 36/38 SA
- Explore le système nerveux central.
- Faux positifs les premiers jours de vie.

LES FAIBLESSES -

- Tests moins rapides vs OEA (mais appareils de + en + performants)
- Peut nécessiter un ordinateur (ex MB11)
- Coût de maintenance peut être plus élevé vs OEA
- Consommables (sauf MB11)

LES FORCES +

- Pas de consommables (MB11)
- Moins de faux positifs à J1/J2 vs OEA
- Dépiste tous types de surdité

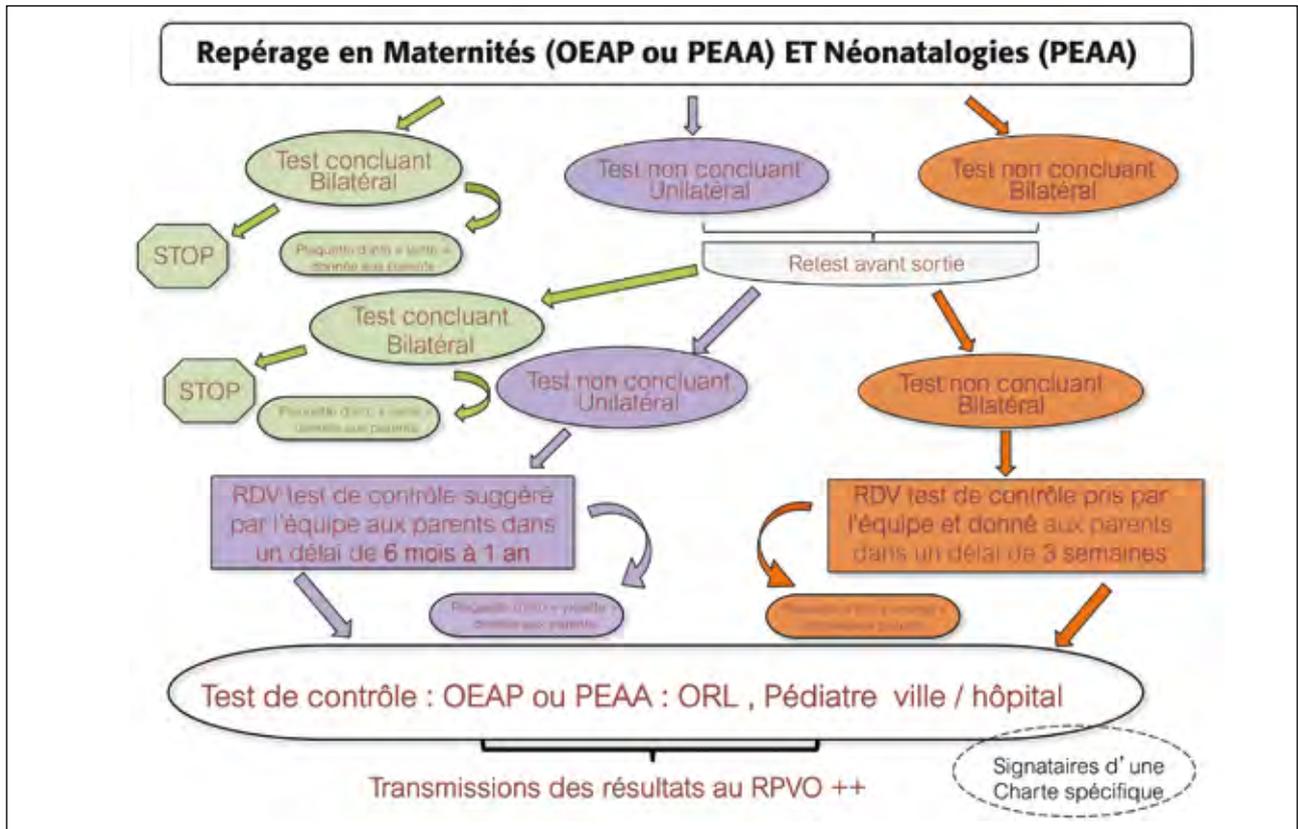


PEAA: PRINCIPES

- Stimulus: click
- Analyse de l'intégration de l'information auditive jusqu'au colliculus inférieur
- Générateurs:
 - Onde I: ganglion spiral du nerf auditif
 - Onde III: noyau cochléaire
 - Onde V: lemnisque latéral controlatéral
- Limites: Ne teste que les fréquences > 1000 Hz

ENFANTS À QUI UN PEAA EST RÉALISÉ D'EMBLÉE = Facteurs de risque (liste déterminée par le cahier des charges)

- Familiaux, cas de surdité de l'enfant ou de l'adulte jeune.
- Poids de naissance < 1500 g, ou âge < 32 semaines.
- Maladies neurologiques ou métaboliques.
- Histoire familiale avec atteinte de l'audition.
- Malformations congénitales affectant tête ou cou.
- Médicaments oto toxiques.
- Méningites bactériennes, infections Toxo, rubéole, herpès
- Asphyxie néonatale avec Apgar < 4 à 1 min ou 6 à 5 min.
- Pathologie respiratoire néonatale sévère FIO2 élevée, ventilation mécanique > 12 heures.
- Ictère avec exsanguino-transfusion (Hyperbilirubinémie > 350 microg).



EN PRATIQUE

- Le test:
 - Rapide et indolore
- Le protocole:
 - Test à j1-j2 (PEAA) ou j3 (OEAP) parfois j2
 - Guthrie +
 - Si test normal: stop
 - Si test anormal (1 ou 2 côtés): test de contrôle avant sortie
 - Si toujours anormal:
 - Adresse en ORL pour nouveau test
 - Vers 3 ou 4 semaines
 - Problème de l'HAD.
- Traçabilité: +++
 - Adresser en ORL tous les enfants au test suspect
 - Et les éventuels oubliés
 - Les transferts
 - Si refus, le tracer sur le carton

- Si sortie de néonatalogie avec test non-concluant bilatéral: prise de rendez-vous par l'équipe sur professionnels du listing « relais de néonatalogie » dans les 28 jours.
- Si sortie de néonatalogie avec test non-concluant unilatéral: orientation vers professionnels qui disposent d'un PEA.

QUE SE PASSE-T-IL EN AVAL ?

- Le diagnostic consiste en un deuxième test, complété d'un PEA classique, d'une audiométrie comportementale qui détermineront les seuils de surdité.
- Ensuite, orthophonistes, audioprothésistes, psychiatres, associations permettent de guider et de prendre en charge enfant et famille en cas de surdité avérée. •

REPÉRAGE AUDITIF HORS GUTHRIE

N°SI: _____ Prénom: _____
 Nom: _____
 Sexe: M F À la maternité: _____
 Test effectué relatif à (date): _____
 Par (Nom): _____ SNI à risque oui (préciser): _____

Forme de:	<input type="checkbox"/> OEAP	<input type="checkbox"/> PEAA	Forme de:	<input type="checkbox"/> OEAP	<input type="checkbox"/> PEAA
OD:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OD:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OG:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REPÉRAGE AUDITIF HORS GUTHRIE

Test de contrôle prévu le: _____ / _____ / _____
 Avec (Centre-De): _____
 Adresse: _____
 Tél: _____ Fax: _____

EN PRATIQUE (NÉONATOLOGIE)

- Bien noter les résultats sur le guthrie (Test et Re-Retest).
- Si guthrie déjà envoyé à la FPDPE avant le re-test, saisir le résultat sur le « Carton hors guthrie » (commande possible auprès de la FPDPE).

PROGRAMME DE DEPISTAGE NEONATAL SYSTEMATIQUE 1^{er} prélèvement initial 2^{em} prélèvement

CODE MATERNITE: _____ N° NAISS. ANNUEL: _____

NOM: _____
 Prénom: _____
 Nom de JF Mère: _____
 Né(e) le: _____ à _____ h
 Sexe: M F Grossesses multiples: oui
 Poids: _____ g Terme: _____ SA + _____ jours
 Né à risque drépanocytose: oui
 Prémotement fait le: _____ à _____ h
 A la maternité de naissance à domicile
 Autre: peu code _____
 Enfant transféré: oui Date: _____
 NOM du préleveur: _____

VERIFICATION DE L'AUDITION

Le dépistage auditif n'a pas pu être réalisé car: _____
 Anné à risque oui (préciser): _____

1 ^{er} test date:	1 ^{er} OEAP	1 ^{er} PEAA	Re-test date:	1 ^{er} OEAP	1 ^{er} PEAA
OD:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OD:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OG:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RDV contrôle à effectuer le: _____
 A (pr): _____
 Avec: _____
 Tél: _____

La surveillance du nouveau né en maternité : trois nouveautés en 2018

PAR CHRISTINE TALOT, SAGE-FEMME

LES EXAMENS DE DÉPISTAGE NÉONATAL

Depuis le 1^{er} mars 2018 est entré en vigueur l'arrêté du 22 février 2018 relatif à l'organisation du programme national de dépistage néonatal recourant à des examens de biologie médicale. L'arrêté du 22 janvier 2010 fixant la liste des maladies donnant lieu à un dépistage néonatal étant abrogé.

Le texte rappelle que le dépistage néonatal (DNN) a pour objectif la prévention secondaire de maladies à forte morbi-mortalité, dont les manifestations et complications surviennent dès les premiers jours ou les premières semaines de vie et peuvent être prévenues ou minimisées par un traitement adapté si ce dernier est débuté très précocement.

Les examens de biologie médicale du programme de dépistage néonatal sont réalisés sur un échantillon de sang total prélevé sur buvard au plus tôt 48 heures après la naissance, au mieux à 72 heures. Ils sont proposés à titre gratuit pour tous les nouveau-nés.

- **Pour l'ensemble des nouveau-nés**
 - la phénylcétonurie;
 - l'hypothyroïdie congénitale;
 - la mucoviscidose.
- **Pour les nouveau-nés nés à partir de trente-deux semaines d'aménorrhée**
 - l'hyperplasie congénitale des surrénales;
- **Pour les nouveau-nés présentant un risque particulier de développer la maladie**
 - la drépanocytose.

Les annexes de l'arrêté précisent les modalités techniques et d'interprétation biologique pour chacune des pathologies.

Le programme de dépistage est mis en œuvre dans chaque région par le Centre Régional de Dépistage Néonatal (CRDN) dont les missions sont définies par un cahier des charges. Lorsque les examens de biologie médicale nécessaires au dépistage néonatal ne peuvent, pour tout ou partie, être réalisés par le Centre Régional de Dépistage Néonatal, ils peuvent être réalisés par un Centre Régional relevant d'un autre ressort territorial.

Une convention est signée à cet effet dans les conditions fixées par le cahier des charges. Chaque CRDN enregistre et suit systématiquement des indicateurs concernant notamment les différentes étapes (analytiques, pré et post-analytiques, confirmation diagnostique). Il transmet ces données au Centre National de Coordination du Dépistage Néonatal selon la fréquence définie par ce dernier.

Le dépistage n'est pas obligatoire et requiert le consentement des titulaires de l'autorité parentale. Lorsque les examens de biologie médicale à réaliser comprennent des analyses des caractéristiques génétiques, le consentement doit être recueilli par écrit.

En cas de refus du dépistage néonatal, le titulaire de l'autorité parentale doit signer un formulaire type de refus; ce formulaire est à archiver au niveau du service préleveur dans le dossier de la mère. Le CRDN reçoit dans ce cas un buvard de prélèvement sans prélèvement accompagné du formulaire de refus signé. L'information est inscrite dans le carnet de santé du nouveau né.

Les résultats négatifs sont transmis tous les mois aux médecins ou sages-femmes qui réalisent ou font réaliser les prélèvements. En cas de résultat anormal du dépistage, le médecin du CRDN contacte le pédiatre référent de la maladie concernée dans la zone d'habitation du nouveau-né. Le pédiatre référent avertit les parents directement ou par l'intermédiaire du médecin traitant. Il est ensuite responsable de l'organisation de l'étape de confirmation diagnostique dans le délai optimal attendu sans perte de chance pour le nouveau-né et de la prise en charge des nouveau-nés en cas de pathologies confirmées.

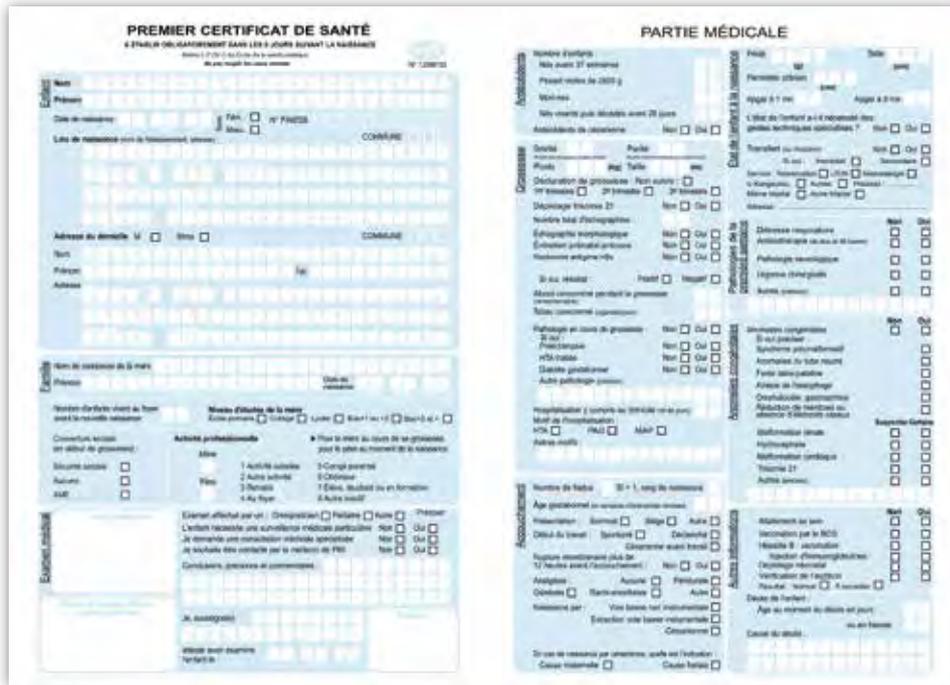
Le CRDN conserve les prélèvements au moins un an, si possible à 4° et sous atmosphère dessiccante. Le laboratoire de biologie médicale conserve la traçabilité des examens de biologie médicale pendant au moins 18 mois et l'archivage du résultat doit être conservé pendant 20 ans.

LES CERTIFICATS DE SANTÉ DE L'ENFANT

Depuis le 1^{er} avril 2018, est entré en vigueur l'arrêté du 28 février 2018 relatif aux modèles d'imprimés servant à établir les certificats de santé pour les examens médicaux préventifs réalisés dans les huit jours suivant la naissance et au cours du neuvième et du vingt-quatrième mois de la vie. L'arrêté du 24 décembre 2014 étant abrogé.

Les certificats de santé sont établis par un médecin à l'occasion des trois examens médicaux du 8^e jour, 9^e et 24^e mois, étapes clés du développement psychomoteur de l'enfant. Leur délivrance a été rendue obligatoire depuis la loi du 15 juillet 1970. Ils sont adressés au service de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) du département du lieu de domiciliation des parents.

L'analyse des certificats poursuit un double objectif. D'une part, à titre individuel, le suivi du jeune enfant et le repérage de situations de vulnérabilités identifiées à l'aide de critères médicaux sociaux. Ce qui permet, sous la responsabilité du



ne pas utiliser de parfums d'intérieur, d'encens ni de bougies, d'éviter l'utilisation de produits cosmétiques dans les premiers mois, tant pour le bébé que pour ses parents.

L'INSERM a établi de **nouvelles courbes anthropométriques** permettant le suivi de la croissance des enfants grâce aux données collectées à partir de 261 000 enfants âgés de 0 à 18 ans. Comme attendu, les nouvelles courbes se situent nettement au-dessus des anciennes. La croissance staturale et pondérale des filles et des garçons différant très tôt, des courbes spécifiques sont proposées dès la période de 0-3 ans, contrairement à la version précédente. La taille cible des

médecin chef de PMI et dans le respect du secret médical, de proposer aide et soutien aux familles. D'autre part, au titre de la santé publique, le recueil des données des certificats permet la réalisation de statistiques épidémiologiques départementales et nationales sur la périnatalité.

LE CARNET DE SANTÉ

Depuis le 1^{er} avril 2018 est entré en vigueur, l'arrêté du 28 février 2018 relatif à la forme et au mode d'utilisation du carnet de santé. L'arrêté du 5 décembre 2005 étant abrogé. Un nouveau modèle de carnet de santé est distribué. Il a été élaboré sur les recommandations du Haut Conseil en Santé Publique en cohérence avec la stratégie nationale de santé 2018-2022.

Les messages de prévention ont été actualisés et enrichis en tenant compte notamment de l'identification de nouveaux risques sanitaires environnementaux.

Les nouveautés concernent notamment les toxiques, les allergènes, les polluants et l'exposition trop précoce ou excessive aux écrans. Il est conseillé, par exemple, d'utiliser des biberons garantis sans bisphénol, d'éviter de mettre un enfant de moins de 3 ans dans une pièce où la télévision est allumée, de réduire le nombre de produits d'entretien et de préférer les produits à composant unique, de



parents doit être prise en compte dans l'interprétation des mesures des enfants. Les courbes du périmètre crânien sont également différentes pour les filles et les garçons, elles sont représentées depuis l'âge d'un mois et jusqu'à cinq ans (et non trois ans comme avant). L'interprétation des mesures doit prendre en compte les périmètres crâniens des parents. À noter qu'il n'y a pas de courbe entre 0 et 1 mois, le critère de suivi de la croissance néonatale étant principalement le poids.

La HAS recommande que le repérage du surpoids et de l'obésité de l'enfant repose sur le suivi de la courbe de corpulence, c'est-à-dire de l'index de masse corporelle et non de la courbe de poids.

Les repères neuro-développementaux (habiletés langagières et relationnelles, acquisitions) **ont été mis à jour** et permettent de repérer les signes d'alerte d'un développement inhabituel chez l'enfant.

Le calendrier vaccinal intègre l'extension des vaccinations obligatoires à partir du 1^{er} janvier 2018: les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'*Haemophilus influenzae* de type B, l'hépatite B, le pneumocoque, le méningocoque C, la rougeole, les oreillons et la rubéole.

L'arrêté rappelle que « *Le carnet de santé est présenté lors de chaque examen de santé, qu'il soit d'ordre préventif ou curatif, afin que le professionnel de santé puisse prendre connaissance des renseignements qu'il renferme et y consigner ses constatations et indications. Les pages du carnet de santé consacrées aux vaccinations peuvent tenir lieu de certificat de vaccination, à condition que la mention de la vaccination en cause soit datée et signée par le professionnel de santé l'ayant pratiquée et que le nom et l'adresse de ce professionnel de santé soient indiqués. Toute personne appelée, en raison de sa profession, à connaître des renseignements inscrits dans le carnet de santé est astreinte au secret professionnel.* » •

Mode de vie et règles hygiéno-diététiques pour la prévention de la prématurité spontanée chez la femme enceinte asymptomatique

PAR **CAROLINE BROCHET**, SAGE-FEMME

Chaque année naissent environ 60 000 enfants prématurés en France dont 85 % entre 32 et 37 SA, 10 % entre 28 et 32 SA et 5 % à moins de 28 SA. Cela représente entre 7 et 8 % des naissances totales en France et ce nombre ne cesse d'augmenter. La moitié de ces naissances prématurées survient après un travail spontané. La prévention de la prématurité est donc un enjeu majeur de santé publique. Or la sage-femme, spécialiste de la physiologie, joue un rôle essentiel de prévention. Prévenir la prématurité, c'est tout mettre en œuvre pour diminuer l'incidence de cette pathologie. Là est notre véritable rôle.

En utilisant consciencieusement, explicitement et judicieusement les meilleures données probantes disponibles, nous pouvons conseiller au mieux les patientes et prendre avec elles les décisions opportunes concernant les soins à leur prodiguer. En 2016, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français a publié de nouvelles Recommandations pour la Pratique Clinique concernant la prévention de la prématurité⁽¹⁾. Un chapitre entier est consacré au mode de vie et aux règles hygiéno-diététiques des femmes enceintes. Cette présentation s'inspire largement de ces recommandations, enrichies des nouveaux articles publiés depuis la parution de ces RPC.

Pour rappel, les recommandations s'appuient sur des études dont les données sont référencées en niveau de preuve (de 1 à 4) et permettent ainsi d'établir des recommandations selon un grade (A, B et C). Le premier niveau de preuve (NP1) donne une recommandation de grade A (preuve scientifique établie). Le deuxième niveau de preuve (NP2) donne une recommandation de grade B (présomption scientifique). Le troisième niveau de preuve (NP3) donne une recommandation de grade C (faible niveau de preuve). Du quatrième niveau de preuve (NP4) ne peut émaner qu'un accord professionnel.

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

LA PRESCRIPTION DU REPOS

Est-il judicieux de prescrire un repos à une patiente enceinte asymptomatique dans un but de prévention de la prématurité ? Quels sont les avantages avérés et les complications liées au repos ?

Plusieurs études^(2,3) ont cherché à connaître l'intérêt de la prescription d'un repos chez les patientes asymptomatiques (grossesse mono-fœtale uniquement). La longueur du col était mesurée de manière systématique. Le repos prescrit consistait en une déambulation minimum (comme se laver ou aller aux toilettes). Ces études ont montré que le repos

au lit était associé à une augmentation de la prématurité (en volume de naissances prématurées mais aussi par rapport au terme d'accouchement plus précoce). Un biais d'indication existe probablement concernant la sélection des patientes à qui le repos était prescrit, mais on peut aussi penser que le stress engendré par l'annonce d'un col court est peut-être responsable de cette augmentation de la prématurité. Le stress et l'anxiété seront étudiés plus loin.

Par ailleurs, en s'appuyant sur une étude rétrospective de deux ans⁽⁴⁾, les experts du centre national de la santé aux États-Unis soulignent dans un rapport les effets secondaires liés à la prescription d'un repos au lit strict pendant au moins trois jours : plus de complications thromboemboliques, atrophie musculaire, anxiété⁽⁵⁾.

Le CNGOF ne recommande donc pas de mettre préventivement au repos de manière systématique les patientes présentant un col court asymptomatique avec une grossesse mono-fœtale (Grade C). Il en est de même pour le cas particulier des patientes ayant un antécédent d'accouchement prématuré, un cerclage prophylactique ou une grossesse gémellaire de déroulement normal^(6,7). Et ce d'autant plus que le repos au lit prolongé peut être responsable de complications thromboemboliques, musculaires, osseuses et psychologiques (NP3).

LA PRESCRIPTION D'UN ARRÊT DE TRAVAIL

Est-il judicieux de prescrire un arrêt de travail à une patiente enceinte asymptomatique dans un but de prévention de la prématurité ? Conserver une activité professionnelle pendant la grossesse favorise-t-il la prématurité ?

Une récente étude de cohorte⁽⁸⁾, analysant plus de 220 000 femmes enceintes issues de treize pays différents, montre que les femmes exerçant une activité professionnelle pendant leur grossesse sont moins à risque d'accouchement prématuré que celles qui n'en exercent pas (en recherche d'emploi, en congé parental, mères au foyer ou étudiantes). Les auteurs de cette étude reconnaissent un biais lié au niveau socioprofessionnel parfois différent dans ces deux groupes de femmes.

Ainsi, le CNGOF ne recommande pas, dans un but de prévention de la prématurité, de proposer un arrêt de travail systématique chez les patientes exerçant une activité professionnelle de 35 heures par semaine et sans pénibilité au travail (Grade B).

Lorsque les conditions de travail sont difficiles, les choses sont différentes. Ainsi, une méta-analyse regroupant 57 études⁽⁹⁾ montre qu'il existe une légère augmentation du risque de prématurité (NP2) chez les patientes travaillant plus de 40 heures par semaine, ou ayant des conditions de travail physiquement éprouvantes selon le score de pénibilité au travail de Mamelle (station debout prolongée, port de charges de plus de 10 kg, travail sur machine, stress psychologique, contact avec les produits chimiques).

L'UTILISATION DES TRANSPORTS

Les transports répétés et/ou prolongés en voiture et en avion augmentent-ils le risque de prématurité? Est-ce justifié de les déconseiller aux femmes enceintes asymptomatiques?

Il n'existe actuellement aucune étude portant sur le lien entre transport en voiture prolongé ou répété et la prématurité. Bien que cet aspect n'ait pas été étudié, le CNGOF a établi un accord professionnel stipulant qu'**il n'existe pas d'argument pour déconseiller le transport en voiture chez une patiente enceinte asymptomatique.**

Concernant le transport en avion, la plupart des compagnies aériennes autorisent les voyages en avion jusqu'à 36 SA pour les grossesses mono-fœtales et jusqu'à 32 SA pour les grossesses gémellaires de déroulement normal. Après 28 SA, un certificat médical est demandé par les compagnies d'assurances. Plusieurs études, avec un faible niveau de preuve car présentant de nombreux biais, ont montré que **les voyages fréquents et prolongés en avion sont associés à une augmentation du risque d'accouchement prématuré**^{110, 111}. Par ailleurs, les voyages longs et répétés en avion sont déconseillés pendant la grossesse car ils exposent les patientes aux radiations cosmiques et sont aussi un facteur de risque modéré d'accident thrombo-embolique. Lors d'un voyage en avion, il faut donc conseiller aux patientes de s'hydrater et de porter des bas anti-thromboses. Il est par ailleurs recommandé de **ne pas dépasser 7 vols intercontinentaux** pendant toute la durée de la grossesse, y compris pour le personnel.

LA PRATIQUE SPORTIVE

Faire du sport augmente-t-il le risque de prématurité chez la femme enceinte asymptomatique? Est-il judicieux de conseiller aux femmes sportives de continuer, ou de réduire voire d'arrêter leur pratique sportive dans un but de prévention de la prématurité?

Plusieurs études ont étudié l'effet d'une activité sportive sur la survenue d'une prématurité^{112, 131}. Dans ces études les patientes « sportives » pratiquaient du sport de 30 à 60 minutes de 2 à 3 fois par semaine. Toutes ces études ont montré que la pratique d'une activité sportive régulière pendant la grossesse n'augmente pas le risque d'accoucher prématurément. Par ailleurs, plusieurs essais^{114, 151} montrent qu'il existe un bienfait lié à la pratique du sport pendant la grossesse : contrôle de la prise de poids et diminution du risque de survenue du diabète gestationnel.

Ainsi, en France, comme au Danemark ou en Australie, **il est recommandé, chez les patientes présentant une grossesse mono-fœtale normale, de pratiquer une activité sportive modérée et régulière (15 à 60 minutes, 2 à 3 fois par semaine).** Certains sports sont néanmoins contre-indiqués : sports de contact, sports violents, risque de chute ou de traumatisme abdominal, jeux de raquette énergiques, plongée sous-marine. Il est à noter qu'au Canada, en Espagne, aux États-Unis, au Japon, en Norvège et au Royaume-Uni, il existe des contre-indications absolues à la pratique sportive (métrorragies actives, pathologie cardiovasculaire, cerclage, incompétence cervico-isthmique, grossesse multiple, prééclampsie, hypertension artérielle gravidique, menace d'accouchement prématurée, rupture prématurée des membranes) et une contre-indication relative (anémie < 10 g/dL).

L'ACTIVITÉ SEXUELLE

Quel est l'impact de l'activité sexuelle sur la survenue de la prématurité? Quel discours devons-nous tenir aux patientes asymptomatiques concernant la pratique de relations sexuelles par rapport au risque de prématurité?

Les différentes études portant sur les rapports sexuels pendant la grossesse^{116, 171} montrent que la pratique de rapports sexuels pendant la grossesse n'augmente pas le risque de prématurité, même chez les patientes ayant un antécédent d'accouchement prématuré. Il n'existe en revanche aucune donnée concernant l'impact de l'activité sexuelle chez les patientes ayant un col court.

Le CNGOF recommande donc de ne pas déconseiller les rapports sexuels pendant la grossesse.

LES GROSSESSES RAPPROCHÉES

Existe-t-il une corrélation entre le délai entre deux grossesses et le risque de prématurité? Quels conseils pouvons-nous donner aux patientes désireuses de grossesses rapprochées?

Le délai entre deux grossesses correspond à la période qui s'étend de la naissance du premier enfant à la conception suivante. Une étude cas-témoins de 2015¹³⁰¹ a permis de montrer qu'**un délai de moins de 18 mois entre deux grossesses est associé à un risque de prématurité.**

NUTRITION, VITAMINES ET TOXIQUES

LA PRISE DE POIDS

Une prise de poids excessive ou au contraire insuffisante pendant la grossesse peut-elle favoriser la survenue d'un accouchement prématuré? Le poids de départ joue-t-il un rôle? Est-il justifié de demander aux patientes asymptomatiques de contrôler leur prise de poids dans un but de prévention de la prématurité?

Le surpoids et l'obésité sont statistiquement associés à une augmentation de la prématurité induite, du fait des complications obstétricales métaboliques et cardiovasculaires liées à l'obésité. Une étude de cohorte prospective américaine¹¹⁸¹ retrouve comme **facteur de risque de la prématurité spontanée, un indice de masse corporel inférieur à 18,5 kg m² avant la grossesse et une prise de poids insuffisante.**

La prise de poids optimale recommandée est de 10 à 14 kg pour une grossesse unique. L'OMS¹¹⁹¹ recommande un apport énergétique supplémentaire de 360 kcal par jour au 2^e trimestre et de 475 kcal par jour au 3^e trimestre. Les besoins énergétiques du 1^{er} trimestre ne sont pas augmentés.

LE TYPE D'ALIMENTATION

Le type d'alimentation influence-t-il le risque de prématurité? Devons-nous conseiller un régime particulier aux patientes asymptomatiques, dans un but de prévention de la prématurité?

Une étude norvégienne¹²⁰¹ s'est intéressée à l'impact de l'alimentation sur la survenue de la prématurité. Les patientes étaient réparties en trois groupes selon leur type de régime alimentaire : le régime « prudent » (régime riche en fruits, légumes et céréales complètes et pauvre en viandes transformées), le régime « occidental » (régime riche en gâteaux salés et sucrés, chocolat, frites, pain blanc, viandes transformées, boissons sucrées et pauvre en poisson et céréales) et le régime « traditionnel » (régime riche en pommes de terre, riz, poisson,

margarine). Le régime « prudent » était fortement associé à une diminution de la prématurité spontanée.

Une alimentation riche en fruits, légumes et céréales complètes pourrait être associée à une réduction de la prématurité spontanée (NP3). Elle est recommandée par le CNGOF.

LES SUPPLÉMENTATIONS VITAMINIQUES

Est-il justifié de prescrire un supplément vitaminiq ue à une femme enceinte asymptomatique, dans le seul but de réduire le risque de prématurité ? Que pouvons-nous lui conseiller qui soit validé scientifiquement ?

Plusieurs vitamines ont été étudiées dans la littérature : La supplémentation en vitamine D (permettant d'augmenter la 25-hydroxy-vitamine chez la femme enceinte), la supplémentation en vitamine E et la supplémentation en acide folique (recommandée pour son rôle dans la prévention des anomalies de fermeture du tube neural) n'ont **pas d'effet sur la prématurité**.

LES ACIDES GRAS ESSENTIELS

La supplémentation en acides gras essentiels joue-t-elle un rôle dans la prévention de la prématurité ? Devons-nous la conseiller ?

Les omega-3 sont des acides gras essentiels poly-insaturés, contenus dans les poissons gras (tels que le saumon), dans les noix, le colza et le soja. **La supplémentation en omega-3 n'a pas d'effet sur le terme d'accouchement.**

LA CAFÉINE

Consommer trop de caféine peut-il augmenter le risque de prématurité ? Devons-nous conseiller aux femmes enceintes de limiter leur consommation dans le but de prévenir la survenue d'une prématurité ?

La caféine est retrouvée dans divers aliments à des concentrations différentes : 85 à 110 mg par tasse de café, 50 mg par tasse de thé, 30 à 45 mg par verre de cola et 25 mg par barre de chocolat. Une revue de la Cochrane de 2015 ^[21] a montré que **la consommation de 3 tasses de café par jour n'augmente pas le risque d'accouchement prématuré.**

LE TABAC

Consommer du tabac peut-il augmenter le risque de prématurité ? Existe-t-il une corrélation entre quantité de tabac et terme d'accouchement ? Quelle information pouvons-nous donner aux patientes ?

Une méta-analyse de 2000 ^[22] montre que **la consommation tabagique est associée à une augmentation de la prématurité spontanée. Il y a une corrélation entre quantité de tabac consommé et risque de prématurité.**

Le sevrage tabagique est recommandé car **un sevrage tabagique permet une diminution du risque de prématurité**. Plusieurs études ^[23, 24, 25] ont montré que le sevrage tabagique sans intervention (substituts nicotiques) est moins efficace qu'un sevrage tabagique avec intervention extérieure (consultation tabacologie, soutien psychologique, thérapies comportementales, hypnose etc.).

LA CONSOMMATION D'ALCOOL

La consommation d'alcool pendant la grossesse augmente-t-elle le risque de prématurité ? Existe-t-il une corrélation entre quantité d'alcool et terme d'accouchement ? Quelle information pouvons-nous donner aux patientes ?

La consommation d'alcool est **formellement déconseillée** pendant la grossesse du fait de sa foeto-toxicité (syndrome

d'alcoolisme foetal, troubles neurologiques, retard de croissance intra-utérin). Par ailleurs, une méta-analyse de 2011 ^[26] montre qu'**au-delà de 36 g d'alcool par jour (environ 3 verres), le risque de prématurité est augmenté**. Il est donc recommandé (grade A) de ne pas consommer d'alcool pendant toute la durée de la grossesse.

LA COCAÏNE

La consommation de cocaïne pendant la grossesse augmente-t-elle le risque de prématurité ? Quelles sont les conséquences d'une consommation de cocaïne pendant la grossesse ?

Outre le fait que la consommation de cocaïne est **très foeto-toxique** (syndrome de sevrage, augmentation du risque de RCIU et de troubles neuro-développementaux), une méta-analyse de 2011 ^[27] a prouvé que **la consommation de cocaïne est associée à une augmentation de la prématurité. Elle doit être proscrite pendant la grossesse.**

LE CANNABIS, LA MARIJUANA

La consommation de cannabis ou marijuana pendant la grossesse augmente-t-elle le risque de prématurité ? Quelles sont les conséquences d'une consommation de cannabis pendant la grossesse ?

La consommation de cannabis est associée à **une augmentation de la prématurité. Cette consommation doit être proscrite**, d'autant que la composition du cannabis est variable et les composants ne sont pas toujours bien identifiés.

SITUATIONS DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

LA DÉPRESSION, L'ANXIÉTÉ ET LE STRESS PENDANT LA GROSSESSE

La dépression, l'anxiété et le stress jouent-ils un rôle dans la survenue d'un accouchement prématuré ?

Une revue de la littérature de 2015 ^[28] a montré que la dépression, l'anxiété et/ou le stress pendant la grossesse sont significativement **associés à une augmentation du risque de prématurité.**

LES ANTÉCÉDENTS

Les antécédents de symptômes dépressifs exposent-ils la femme enceinte à un risque accru de prématurité ?

Une étude rétrospective ^[29] a montré **un lien entre la prématurité et les expériences négatives** pendant l'enfance telles que les violences verbales, physiques ou sexuelles, les négligences physiques ou affectives. Il est bien évidemment conseillé de **dépister les troubles psychologiques et début de grossesse et d'adresser toute femme enceinte victime de stress, dépression ou anxiété vers une aide professionnelle adaptée** à ses besoins et à sa situation.

OUTILS PRÉDICTIONNELS DE L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ

LES ANTÉCÉDENTS OBSTÉTRICAUX

Certains antécédents obstétricaux prédisposent-ils d'un risque augmenté de prématurité ? Comment devons-nous orienter notre interrogatoire ? Existe-t-il des examens complémentaires qui pourraient définir un risque augmenté de prématurité ?

Selon les Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF de 2016 ^[1], l'interrogatoire et la prise en compte des antécédents obstétricaux permettent d'identifier une population à risque d'accouchement prématuré. **Ce risque**

est corrélé au nombre d'accouchement prématuré, au terme de l'accouchement prématuré (plus il est précoce plus le risque d'accouchement prématuré pour une prochaine grossesse est augmenté), et si cet accouchement prématuré concerne la dernière grossesse. **Au sein d'une population asymptomatique à haut risque (plus de trois antécédents de FCT ou d'accouchement prématuré), la mesure de la longueur cervicale par échographie endovaginale permet d'estimer le risque d'accouchement prématuré. Plus le col est court précocement, plus le risque d'accouchement prématuré est important. De même, un raccourcissement de plus de 10 % de la longueur cervicale à trois semaines d'intervalle est associé à une augmentation du risque d'accouchement prématuré. Pourtant, les données actuelles de la littérature sont insuffisantes pour recommander la mesure systématique de la longueur du col car cette politique n'a jamais démontré son efficacité dans la prévention de l'accouchement prématuré, en dehors des patientes présentant au moins trois antécédents de FCT ou d'accouchement prématuré pour qui un cerclage est recommandé (grade A).**

LA VAGINOSE BACTÉRIENNE

Le dépistage associé au traitement de la vaginose bactérienne n'a pas démontré de bénéfice dans la prévention du risque d'accouchement prématuré chez les patientes asymptomatiques et sans antécédent. Concernant les patientes ayant un antécédent d'accouchement prématuré survenu dans un contexte d'infection materno-foetale bactérienne, il pourrait exister un bénéfice à dépister et à traiter précocement et systématiquement toute infection génitale basse et en particulier les vaginoses bactériennes.

CONCLUSION

Les facteurs de risque de la prématurité spontanée sur lesquels nous pouvons et devons agir sont la consommation de tabac (encourager le sevrage tabagique avec intervention extérieure), le régime alimentaire (encourager un régime riche en fruits, légumes et céréales complètes) et le travail de plus de 40 heures par semaine (ou le travail pénible avec port de charges lourdes). Lorsque la grossesse se déroule normalement, la pratique sportive modérée est recommandée, les rapports sexuels sont autorisés, les transports répétés en avion sont déconseillés. Il est important de rechercher dès le début de la grossesse tout signe de dépression, de stress et d'anxiété afin de pouvoir proposer à ces patientes une prise en charge adaptée à leurs besoins. Par ailleurs, il est souhaitable d'informer les patientes du risque de prématurité inhérent aux grossesses rapprochées. Ces risques devront néanmoins être discutés en fonction de l'âge maternel du fait de l'augmentation des complications obstétricales et de la baisse de la fertilité au-delà de 35 ans, et du nombre d'enfants désirés. •

Texte présenté aux Assises de Sages-femmes 2018, Marseille. Avec leur aimable autorisation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Recommandations pour la pratique clinique. *Prévention de la prématurité spontanée et de ses conséquences (hors rupture des membranes)*, CNGOF.
2. Fox NS, Jean-Pierre C, Predanic M, Chasen ST. *Does hospitalization prevent preterm delivery in the patient with a short cervix?* Am J Perinatol 2007, 24 : 49-53.
3. Grobman WA, Gilbert SA, Iams JD, Spong CY, Saade G, Mercer BM, et al. *Activity restriction among women with a short cervix*. Obstet Gynecol 2013, 121 : 1181-1186.
4. Kovacevich GJ, Gaich SA, Lavin JP, Hopkins MP, Crane SS, Stewart J, et al. *The prevalence of thromboembolic events among women with extended bed rest prescribed as part of the treatment for premature labor or preterm premature rupture of membranes*. Am J Obstet Gynecol 2000, 182 : 1089-1092.
5. Maloni JA. *Lack of evidence for prescription of antepartum bed rest*. Expert Rev Obstet Gynecol 2011, 6 : 385-393.
6. Defranco EA, Valent AM, Newman T, Regan J, Smith J, Muglia LJ. *Adjunctive therapies to cerclage for the prevention of preterm birth : a systematic review*. Obstet Gynecol Int 2013, 2013 : 528158.
7. Crowther CA, Han S. *Hospitalisation and bed rest for multiple pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev 2010: CD000110.
8. Casas M, Cordier S, Martinez D, Barros H, Bonde JP, Burdorf A, et al. *Maternal occupation during pregnancy, birth weight, and length of gestation : combined analysis of 13 European birth cohorts*. Scand J Work Environ Health 2015, 41 : 384-396.
9. Palmer KT, Bonzini M, Harris EC, Linaker C, Bonde JP. *Work activities and risk of prematurity, low birth weight and pre-eclampsia : an updated review with meta-analysis*. Occup Environ Med 2013, 70 : 213-222.
10. Magann EF, Chauhan SP, Dahlke JD, McKelvey SS, Watson EM, Morrison JC. *Air travel and pregnancy outcomes : a review of pregnancy regulations and outcomes for passengers, flight attendants, and aviators*. Obstet Gynecol Surv 2010, 65 : 396-402.
11. Chibber R, Al-Sibai MH, Qahtani N. *Adverse outcome of pregnancy following air travel : a myth or a concern?* Aust N Z J Obstet Gynaecol 2006, 46 : 24-28.
12. Kramer MS, McDonald SW. *Aerobic exercise for women during pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev 2006: CD000180.
13. Barakat R, Stirling JR, Lucia A. *Does exercise training during pregnancy affect gestational age?* A randomised controlled trial. Br J Sports Med 2008, 42 : 674-678.
14. Kent T, Gregor J, Deardorff L, Katz V. *Edema of pregnancy : a comparison of water aerobics and static immersion*. Obstet Gynecol 1999, 94 : 726-729.
15. Russo LM, Nobles C, Ertel KA, Chasan-Taber L, Whitcomb BW. *Physical activity interventions in pregnancy and risk of gestational diabetes mellitus : a systematic review and meta-analysis*. Obstet Gynecol 2015, 125 : 576-582.
16. Klebanoff MA, Nugent RP, Rhoads GG. *Coitus during pregnancy : is it safe?* Lancet 1984, 2 : 914-917.
17. Yost NP, Owen J, Berghella V, Thom E, Swain M, Dildy GA, 3rd, et al. *Effect of coitus on recurrent preterm birth*. Obstet Gynecol 2006, 107 : 793-797.
18. Savitz DA, Mumane P. *Behavioral influences on preterm birth : a review*. Epidemiology 2010, 21 : 291-299.
19. (FAO) FAO/WHO/UNU. *Human Energy Requirements*, Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. In : Food and Nutrition Technical Report Series 2001.
20. Englund-Ogge L, Brantsaeter AL, Sengpiel V, Haugen M, Birgisdottir BE, Myhre R, et al. *Maternal dietary patterns and preterm delivery : results from large prospective cohort study*. BMJ 2014, 348 : g1446.
21. Jahanfar S, Jaafar SH. *Effects of restricted caffeine intake by mother on fetal, neonatal and pregnancy outcomes*. Cochrane Database Syst Rev 2015, 6 : CD006965.
22. Shah NR, Bracken MB. *A systematic review and meta-analysis of prospective studies on the association between maternal cigarette smoking and preterm delivery*. Am J Obstet Gynecol 2000, 182 : 465-472.
23. Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. *Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev 2009: CD001055.
24. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, Caird JR, Perlen SM, Eades SJ, et al. *Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy*. Cochrane Database Syst Rev 2013, 10 : CD001055.
25. Berlin I, Grange G, Jacob N, Tanguy ML. *Nicotine patches in pregnant smokers : randomised, placebo controlled, multicentre trial of efficacy*. BMJ 2014, 348 : g1622.
26. Patra J, Bakker R, Irving H, Jaddoe VW, Malini S, Rehm J. *Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birthweight, preterm birth and small for gestational age (SGA)-a systematic review and meta-analyses*. BJOG 2011, 118 : 1411-1421.
27. Gouin K, Murphy K, Shah PS, Knowledge Synthesis group on Determinants of Low Birth W, Preterm B. *Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth : systematic review and meta-analyses*. Am J Obstet Gynecol 2011, 204 : 340 e341-312.
28. Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. *The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth : A systematic review*. Women Birth 2015, 28 : 179-193.
29. Christiaens I, Hegadoren K, Olson DM. *Adverse childhood experiences are associated with spontaneous preterm birth : a case-control study*. BMC Med 2015, 13 : 124.
30. Wong LF, Wilkes J, Korgenski K, Varner MW, Manuck TA. *Risk factors associated with preterm birth after a prior term delivery*. BJOG 2015.

Le bien-être des étudiants en santé

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
ET MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR, DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

La question du bien-être ou de la santé mentale des futurs soignants a été posée au travers de plusieurs enquêtes réalisées par les organisations étudiantes. Celles-ci ont permis, selon des méthodologies diverses, de recueillir l'avis de très nombreux étudiants.

L'enquête menée au premier trimestre 2017 par la FNESI permet l'expression de plus de 14 000 étudiants en soins infirmiers. Celle menée par les associations représentant les étudiants en médecine, les internes et les chefs de clinique assistants hospitaliers a concerné plus de 20 000 étudiants ou jeunes professionnels. Dans les deux cas, les réponses montrent une déclaration de troubles anxieux, de troubles dépressifs, et d'idées suicidaires élevée, et supérieure à celle observée dans cette tranche d'âge de la population générale. Ainsi 66 % de la population des étudiants en médecine et jeunes médecins ayant répondu à l'enquête se disent anxieux, et 78 % des étudiants en soins infirmiers se déclarent souvent ou tout le temps stressés.

Des événements dramatiques de suicide d'étudiants en santé surviennent, générant chaque fois la tristesse, l'incompréhension et parfois la colère. Même si la survenue d'un suicide est toujours multifactorielle, la littérature internationale permet d'affirmer une fréquence plus élevée chez les soignants, liée à la fois à des difficultés spécifiques et à un accès facilité à des toxiques.

TÉMOIGNAGE D'UN ÉTUDIANT EN SOINS INFIRMIERS, Extrait du dossier de presse de la FNESI

« Cet épuisement psychologique à long terme (stress, manque d'envie, manque de confiance, etc.) a fini par impacter ma santé physique et complique les choses. Je suis aujourd'hui dans un cercle vicieux, je pense sérieusement à arrêter la formation. »

Ce constat n'est pas spécifique aux études de santé en France

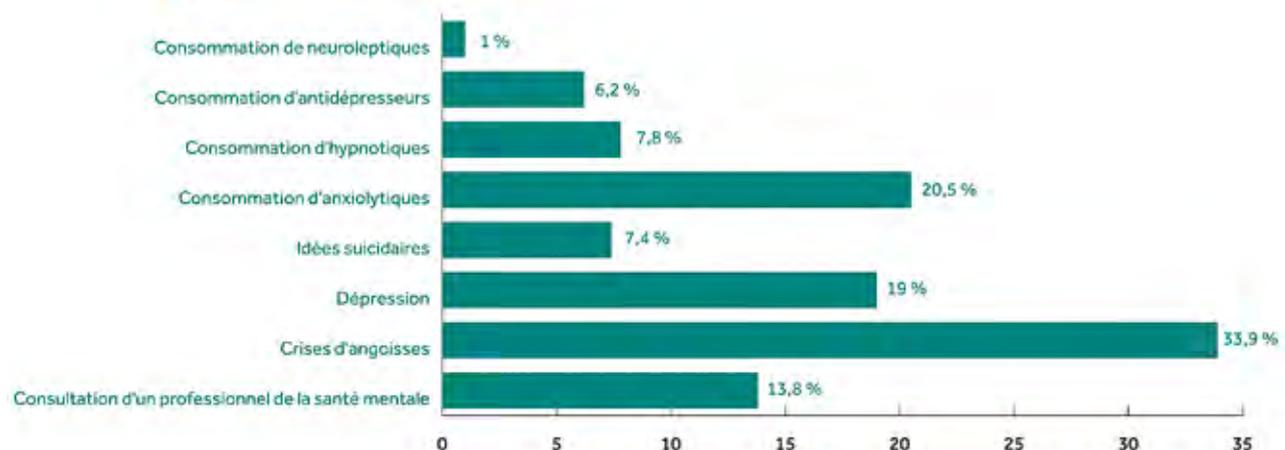
DES COMPARAISONS INTERNATIONALES

Du Nord au Sud de l'Europe, en Amérique du Nord et dans d'autres pays, des études soulignent les difficultés des étudiants en santé : jusqu'à deux tiers d'étudiants souffrant d'anxiété, 27 % en moyenne de dépression ou de symptômes dépressifs, et 11 % en moyenne présentant des idées suicidaires.

Sur le plan international, des étiologies communes sont retrouvées comme la proximité avec la souffrance ou la mort, et une surcharge de travail, avec des répercussions sur la qualité des soins. En médecine ces difficultés s'accroissent tout au long du cursus.

Aux États-Unis, les études rapportent une augmentation du burn-out des médecins de 9 % entre 2011 et 2014, à la

Consommation de psychotropes & manifestations de souffrance psychique depuis l'entrée en formation



Source : Graphique extrait des données de la FNESI.

différence de professionnels non soignants, touchant plus de la moitié de la population médicale. Le risque de suicide est plus élevé que celui de la population générale.

Les étudiants et les infirmiers sont également concernés. La recherche constante d'une meilleure "rentabilité" du système de soins et l'introduction des nouvelles technologies sont des aspects régulièrement soulignés.

Fin 2017, la National Academy of Medicine aux États-Unis a mis en place "the Action Collaborative on Clinician Well-Being and Resilience", réseau de plus de 50 organisations de soignants et d'étudiants avec, parmi les objectifs, de mieux comprendre le mal-être des soignants et d'envisager les réponses à y apporter.

Le programme d'aide aux médecins et résidents du Québec (PAMQ) quant à lui, est en place depuis 1990 et fait état d'un « accroissement de 20 % des demandes d'aides individuelles, lesquelles reflètent les difficultés en lien avec la réalité vécue sur le terrain » (Rapport annuel 2016-2017).

SOURCES

- Dyrbye LN, Shanafelt TD, Sinsky CA, Cipriano PF, Bhatt, Ommaya A, West CP, Meyers D. 2017. *Burnout among health care professionals: A call to explore and address this underrecognized threat to safe, high-quality care.* NAM Perspectives. Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington, DC.
- Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, Segal B, Peluso MJ, Guille C, Sen S, Mata DA. *Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis.* JAMA, 2016, 316, 21 : 2214 - 36.
- Rosenthal JM, Okie S. *White coat, mood indigo – depression in medical school.* N Engl J Med 2005 1085-1088.
- Sender R, Salameró M, Valles A, Valdes M *Psychological variables for identifying susceptibility to mental disorders in medical students at the university of Barcelona.* Med Educ online 2004 ; 9: 9-14
- Dahlin ME, Runeson B. *Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study.* BMC Med Educ 2007 ; 7: 6.

UN RAPPORT CONFIE AU D^R DONATA MARRA

Fin juillet 2017, la ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, et la ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, Frédérique Vidal, ont missionné le Dr Donata Marra afin d'identifier la spécificité des risques auxquels les étudiants sont confrontés durant leur parcours de formation ainsi que les étapes du parcours posant des problèmes particuliers (admission, orientation, diplomation, etc.).

Il s'agissait aussi d'établir des préconisations sur la prise en compte des facteurs de risque tout au long de la formation et d'en assurer le suivi.

Le Dr Donata Marra a été sollicitée en raison de son expertise dans le champ de la santé mentale des étudiants et des pratiques pédagogiques favorables, et de son rôle moteur dans la mise en place du Bureau d'Interface Professeur Étudiant (BIPE) de la faculté de médecine de Sorbonne Université, structure jugée exemplaire par les associations étudiantes.

LES PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DU RAPPORT

Le rapport réalisé par Donata Marra rappelle d'abord les données dont nous disposons, qui sont suffisamment convergentes pour justifier une intervention.

« Il est temps d'intervenir, pour les étudiants, les soignants et les patients... »

D^R DONATA MARRA

La fiche mémo publiée en mai 2017 par la Haute Autorité de Santé résume la situation spécifique des professionnels de santé.

FICHE MÉMO DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (MAI 2017)

LES PROFESSIONS EN SANTÉ

Population à risque historiquement identifiée et objet de nombreuses études récentes montrant une morbidité particulièrement élevée, les professionnels de santé en activité ou en formation sont exposés au risque d'épuisement professionnel, étant donné la pénibilité de leur travail, que ce soit pour des causes intrinsèques liées à la nature même de l'activité médicale (confrontation avec la souffrance et la mort, prises en charge impliquant l'entrée dans l'intimité des patients, etc.) ou des causes intrinsèques (charge et organisation du travail, etc.).

Le taux de suicide est élevé à 34,3/100 000 chez les professionnels de santé.

Ainsi, s'il est difficile de quantifier précisément l'ampleur du phénomène, de nombreux éléments convergents permettent d'affirmer qu'il y a un problème de mal-être des étudiants en santé.

Y a-t-il un problème de mal-être des étudiants en Santé ? OUI.

Le recoupement de plusieurs sources d'information le confirme. Ce problème est plus ou moins important selon les formations et les cycles.

Les formations apparemment mieux protégées associent plusieurs des éléments suivants :

- Peu de contacts avec le milieu hospitalier et les stages émotionnellement difficiles.
- Pas de concours classant en fin de second cycle.
- Un nombre limité d'étudiants dans les promotions et avec un encadrement bienveillant.
- Un programme académique qui n'est pas surchargé.
- De nombreux enseignements pratiques en petits groupes (TD et TP).
- Une mise en situation professionnalisante rapide.
- Une forte motivation préalable à l'entrée dans le cursus.

Le cursus médical est le plus concerné, notamment le 3^e cycle.

Peut-on déterminer avec exactitude l'ampleur de ce problème ?

NON.

Est-il plus important qu'auparavant ?

Sur le plan international des études le suggèrent.

Les raisons avancées sont systémiques : évolution de la société (changements culturels, numérique, réseaux sociaux...), évolution de l'exercice professionnel, difficultés des systèmes de soins.

EXTRAIT DU RAPPORT DU DR DONATA MARRA

Les auditions menées par le Dr Marra ainsi que l'interrogation systématique des facultés de médecine permettent d'analyser les déterminants possibles du mal-être et de décrire des dispositifs et pratiques mis en œuvre pour évaluer les difficultés et/ou intervenir.

Les différents entretiens montrent le caractère multifactoriel, systémique des difficultés, liées à la nature même des études de santé, aux conditions de l'encadrement en stage, à la pression induite par des études compétitives, au temps insuffisant pour la vie personnelle et les activités extra-universitaires, au faible accompagnement du projet professionnel, à la formation pédagogique parfois insuffisante des encadrants.

Certains éléments sont spécifiques au système français d'organisation des études de santé.

Des dispositifs d'aide aux étudiants ont été mis en place de façon très inégale sur le territoire et selon les filières.

Des écueils existent, dont celui de réserver ces dispositifs à une frange d'étudiants supposés en difficulté, ce qui peut participer à les stigmatiser. Tous les étudiants, même les plus brillants peuvent être en difficulté.

Les entretiens montrent la nécessité, et la difficulté d'organisation d'un avis psychiatrique rapide pour certaines situations.

Des plateformes d'écoute ont également été mises en place parfois par des associations d'internes.

LES INTERVENTIONS PROPOSÉES

La prévention des RPS chez les étudiants, associe des interventions primaires à tertiaires, individuelles et collectives (24-33).

EXEMPLES:

A. PRÉVENTION PRIMAIRE (pour l'ensemble des étudiants)

- Interventions d'aide au développement personnel et compétences transdisciplinaires: habitudes de vie (sommeil, organisation, nutrition...), stratégies d'adaptation, APS, psycho-éducation, estime de soi, habiletés en communication, gestion du stress: relaxation, yoga, mindfulness (méditation de pleine conscience), hypnose...
- Diffusion des soutiens disponibles
- Formation des enseignants à la pédagogie et au management
- Tutorat/mentorat
- Aides par les pairs
- Groupes Balint
- Médecine narrative
- Interventions sur les programmes/milieu professionnel: système "pass/fail" ou "échec/réussite", allègement du programme et du temps de travail, etc.

B. PRÉVENTION SECONDAIRE (pour les étudiants identifiés comme étant à risque)

- Tutorat et remédiations spécifiques, en groupes et en individuel en fonction des populations.
- Ateliers d'aides au développement personnel adaptés.

C. PRÉVENTION TERTIAIRE (étudiants nécessitant une prise en charge)

- Identification et communication des parcours de soins et d'interventions.
- Remédiation adaptée et aide à la réorientation.

EXTRAIT DU RAPPORT DU DR DONATA MARRA

SOURCES

- Wasson LT, A Cusmano, L Meli, I Louh, et al. *Association Between Learning Environment Interventions and Medical Student Well-being A Systematic Review*. JAMA. 2016, 316, 21 : 2237-52.
- Rohe, DE, Barrier PA, Clark MM, Cook DA, Vickers KS, Decker PA. *The benefits of pass-fail grading on stress, mood, and group cohesion in medical students*. Mayo Clin. Proc. 2006, 81 : 1443 - 8.
- West C, Dyrbye L, Erwin, Shanafelt T. *Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis*. Lancet. 2016, 388 : 2272-81.
- Blood good RA, Short, JG, Jackson JM, Martindale JR. *A change to pass/fail grading in the first two years at one medical school results in improved psychological well-being*. Acad. Med. 2009, 84, 655 - 62.
- Thompson D, Goebert D, Takeshita J. *A program for reducing depressive symptoms and suicidal ideation in medical students*. Acad. Med. 2010, 85, 1635 - 9.
- Slavin, SJ, Schindler DL, Chibnall, JT. *Medical Student Mental Health 3.0: Improving Student Wellness Through Curricular Changes*. Acad. Med. 2014, 89 : 573 - 7.
- Desailly - Chanson MA, Siahmed H et contribution Elshoud - Igaenr S, Inspection générale des affaires sociales. *Les établissements de santé. Risques psychosociaux des personnels médicaux: recommandations pour une meilleure. Mise en responsabilité médicale: recommandations pour une amélioration des pratiques*. Rapport tome 1, Décembre 2016, 2016-083R.
- DGOS. *Guide des risques psychosociaux, RPS chez les internes, chefs de clinique et assistants*, 2017.
- Goitein L, Shanafelt TD, Wipf JE, Slatore CG, Back AL. *The Effects of Work-Hour Limitations on Resident Well-being, Patient Care, and Education in an Internal Medicine Residency Program*. Arch Intern Med. 2005, 165 : 2601-6.
- Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV. *Burnout and Internal Medicine Resident Work-Hour Restrictions*. Arch Intern Med. 2005, 165 : 2595-600.

LE RAPPORT
COMPREND ENFIN
12 RECOMMANDATIONS
QUI ONT SERVI DE BASE
À L'ÉLABORATION DES
15 ENGAGEMENTS

1. Créer un **centre national d'appui** pour promouvoir la qualité de vie des étudiants en santé et des soignants.
2. En urgence, **communiquer** sur les dispositifs d'accompagnement et les parcours de soins existants.
3. Prévention des risques psychosociaux par les compétences transdisciplinaires: "**empowerment**".
4. Créer des **centres régionaux d'accompagnement** pour les internes.
5. Prévenir les risques psychoso-

ciaux par l'**étayage en stage** et le professionnalisme. "**Lecture critique du numérique**".

6. Prévenir les risques psychosociaux par des interventions **pédagogiques** sur les **programmes et méthodes**.
7. En **PACES**: renforcer l'**étayage pédagogique**, renforcer le **collectif**.
8. **Lutter contre le harcèlement**: créer des comités ou bureaux d'intervention contre le harcèlement. "**Empowerment**" des étudiants pendant leur cursus: **simulation**, sensibilisation.

9. Médecine préventive universitaire et Médecine de Santé au travail: **coordination et complémentarité** des approches.

10. Pour les étudiants: **PASS SANTÉ** pour un accès aux soins en libéral. Réseaux de **soins aux soignants**.
11. Faire que la lutte contre le **suicide** des étudiants en santé devienne l'un des objectifs prioritaires de l'Observatoire national du suicide.
12. **Assurer l'équité** de traitement des étudiants en formations de santé.

LES 15 ENGAGEMENTS

DES MESURES IMMÉDIATES DE SOUTIEN ET D'INTERVENTION

1. **Créer dans toutes les universités une structure d'accompagnement des victimes de violence.**
2. **Créer dans toutes les facultés de santé une structure d'accompagnement, ouverte à tous les étudiants et garantissant la confidentialité;** identifier des circuits courts d'obtention d'un avis psychiatrique pour les étudiants en santé, respectant la confidentialité et tenant compte des difficultés spécifiques de ce public; former des personnes-ressources, y compris parmi les étudiants au dépistage des signes de souffrance mentale.
3. **Renforcer les moyens des Services de Santé Universitaires et favoriser leur évolution vers des centres de santé universitaires.**
4. **Mettre en place une cellule nationale d'évaluation des situations exceptionnelles** permettant en dehors des règles liées au classement à l'ECN le changement de filière ou de subdivision.
5. **Assurer l'évaluation systématique des lieux de stage par les étudiants,** dans toutes les filières et déclencher une procédure de réexamen de l'agrément ou des conventions en cas d'évaluation insatisfaisante.
6. **Introduire un module transversal concernant les risques psychosociaux,** la gestion du stress et les stratégies d'empowerment dans toutes les formations en santé.
7. **Améliorer les conditions de travail en stage:** respect strict du repos de sécurité et limitation à 48 heures du temps de travail hebdomadaire; formation pédagogique de tous les encadrants; amélioration des conditions d'accueil et d'hébergement lors des stages en milieu rural.

UNE TRANSFORMATION GLOBALE DES ÉTUDES DE SANTÉ

8. **Rendre l'étudiant acteur de son orientation:** créer un module d'information sur les formations en santé accessible sur Parcoursup à la rentrée 2018; Inclure un module de préparation du projet professionnel dans toutes les expérimentations d'alternatives à la PACES; Faire de l'orientation progressive des étudiants en santé une priorité dans la réflexion sur les formations en santé; Assurer des passerelles de sortie avec validation des acquis pour tous les étudiants en santé à tous les niveaux de leurs études.
9. **Rapprocher toutes les formations de l'université et assurer l'accès de tous les étudiants en santé** à la médecine préventive, aux activités culturelles et sportives au plus tard à la rentrée 2019.
10. **Repenser les cursus pour les centrer sur les compétences à acquérir** et sortir d'une logique de compétition: poursuivre les expérimentations d'alternative à la PACES et les travaux concernant la réforme du second cycle des études médicales avec l'objectif d'une disparition de l'IECN dans sa forme actuelle.

UNE COORDINATION RÉGIONALE ET NATIONALE POUR MESURER, REPÉRER ET PARTAGER LES BONNES PRATIQUES

11. **Créer un centre national d'appui,** doté de moyens spécifiques, et réunissant des enseignants de toutes les formations en santé.
12. **Créer, en lien avec les associations étudiantes, des structures régionales** permettant le recours pour des difficultés non résolues localement, notamment pour les internes.
13. **Réaliser, en lien avec les associations étudiantes, une enquête à jour fixe** et développer une communication spécifique.
14. **Réaliser en lien avec Santé publique France et les associations étudiantes, un clip** pour aider les étudiants à détecter la souffrance psychique chez leurs collègues et à les accompagner vers des ressources. Cette mesure s'articulera avec le développement de la formation aux premiers secours en santé mentale prévue dans le plan national de santé publique.
15. **Développer un module spécifique de formation des formateurs,** nécessaire pour accéder aux fonctions de direction des instituts de formation et de coordonnateur de Diplôme d'Études Spécialisées.



EXTRAITS du rapport "15 mesures pour le bien-être des étudiants en santé" - 3 avril 2018.

Pour télécharger le rapport complet : <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/dossier-de-presse-15-mesures-pour-le-bien-etre-des-etudiants-en-sante>

Le versant psychique de l'accouchement, selon la *Préparation Globale à la Naissance, Méthode De Valors*[®]

PAR **AUORE DRUGMANNE**, SAGE-FEMME, SOPHROLOGUE

INTRODUCTION

L'intuition développée pendant mes études s'est confirmée avec mes années de pratique clinique, libérale et hospitalière : il existe un versant psychique de l'accouchement. Dans mon exercice de sage-femme, je m'efforce d'aider les femmes à dépasser les peurs liées à leur enfance, dès lors que celles-ci perturbent le déroulement physiologique de la grossesse, de l'accouchement ou de la période postnatale. Persuadée qu'il me manquait des éléments pour comprendre et pouvoir aider ces femmes, je me suis mise à la recherche d'outils, de clés de compréhension... J'ai alors repris des études en Psychologie.

Au cours de mes recherches, j'ai rencontré M^{me} de Valors, créatrice de la méthode « Préparation Globale à la Naissance »[®], qui associe les différentes techniques et outils nécessaires à la transformation et à la libération des peurs provenant de l'enfance et majorées dans cette période de vulnérabilité psychique liée à la périnatalité. En effet, sa grande découverte a été que pendant la grossesse, la patiente passe en « transparence psychique » (le seuil de censure séparant le conscient et l'inconscient devenant perméable).

Ce mécanisme permet au contenu inconscient (*patterns* ou « modèles éducationnels ») d'émerger dans le conscient, créant une déstabilisation possible...

Plus de 6300 femmes ont ainsi été préparées à la naissance et à la parentalité.

Cette grande accoucheuse a consacré sa carrière à la recherche et à l'enseignement de cette méthode : elle a ainsi formé plus de 700 sages-femmes, ainsi que des psychologues et des médecins spécialisés en pédiatrie et en gynécologie-obstétrique.

Nous reviendrons en fin d'article, sur une étude qui a démontré l'efficacité de la méthode concernant l'autoanalgésie en salle de naissance, le vécu positif des patientes quant

à leur accouchement, ainsi que la sérénité des bébés issus des grossesses préparées avec la méthode.

« Vivre, c'est choisir et choisir, c'est s'engager »

HUSSERL, PHÉNOMÉNOLOGUE

Après plusieurs années de formation et de supervision, je succède à M^{me} de Valors et j'enseigne la formation dans les grandes villes françaises, auprès de l'ADCO (Ateliers pour le développement des connaissances obstétricales).

Avec de multiples exemples et cas cliniques à la conscience, je peux aujourd'hui affirmer qu'il existe bien un versant psychique de l'accouchement...

La patiente préparée à l'accouchement en « Préparation Globale à la Naissance »[®], méthode De Valors[®] appartient à toutes les couches sociales. Elle est considérée comme « normale » (elle n'est pas en situation de précarité et ne présente pas de trouble psychique – décompensation névrotique ou psychotique –). Sa demande est simple : bien accoucher et/ou bien faire pour son enfant.

Elle est volontaire pour un travail de prise de conscience pendant sa grossesse avec, comme outil majeur, les techniques sophroniques (cf. : « Préparation Globale à la Naissance »[®], méthode De Valors[®]).

LE PASSAGE SOMATO-PSYCHIQUE

Pour la mise en place du devenir mère, de la fonction maternelle, la gestante va devoir répondre positivement et de manière inconsciente à trois questions :

- « **Suis-je capable de faire un enfant normal ?** ». Pendant la grossesse, la réponse est considérée comme positive dès lors que la croissance de l'enfant in utero est optimale ;
- « **Suis-je capable de bien accoucher ?** ». Pendant le travail et la parturition, la réponse est considérée comme positive dès lors que la patiente se sent active lors de son accouchement. C'est en effet ce que les femmes instinctives qui veulent « sentir », souhaitent expérimenter.
- « **Suis-je assez bonne pour m'occuper de cet enfant ?** ». Pendant la période postnatale, de multiples situations peuvent illustrer l'exemple : il peut en effet s'agir de l'allaitement et de son vécu pour celles qui souhaitent allaiter, ou bien de la prise pondérale de leur enfant, ou encore de leur capacité à sécuriser leur bébé, à apaiser ses pleurs dans les semaines suivant la naissance.

Revenons à l'accouchement. La grande disparité des temps de dilatation et des phases d'expulsion pour un

*Aurore Drugmanne est Sage-femme,
Sophrologue, Formatrice en
« Préparation Globale à la Naissance »[®],
Méthode De Valors[®] »*

Site : nposagesfemmes.org



même acte somatique, parle de l'influence du psychisme sur le « SOMA ».

Selon Catherine Bergeret Amselek, psychanalyste, « l'accouchement contient en condensé, pourrait-on dire, toute la maternalité qui se met en acte, qui se dramatise à travers le corps »⁽²⁾. Pour rappel, l'auteur a emprunté au psychiatre-psychoanalyste Racamier, le terme de « *maternalité* » : condensation de « Maternel », « Maternité » et « Natalité »...

Chez les patientes qui ont choisi de « travailler sur elles-mêmes » pendant la grossesse, ou encore pour les « instinctives », il est possible d'observer à certaines étapes de la dilatation des réminiscences spontanées d'événements marquants de l'enfance, ou de la relation à leur mère.

J'ai compris que pour éviter les stagnations de la dilatation chez ces patientes, il est important de les encourager à trouver un sens à leur problématique (venant le plus souvent de l'enfance).

Le fait de les aider à comprendre leur permet de se positionner par rapport à leur enfant, et ainsi de finaliser leur passage en tant que mère : « moi je ferai ainsi avec mon enfant » ou encore « moi, je serai cette mère-là »...

Cette prise de conscience leur permet de se situer dans le présent, mais également de finaliser le « devenir-mère » de cet enfant-là.

Lever une stagnation de la dilatation peut donc se faire par une prise de conscience : il peut y avoir des allers-retours rapides chez la patiente accompagnée, entre le « moi-petite fille » et le « moi-maman ».

Dans ma pratique de sage-femme, j'ai ainsi pu faire l'expérience de ce double travail physique et psychique de l'accouchement découvert et décrit à de maintes reprises par M^{me} de Valors.

HYPOTHÈSE. Il se pourrait que la qualité de la présentation foetale, associée aux tensions musculaires pelviennes et/ou à la posture maternelle soit également liée à des tensions d'origine psychique chez la future mère.

En effet, si nous devons illustrer cette hypothèse avec un exemple, depuis que les fœtus se présentant par le siège naissent davantage par césarienne que par voie basse, on assiste à une augmentation considérable des présentations podaliques.

Or, à ce sujet l'hypothèse psychanalytique des sièges (en dehors des reproductions familiales), serait pour l'inconscient une tentative de « retarder » le moment de l'accouchement.

Autre exemple, traitant cette fois de la douleur liée à la parturition : pourquoi cette différence dans le ressenti de la douleur entre les femmes préparées et non préparées à la naissance ? Pourquoi y a-t-il des femmes non-algiques ?

Nous allons tenter d'apporter quelques réponses.

LES DEUILS NÉCESSAIRES OU LE SENS DE LA DOULEUR

À travers l'acte d'accoucher, la parturiente se « sépare » de son enfant, mais également de ses positionnements inconscients, autrement dit de « ses acquis ».

Par là même, elle va devoir :

- ① Renoncer à la fusion, source de plaisir, et se séparer de son bébé/foetus.
- ② Renoncer à l'enfant qu'elle était, en accédant au statut de mère.
- ③ Renoncer à l'état gratifiant de la grossesse (cible de toutes les attentions, période durant laquelle « on s'occupe de moi »).
- ④ Renoncer à son couple tel qu'il était, et accepter le fait que par la naissance, le couple se repositionne, autour de l'enfant.
- ⑤ Connaître la surprise désagréable de la force des contractions, alors que la gestante était en « attente » du bonheur d'être mère... Passer par l'angoisse de la distension vaginale, pendant la poussée, dans ce lieu intime jusqu'à présent réservé au « compagnon » et source de plaisir.
- ⑥ Si cela n'a pas été travaillé, renoncer à l'enfant imaginaire (et merveilleux) pour accueillir l'enfant tel qu'il est, dans la réalité.

PAROLE DE PATIENTE

« C'est normal que ça fasse mal, c'est une séparation : quand mes parents se sont séparés, ça m'a fait très mal [...]. La dame qui n'a pas mal en accouchant n'a pas peur que le bébé ne soit plus à elle seule ».

Lors d'un remarquable congrès sur le « sens de la douleur »⁽³⁾, le Professeur Desprat, anesthésiste, associe le sensoriel et l'émotionnel, tout en reconnaissant qu'il faut être très prudent car le phénomène est difficile à appréhender. S'il décrit les voies anatomiques, il évoque également un aspect important de la douleur : « les facteurs psychiques, qui influencent et modifient l'intensité de cette douleur ».

Lors de ce même congrès, le Dr Canon-Yannotti a livré son expérience d'analyste dans une maternité.

Au sujet du sens de l'accouchement : « Pendant l'accouchement, dans la perception de la douleur, l'événement doit prendre sens. C'est cela le psychisme en cause, sinon l'épreuve à affronter n'est pas acceptable, et ce qui va être subi pendant le travail sera rejeté. »

Selon Freud, neurophysiologiste, toute excitation reçue dans le système neuronal, doit être écoulee et évacuée.

Cette idée fut reprise par le Dr Canon-Yannotti lors du congrès de Biarritz : « ce qui est subi et non accepté par manque de sens crée une rétention énergétique douloureuse au niveau de l'organisme. [...] C'est cela qui majore la douleur des contractions qui, sans cela, s'évacuerait au fur et à mesure de l'évolution de l'accouchement. »

Or, si la péridurale supprime la douleur de la contraction, elle n'agit pas sur la rétention douloureuse d'origine psychique...

Elle parle également « des névroses traumatiques » qu'elle a eues à traiter chez certaines patientes sous anesthésie péridurale : « c'est-à-dire des souvenirs de l'accouchement qui ne se refoulent pas ou ne se mettent pas à distance, après deux à trois jours de suites de couches... ». Ces névroses proviendraient du fait que les femmes n'aient pas fait leur « passage psychique » pendant la grossesse,

et ne soient pas prêtes à devenir mère au moment de l'accouchement. Elles percevraient donc avec effroi certaines modifications de l'organisme ou certains actes obstétricaux.

Le fait que la patiente soit satisfaite d'elle-même en post-partum, quelles que soient les modalités de l'accouchement (surtout pour les accouchements naturels), nous indique que le passage psychique du « devenir-mère » a bien été effectué par la patiente.

Cela explique les discordances existant parfois entre notre analyse médicale et le ressenti maternel.

Il y a généralement concordance entre le fait d'être « contente de soi », de son accouchement, et l'investissement rapide de la fonction maternelle (présence psychique ou attachement et soins au bébé), ainsi que de « la réussite » de l'allaitement maternel.

La réalité du passage psychique permet de mieux comprendre l'importance capitale de l'accompagnement de la mère en devenir et de l'entourage sur lequel la mère va pouvoir « transférer ». Rappelons que le fait d'aider au passage psychique, ne consiste pas à « interférer ». En tant que soignant, il est important de ne pas infantiliser les patientes (cf. ci-après, cas clinique n° 1).

Ce « passage » dont il est question, permet de comprendre la signification des cris chez certaines femmes en couche : dans de nombreuses ethnies à travers le monde, l'accouchement s'accompagne de cris.

Chez nous, par le fait de la surmédicalisation, de la systématisme des anesthésies péridurales, les cris disparaissent des salles d'accouchement...

Cependant, il n'est pas rare d'observer, chez certaines femmes périduralisées, ayant des scores analogiques de la douleur à 1, 2 ou 3/10, des cris lors de la dilatation : serait-ce la manifestation de leur passage psychique ? Il serait intéressant de savoir si ces femmes investissent plus facilement la fonction maternelle, sans avoir à passer par les syndromes dépressifs à long terme, trop souvent décrits dans les suites de couches des femmes surmédicalisées.

Si l'on choisit une montagne en guise de métaphore, cet état second représente l'avant-dernier passage avant le sommet.

De même que « la maternalité » connaît une première résolution au 9^e mois de grossesse, l'accouchement mène à une autre étape vers 8 cm de dilatation : il y a alors passage par un état « second », appelé « niveau intermédiaire » par M^{me} de Valors, entre la « femme d'avant » et la mère accomplie... Si l'on choisit une montagne en guise de métaphore, cet état second représente l'avant-dernier passage avant le sommet.

Le dernier passage jusqu'au sommet de la montagne, aussi appelé « les adieux » par le Dr Frederick Leboyer, ou « la porte des mères » par M^{me} de Valors, est décrit comme la phase de « désespérance physiologique » dans nos manuels d'obstétrique. Cette phase, se situant en fin de dilatation sur le partogramme, se traduit à la fois par un arrêt des contractions, mais également par une période où la future mère est agitée, anxieuse, ayant parfois une impression de mort imminente...

Notre rôle en tant que sage-femme, est alors de l'accompagner avec empathie, sans vouloir médicaliser à tout prix (cf. les écrits du Dr Michel Odent).

Rappelons que notre spécialité, reste la **physiologie**.

Dans nos pratiques hospitalières, cela amène souvent à poser une péridurale à ce moment-là, alors même que la patiente n'en souhaitait pas jusque-là... Ou encore à administrer – voire augmenter – le débit du Syntocinon® dans le but de relancer les contractions pour les patientes sous anesthésie péridurale.

Quel dommage, quand on prend conscience de ce qui se passe dans l'inconscient de la parturiente à ce moment-là ! Car ce qui se joue à ce moment précis, c'est **l'adieu à la grossesse**.

Suite p. 30 >

ÊTRE BIEN DANS SON ENVIE DE BÉBÉ

Avec la psychologue Valérie GRUMELIN et la gynécologue Véronique BIED DAMON (Le Guide de l'Infertilité)

Parfois, le désir de grossesse est là mais les **blocages émotionnels et psychologiques créent ce que l'on appelle une infertilité inexplicée**.

Ces blocages émotionnels peuvent avoir plusieurs causes :

- Un traumatisme lié à sa propre naissance ou enfance
- Une phobie ou un choc
- La peur de ne pas y arriver (à cause de l'âge, de la pression familiale, des soucis du quotidien ...)

L'importance du coaching

Un coaching est important. C'est un guide, un conseil au quotidien, une écoute et une oreille attentive. Bien utiliser un coaching permet de trouver la force extérieure qui va vous donner l'apaisement intérieur et le déblocage émotionnel pour concevoir votre bébé.

EN SAVOIR + WWW.MYBUBELLY.COM, le 1er coaching sur la préconception qui booste votre fertilité et vous aide même à choisir le sexe de votre bébé



Découvrez notre livre aux Editions Leduc.s

Pour certaines, c'est la concrétisation du passage psychique, l'atteinte de leur devenir-mère qui se met en acte dans le corps, à ce moment précis.

C'est également la pause bien méritée, la concentration nécessaire au grimpeur pour l'ascension de son sommet : si on la respectait, il y aurait moins d'échecs de la poussée.

En outre, selon le Dr Michel Odent, « *cette peur transitoire est avant tout un symptôme. Elle traduit une intense sécrétion hormonale, et en particulier une décharge d'adrénaline.* » Cela permet à la patiente de présenter un regain d'énergie pour l'expulsion, et d'effacer ainsi toute la fatigue accumulée pendant le travail.

Sans cette phase de repos physiologique, l'adrénaline n'est pas sécrétée par les surrénales, et la patiente n'a alors pas la force de pousser... Cela augmente alors considérablement le risque d'extraction instrumentale.

De même, les césariennes actuelles pour souffrance fœtale (sans circulaire, ni disproportion fœto-pelvienne) peuvent trouver leur origine dans la peur maternelle, au moment du passage.

Au risque de surprendre, il semble que l'accouchement puisse avoir une valeur pédagogique.

En effet, en luttant contre la force des contractions, les parturientes luttent contre la douleur des deuils inconscients et nécessaires à dépasser pour devenir mère.

Cela explique la sensation de force extraordinaire qu'elles expriment après un accouchement « réussi » (selon elles).

La force nécessaire pour pousser l'enfant, le dépassement de soi-même et la sensation intense du passage, marquent à jamais la filiation à l'enfant, dans la mémoire cellulaire maternelle. C'est « *la porte des Mères* » : le détachement, qui permet l'attachement. C'est là aussi, le sens de l'accouchement...

En respectant ces mécanismes, en les amenant à la compréhension des mères, nous pouvons constater en salle d'accouchement, des accélérations de la dilatation et une élévation du seuil de la douleur.

C'est le secret des dilatations rapides et quasiment indolores décrites par les jeunes mères suivies en « Préparation globale à la Naissance[®], Méthode de Valors[®]. »

Cet accouchement facile et rapide vécu par la jeune mère, est déterminant pour la qualité de l'attachement maternel et pour le développement ultérieur de l'enfant.

LE RÔLE DES PÈRES

Dans l'inconscient, le premier objet d'amour est la mère : c'est elle qui nous apprend notre relation à nous-mêmes et aux autres.

Pour nous, les femmes, si le père sert de référence au choix du compagnon, c'est l'empreinte profonde de la mère qui va déterminer la relation. La présence du futur père est très intéressante pour le psychisme maternel.

Lorsqu'il n'est pas la reproduction des modèles parentaux, il protège la mère des régressions possibles.

En tant que sage-femme, cette phrase des jeunes mères peut nous interpeller : « *Heureusement qu'il était là* ! »

En effet, la plupart du temps, le père nous montre ce qu'il croit être son impuissance et son émotion, surtout si lui-même a connu une naissance difficile qui a entretenu en lui, la peur de l'accouchement...

Pour certaines, c'est la concrétisation du passage psychique, l'atteinte de leur devenir-mère qui se met en acte dans le corps, à ce moment précis.

Il a, comme la future mère, un grand passage psychique à faire : son « devenir père », sans transmission possible souvent de son propre père, absent à sa naissance (si plus âgé) et/ou absent psychiquement (époque actuelle). Et pourtant... s'il s'est informé et préparé à la naissance, il devient pour la mère, celui qui accompagne le travail psychique, qui soutient la technique respiratoire, tout en étant conscient des gestes médicaux et de ses émotions... Vivre l'accouchement dans cet esprit-là, à deux, c'est renforcer le couple dans son unité, en lui donnant une nouvelle dimension.

C'est aussi, déjà, positionner le père qui aidera la mère à se « séparer » plus tard de l'enfant (son rôle symbolique).

TÉMOIGNAGES

Il s'agit des « associations » que peuvent vivre les femmes pendant l'expulsion.

« En poussant, je pensais à mon père et à ma mère, au devenir-parent difficile de certains membres de ma famille... ».

« En poussant, j'ai su que j'allais crier... Cela serait libérateur, car lorsque j'étais enfant, ma mère me disait : "tais-toi, tu cries trop" ! ».

« En poussant, j'ai réalisé que j'aurais voulu un garçon, et c'est cela qui m'empêchait de pousser. Alors un hurlement est sorti de moi... Mon père, en tout cas le garçon que je voulais pour le remplacer, mourait aussi en moi. C'est en hurlant mes adieux à mon père et mon fils que j'ai pu pousser ma fille ! Ce cri me libérait, plus jamais je n'y penserai ! Quand j'ai eu ma fille dans les bras, j'avais tout oublié ».

Le père est décédé un mois avant le début de la grossesse.

« En poussant, je me disais : je ne veux pas le lâcher ! Qu'ils partent tous ! Qu'on me laisse, au secours ! Et puis la sage-femme a dit : — *Quand la tête du bébé sera sortie, c'est vous qui attraperez les bras, pensez-y !* — Mais je n'ai plus de contractions ! — *Pensez-y, et elles reviendront !...* ».

« Je crois que c'est la mine que faisait mon mari qui m'a décidée ! Il semblait déçu... Alors j'ai attrapé ses mains, et les contractions sont revenues ! ».

Jeune femme abandonnée enfant par sa mère et attendant une fille.

« En poussant, j'ai regardé la pendule : il était exactement l'heure que ma mère me montrait le matin : "Regarde, il est 8 h 15, déjeune, tu vas être en retard !" ; j'ai été tellement surprise que j'ai arrêté de pousser... c'est le moment où le médecin a pris les forceps ».

Jeune femme anorexique dans son enfance.

CAS CLINIQUES

En « Préparation globale à la Naissance[®], méthode De Valors[®] »⁽⁴⁾, les futures mères travaillent sur leurs « *patterns* » (modèles éducationnels) et sur leur « devenir mère ».

Elles prennent conscience de leur projet personnel tout en s'appuyant sur les techniques sophroniques, ce qui a une action bénéfique sur la gestion de la douleur et sur la durée de la dilatation.

Le problème de la surmédicalisation est le non-respect de la liberté de mouvements et du rythme propre à chacune. En cela aussi, la médicalisation systématique empiète sur le processus psychique...

Les sages-femmes formées en Préparation globale[®], apprennent à :

- affiner leurs interrogatoires,
- introduire de la psychologie dans leur prise en charge,
- comprendre et expliquer à leurs patientes les mécanismes en cause pendant l'accouchement, ce qui évite aux mères certains pièges involontaires induits par l'autoritarisme ou l'abandon psychique de certains soignants, et réduit considérablement les risques de traumatisme...

Les cas évoqués font partie des accompagnements psychothérapeutiques effectués suite à des traumatismes post-accouchements :

Pendant leur préparation, Marie, Christine et Sonia ont omis – volontairement ou pas – de parler d'une problématique de l'enfance ou de la grossesse, qui n'ont donc pas été « travaillés », c'est-à-dire amenés à la conscience durant leur grossesse... On va voir comment l'extraction instrumentale et/ou le manque d'écoute (bien involontaire) des structures actuelles surchargées de travail, vont faire ressurgir ces éléments du passé, bloquant ainsi le processus du passage vers la fonction maternelle.

CAS N° 1. Christine est retrouvée prostrée, quelques heures après l'accouchement, en disant : « *je vis l'horreur* »...

Elle raconte son arrivée de nuit, dans un service surchargé, et les « reproches » (ou vécus comme tels) de la sage-femme lui disant : « *Vous auriez pu attendre!* ».

Elle était à dilatation complète et évoque sa sensation d'avoir été « bloquée » par cette phrase, paniquée au point que l'obstétricien est venu (sans explication) mettre en place une extraction instrumentale : elle ne pouvait plus pousser. « *Et là, j'ai plongé dans l'horreur* », livre-t-elle. Le lien est simple à faire avec son enfance (reproche de la mère, brutalité du père alcoolique précipitant le soir sans explication ses enfants dans la cave) et son accouchement.

« *Pourquoi n'en avoir pas parlé pendant les séances de préparation à la naissance? J'ai voulu oublier*, répond-elle. *Cela fait vingt ans que je n'ai plus vu mes parents* ». Il faudra deux heures pour que Christine sorte de sa prostration et puisse prendre son bébé (qu'elle avait rejeté comme elle avait rejeté ses parents).

Elle sera suivie dès sa sortie par le réseau périnatal.

CAS N° 2. Un appel inquiétant à 8 heures du matin : « *Bonjour c'est Marie, je viens de rentrer chez moi mais je ne peux pas m'occuper du bébé: j'ai peur de lui faire mal. Je ne peux pas rester seule avec lui, du coup c'est ma mère qui s'en occupe!* ».

Elle raconte la triade classique d'un grand centre hospitalier : déclenchement - péridurale - forceps. « *Ils disent que ça s'est bien passé, que le bébé a repris du poids, mais moi je vais très mal* », confie-t-elle.

Lors de la consultation suivant l'appel, elle est agitée, « obnubilée » par le bébé qu'elle regarde fréquemment. L'entretien met à jour sa relation à « sa mère-qui-ne-la-quitte-pas » depuis qu'elle a divorcé de son père.

– « *Cela vous pèse?* »

– *Je rentre ma colère... elle veut tout faire pour moi!*

– *Et votre fille? à part cette peur, que ressentez-vous? y a-t-il un sentiment?*

– *C'est la colère qui vient, à cause de l'accouchement: eux, ils disent que ça s'est bien passé! Moi j'ai l'impression qu'ils me l'ont arrachée! Je ne voulais pas être déclenchée, mais eux, ils disaient que ça m'aiderait!* ».

Il faudra un moment pour qu'elle trouve l'association entre la colère non exprimée en tant que fille de sa mère, et la colère vécue en devenant mère de sa fille.

Il a fallu des techniques thérapeutiques très puissantes (en sophrothérapie) pour que Marie investisse son bébé. Un pédopsychiatre de son secteur a ensuite assuré le suivi.

CAS N° 3. Ce cas clinique souligne l'idée « bien ancrée » que la douleur fait partie des éléments diagnostiques de la mise en travail.

Sonia demande de l'aide à sa sortie de la maternité : « *j'ai l'impression de ne pas avoir accouché. Et pourtant mon bébé est bien là! Je ne ressens rien, je suis dans du coton* ».

Elle raconte que, ressentant des contractions rapprochées et assez fortes, elle appelle la maternité pour prévenir de son arrivée. Au bout du fil, on l'interroge :

– « *Les contractions sont-elles douloureuses?* »

– *Non, dit Sonia, pas vraiment!*

– *Alors ce n'est pas ça! attendez qu'elles le soient pour venir!* »!

Une heure après, Sonia arrive en catastrophe, se retenant de pousser.

Elle accouche aussitôt, aidée de son interlocutrice qui ne « reprend » pas la conversation téléphonique et n'a pas vraiment le temps de l'accompagner...

Suivent quatre jours de « flottement ». Il semble y avoir un apparent décalage entre les deux accouchements. Si le physique a bien eu lieu, le psychique reste à faire! Y aurait-il dans sa vie d'enfant une quelconque analogie avec ce qui s'est passé?

Elle répond aussitôt :

– « *C'est simple: mes parents ne me croyaient jamais. Il fallait qu'ils soient devant l'évidence pour réagir.* »

– *Qu'en pensez-vous? Ce ne serait pas un rappel de votre passé de petite fille qui bloque votre « devenir mère »?*

– *Oui... (en regardant son bébé) je ne lui ferai pas vivre ce*

que j'ai connu ! Mes parents ne m'ont jamais écoutée ! » (elle était avocate de profession).

Le passage psychique vécu en sophrothérapie, l'aidera considérablement.

À la fin de la séance, il s'est écoulé une heure : le même temps séparant le coup de téléphone et l'accouchement.

Ces séances proposent un revécu en état sophronique et d'une façon non directive, de l'accouchement, en y ajoutant la fréquence émotionnelle.

Cela demande de la part du thérapeute une grande prudence et une certaine formation. Ces techniques sont enseignées en deuxième niveau de la Préparation globale à la Naissance[®], méthode De Valors[®].

LES FACTEURS TRAUMATIQUES

Dans les trois cas cliniques énoncés ci-dessus, outre les transferts émotionnels (régression, réactivation de la colère...), on retrouve le manque d'accompagnement dans cette période de vulnérabilité que représente le moment de la naissance.

Essayons de nous montrer contenantes pour la dyade mère-enfant, indépendamment de notre lieu d'exercice...

Les mots et les gestes employés, peuvent avoir un retentissement conséquent, bénéfique ou délétère pour nos patientes...

① **DANS LE CAS DE CHRISTINE.** Tout aurait pu être vécu différemment si la sage-femme avait engagé le dialogue et/ou le médecin, expliqué son geste.

② **DANS LE CAS DE MARIE.** Pour devenir mère (cf. *La « grosse psychique »* sur le site nposages-femmes.org), la fille a besoin de se « séparer » de sa mère, de faire elle-même « son nid », symboliquement. Or, ce mouvement instinctif a été contrarié par sa mère, qui faisait tout pour elle. À la maternité, cela s'est représenté de nouveau : (« *ça va vous aider* ») tout en banalisant : (« *tout s'est bien passé* ») ce qui est une « non-reconnaissance » du ressenti de Marie... Elle s'est alors retrouvée dans l'incapacité d'agir par elle-même, et sa colère contre sa mère a été ainsi réactivée. Cela l'a détournée de l'enjeu de tous ses « blocages » : son enfant. En tant que sage-femme, nous devrions nous méfier de la banalisation.

En suivi mère-enfant à domicile, j'ai lu récemment sur un carnet de santé : « accouchement eutocique (spatules) ».

③ **DANS LE CAS DE SONIA.** Le passage psychique a été décalé par rapport à l'accouchement physique. Nous pouvons fréquemment être confrontés à ce cas-là en suite de couches. C'est d'ailleurs une des raisons du *baby blues*.

Pour Sonia, ce blocage aurait pu être levé par la sage-femme, si celle-ci avait reconnu que l'appel était justifié. Cela lui aurait permis d'échapper aux conditionnements de son enfance.

C'est au vu de toutes ces difficultés maternelles, que l'on peut parler du rôle pédagogique de l'accouchement.

Au questionnement de la « maternalité » : « *suis-je capable d'être mère ?* », la réponse immédiate pour Christine, Marie et Sonia a été : « *Non* ».

« *Moi, tout seul !* », dira l'enfant pour intégrer pleinement son individualité. « *Je l'ai fait toute seule* », doit pouvoir inconsciemment penser la jeune mère. D'où la frustration de certaines césariennes, de certaines péridurales et/ou extractions instrumentales.

« Moi, tout seul ! », dira l'enfant pour intégrer pleinement son individualité. « Je l'ai fait toute seule », doit pouvoir inconsciemment penser la jeune mère.

Le fait de mettre au monde un enfant, c'est la mise en acte du rôle Parental, qui fait appel :

- **À la notion de puissance :** à la force physique et psychique permettant de sortir de l'enfance.
- **À la notion de temps :** il y a un moment où l'inconscient est prêt, cela peut prendre plus ou moins de temps selon l'histoire personnelle, d'où la nécessité du respect du rythme de chacune.

Les patientes ont besoin de se séparer **volontairement et activement** de leur bébé/fœtus pour pouvoir passer de l'état de petite fille, à celui de mère.

Comme nous avons pu le constater, quand le corps garde la mémoire du passage, il y a vraiment conscientisation de la filiation à l'enfant.

Dans ma pratique libérale, je peux observer la manière dont les patientes accouchent, par rapport à la relation à leur propre mère et à la place affective qu'elles occupaient, petites filles, dans leur famille.

Certaines parviennent à « dépasser » un accouchement difficile, et à avoir un comportement « sécuritaire » avec leur enfant, quand d'autres ne le peuvent pas, car un vécu de l'enfance a été renforcé pendant leur accouchement, les laissant « traumatisées ».

Il est important d'identifier cela et d'en prendre conscience, afin de pouvoir aider nos patientes à ne pas reproduire par « fidélité inconsciente » l'accouchement de leur propre mère.

CONCLUSION

Il est fondamental d'aider la mère et de protéger l'enfant, en leur permettant de vivre une grossesse sereine et un accouchement non traumatisant.

Nous ne pouvons le faire qu'en développant, outre notre savoir médical, la connaissance de ce qui se passe dans l'inconscient d'une femme qui devient mère.

Il n'est pas question ici de remettre en cause les progrès actuels de l'obstétrique, ni les avancées relatives à la gestion de la douleur. Cependant, force est de constater, qu'à aucun moment de notre histoire, on ne nous a proposé, à nous, femmes, une compréhension du sens de la douleur et des moyens de la transformer.

Or, la douleur liée à la naissance a un sens, elle est un signal d'étapes émotionnelles à traverser : quand on en comprend l'origine, elle s'atténue considérablement...

« *Ce qui est subi et non accepté par manque de sens, crée une rétention énergétique douloureuse au niveau de l'organisme* »⁽³⁾. Cette phrase de Freud a été reprise par le Dr Canon Yanotti.

Il ne s'agit pas non plus de dissuader les patientes qui demandent une anesthésie péridurale. En effet, lorsque l'on a été douloureusement enfant de ses parents, on ne veut pas devenir « douloureusement » parent de son enfant : il convient d'expliquer cela aux mères et de le respecter.

De même, le fait d'expliquer le sens de la douleur aux patientes hésitantes quant à la question de la péridurale, ou à celles qui veulent « vivre » le passage, est partie intégrante de notre profession de sage-femme.

Ce que nous devons décrire, c'est la systématisation actuelle de l'anesthésie péridurale pour celles qui veulent être actives pendant l'accouchement car, nous l'avons vu, en se technicisant, la médecine empiète sur le versant psychique de la maternité.

En effet, des centaines d'études archivées à Londres ⁽⁶⁾ alarment sur les effets à long terme des pratiques obstétricales sur la vie de l'individu venu au Monde...

En préparation globale[®], les sages-femmes apprennent à utiliser des outils efficaces, tant sur la gestion de la douleur, que sur la durée de la dilatation, que sur la prévention des pathologies de la grossesse.

En ce qui concerne l'accouchement, nous pouvons expliquer à nos patientes, en guise de prévention, toute l'implication psychologique de celui-ci, et leur proposer des techniques à visée psychique facilitant celui-ci, en permettant une action réelle sur la douleur et la dilatation : je pense notamment au toucher affectif et à la sophrologie obstétricale.

En second lieu, en nous appuyant sur l'état actuel de la recherche ainsi que sur notre compréhension du psychisme féminin, en tant que sage-femme, nous pouvons aider à l'instauration d'une prise de conscience collective : l'enjeu de la naissance est bien plus important qu'on ne le pense...

Enfin, pour défendre l'accouchement naturel, nous pouvons nous appuyer sur l'argument suivant : l'accouchement met en jeu pour la mère, toute une élaboration psychique dont il est la somatisation. Ses modalités vont influencer non seulement la qualité relationnelle de la mère à son enfant, mais également, à plus long terme, toute la vie de ce dernier. En surmédicalisant, les connaissances actuelles montrent que nous faisons de la mère et de l'enfant des individus à risque psychique.

En guise de conclusion, voici une étude (cf. ci-contre) qui a démontré l'efficacité de la méthode concernant l'auto-analgésie en salle de naissance, le vécu positif des patientes quant à leur accouchement, ainsi que la sérénité des bébés issus des grossesses préparées avec la méthode. •

BIBLIOGRAPHIE

1. *La grossesse psychique*. M.-H. de VALORS, Les Dossiers de l'Obstétrique, octobre 2000.
2. *Le mystère des mères*. Catherine BERGERET-AMSELEK. Éditions Desclée de Brouwer.
3. Actes du congrès sage-femme International de Biarritz.
4. *La préparation globale*. M.-H. de VALORS, Les Dossiers de l'Obstétrique, février 2001.
5. *Progrès en Néonatalogie*. Cahier n° 15 page 224. XXV^e journées Internationales de Port-Royal.
6. *Science et Avenir* n° 614, page 48.
7. Mémoire de Sophro-pédagogie en Obstétrique « *La préparation globale* », M.-H. de Valors, 2006.
8. *Grossesse psychique et hypermédicalisation*, Les Dossiers de l'Obstétrique, Octobre 2005.
9. *Des traumatismes psychiques du post-partum : traitement et prévention en préparation globale*, M.-H. de VALORS, Les Dossiers de l'Obstétrique, Octobre 2012.
10. *Préoccupation maternelle primaire et dépression du post-partum*. LEMAITRE Véronique, 2011.

ÉTUDE RÉALISÉE AU SEIN DE DEUX MATERNITÉS EN 2001

- **Maternité A** secteur privé, très peu interventionniste (<500 accouchements).
- **Maternité B** secteur public: accouchements facilement dirigés (700 accouchements).

LES AXES DE RECHERCHES SÉLECTIONNÉS

- Le temps moyen de dilatation de 3 cm à la naissance (sans Nalorphine ou Nubain et sans anesthésie péridurale).
- Le vécu des mères, en suites de couches.

RÉSULTATS

A. Accouchements (200 patientes)

Maternité A > 41 primipares > 3h19
59 multipares > 2h01

Maternité B > 53 primipares > 3h22
47 multipares > 2h05

Conclusion: Il n'y a pas de différence significative.

On peut constater un temps de travail rapide et noter la singularité de cette « préparation globale à la Naissance[®] »: la répartition égale de la durée de parturition, entre les primipares et des multipares...

B. Suites de couches

(suivi assuré en libéral lors des consultations d'allaitement et les massages bébé)

Premier interrogatoire proposé aux patientes

- À la question: « *la préparation vous a-t-elle aidée?* »
100 % des patientes répondaient « *Oui* ».
- À la question: « *Le bébé est-il calme?* »
100 % des patientes répondaient « *Oui* ».
82 % allaitaient à J4 et 69 % à un mois.

Nouvel interrogatoire distribué quelques mois plus tard (après médicalisation systématique)

Sur 40 accouchements:

- 35 par voie basse sans péridurale,
- 2 par voie basse avec péridurale
- 3 par césarienne (2 pour sièges, 1 pour échec du déclenchement).
- À la question: « *la Préparation Globale à la Naissance, Méthode De Valors[®] vous a-t-elle aidée?* »
 - «... à accélérer la dilatation? »
34 patientes répondaient « *Oui* ».
 - «... à contrôler la douleur? »
33 patientes répondaient « *Oui* ».
 - «... à gérer le stress? »
40 patientes répondaient « *Oui* ».
- À la question: « *Le bébé est-il calme?* »
23 patientes répondaient « *Oui* »
- À la question: « *Le bébé est-il particulièrement calme?* »
17 patientes répondaient « *Oui* ».

« Féminicide » : violence ultime, le devenir des enfants... un protocole indispensable

PAR **DR FRÉDÉRIQUE BROISIN-DOUTAZ***

INTRODUCTION

Bien connu dans d'autres pays, le terme « féminicide » gagne peu à peu du terrain en France, le mot a été ajouté en 2014 au vocabulaire du droit des sciences humaines « homicide d'une femme, d'une jeune fille ou d'une enfant en raison de son sexe » et à l'édition 2015 du *Petit Robert*^[1]. Il figure dès le titre au glossaire des définitions du viol, du féminicide et de la violence par le partenaire intime de l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes^[2].

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le féminicide se définit comme le meurtre de filles ou de femmes au simple motif qu'elles sont des femmes. Il s'agit donc d'un meurtre individuel ou collectif en raison du genre^[3]. Le féminicide qui est commis dans la plupart des cas par des hommes se distingue des homicides masculins par des particularités propres et est sous-tendu par des situations de dominations des femmes par les hommes. L'OMS propose une catégorisation des féminicides en quatre types : intime, familial, communautaire et sociétal et prône une reconnaissance du terme au niveau international et régional^[3]. En France la question se pose juridiquement de savoir s'il convient de modifier le code pénal pour y introduire le terme de « féminicide » ou seulement de reconnaître qu'un meurtre commis en raison du genre de la victime doit être sanctionné par des circonstances aggravantes.

Les violences intimes commises au sein du couple constituent un problème majeur dans notre société étant donné leur impact sur ses fondements, ces violences occupant notamment une place importante dans les crimes et délits contre les personnes.

Au niveau mondial, on considère qu'un homicide sur sept et plus d'un tiers des homicides dont la victime est une femme sont perpétrés par le conjoint ou ex-conjoint dans un contexte de violences conjugales et qu'il existe en plus, d'après une étude américaine, trois fois plus de tentatives d'homicide grave que de meurtres réels^[4].

En France actuellement, on estime qu'une femme décède tous les 3 jours sous les coups de son partenaire ou ex-partenaire, on parle alors de « féminicide ». Quand la femme tue son mari, c'est le plus souvent dans un contexte de légitime défense qui intervient dans un lourd passé de violences subies.

* Participante au groupe d'expert.e.s pour la conception d'une fiche pratique à destination des professionnel.le.s urgentistes MIPROF dans le cadre de la Circulaire DQOS R2/MIPROF/2015/345 « Outils référent.e.s urgentes ». PH URGENCES/Hôpital Robert Ballanger/Référente violences faites aux femmes - 93602 Aulnay sous Bois.

En France actuellement, on estime qu'une femme décède tous les 3 jours sous les coups de son partenaire ou ex-partenaire, on parle alors de « féminicide ».

Dans le monde, on évalue à 40 % les femmes victimes ayant en moyenne deux enfants ce qui correspond à 55 000 enfants par an, endeuillés dans le cadre d'un homicide conjugal^[5].

En France, les chiffres des morts violentes au sein du couple, en 2016 sont les suivants :

- 123 femmes tuées par leur conjoint ou ex-conjoint ; 109 ont été tuées par leur conjoint ou ex-conjoint officiel et 27,5 % d'entre elles étaient des victimes de violences connues.
- 25 enfants mineurs tués (dont 9 en même temps que leur mère et 16 dans le cadre de violences conjugales) ;
- 34 hommes tués (sur les 28 femmes ayant tué leur conjoint, 61 % étaient victimes de violence au sein du couple) et 12 victimes collatérales.

Il est à noter que 58 auteurs se sont suicidés ce qui porte à 252 le nombre total de décès des suites de violences au sein du couple en 2016^[6].

De plus, 38 enfants étaient présents au domicile dont 16 témoins des scènes de crime^[6].

En 2015, 68 enfants étaient présents sur la scène de crime (8 avaient donné l'alerte) et 96 enfants étaient devenus orphelins (19 de père et mère ; 66 de mère et 11 de père)^[7].

Le Dr Karen Sadlier indique que : « *Le fait d'avoir une figure d'attachement, de bien-être et de protection violentée par une autre figure censée être, elle aussi, une figure de protection est parmi les situations les plus traumatisantes pour un enfant. Pour les violences conjugales, on constate que 60 % des enfants présentent des troubles de stress post-traumatiques. C'est 10 à 17 fois plus de troubles comportementaux et anxio-dépressifs que pour la population enfantine en général. En cas de féminicide, le taux atteint 100 %* »^[8].

Ces enfants, en France, à ce jour, ne bénéficient d'aucune prise en charge pédopsychiatrique. Les professionnels de justice, de santé, de la protection de l'enfance sont démunis et non préparés à ces situations très particulières.

MOTS-CLÉS.

Féminicide. Impact psychologique. Mineurs. Services d'urgences. Aide sociale à l'enfance. Protocole.

UN PROTOCOLE SPÉCIFIQUE

À l'initiative d'Ernestine Ronai, responsable de l'observatoire des violences faites aux femmes de Seine-Saint-Denis, une étude locale sur les féminicides avait montré que, dans 50 % des cas de ces meurtres, les enfants étaient présents lors de la commission de l'acte et que, dans l'urgence, ils étaient confiés à un proche sans accompagnement spécifique ce qui donnait de grandes difficultés comportementales par la suite.

Devenue responsable ensuite de la M.I.P.R.O.F. (mission interministérielle pour la protection des femmes victimes de violence), M^{me} Ronai a engagé sur le sujet une réflexion pluridisciplinaire impliquant le Conseil général via l'observatoire, le parquet du tribunal de grande instance de Bobigny (Seine-Saint-Denis), les services de l'aide sociale à l'enfance de Seine-Saint-Denis, le service d'intervention spécialisé (S.I.S.) du C.E.D.E.F. (centre départemental de l'enfance et de la famille), le centre de psycho-trauma de l'institut de victimologie de Paris, les services de pédopsychiatrie, pédiatrie et des urgences de l'hôpital Robert Ballanger à Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis). Un protocole de prise en charge médicale systématique, expérimental et pilote en France, a été rédigé par tous les intervenants en novembre 2013 et mis en place en mars 2014 ^[9].

Le protocole consiste à hospitaliser sous X, tout enfant victime, témoin (présent au domicile) de féminicide ou d'homicide conjugal en Seine-Saint-Denis par une Ordonnance de placement provisoire de 3 jours (prolongeable jusqu'à 8 jours) prise par le parquet pour le confier à l'Aide Sociale à l'Enfance (A.S.E.) et à l'hôpital Robert Ballanger dans le service de pédiatrie, avec droits de visite réservés. L'enfant est accompagné depuis le lieu du crime jusqu'aux urgences de l'hôpital par des professionnels du S.I.S. (formés préalablement comme ceux des urgences et des services d'hospitalisation, les uns à l'extraction de la zone de crime avec des affaires indispensables aux enfants, les autres à l'accueil à l'hôpital).

Lors de son hospitalisation en pédiatrie, l'enfant est accompagné par « une grand-mère » professionnelle de l'enfance 24 heures/24, mandatée et formée par l'observatoire, qui assure une présence continue et rassurante pour l'enfant.

L'enfant sera pris en charge conjointement par les pédopsychiatres et les pédiatres, avec un bilan global et un compte rendu auprès de l'observatoire (plusieurs réunions de suivi et d'amélioration du protocole ont eu lieu par ailleurs). La prise en charge psychologique pourra se poursuivre au-delà de l'hospitalisation, l'hôpital devenant un lieu connu et sûr pour les enfants comme pour les accompagnants. L'A.S.E. et le parquet sont en charge des modalités d'accompagnement et de sortie de l'enfant en tenant compte de l'évaluation pédopsychiatrique en cours, les auditions éventuelles se feront au sein de l'hôpital et, si possible, enregistrées et filmées.

Le rôle de chacun des intervenants est particulièrement détaillé dans le protocole qui est à la disposition de toute structure qui voudrait le mettre en place, sachant qu'il devrait prochainement être repris par le parquet de Paris.

L'hospitalisation en pédiatrie permet de proposer un « sas » à l'enfant après le drame, de lui signifier la gravité de l'événement, d'inscrire des traces mnésiques autour de ce dernier.

Être témoin d'un féminicide dans un contexte de violences intrafamiliales doit être considéré comme le traumatisme le plus grave pour un enfant...

Le protocole a malheureusement été utilisé pour la prise en charge de cinq enfants; une fratrie de trois enfants (5 ans, 3 ans et demi et 2 ans et demi) témoins du double meurtre de leur mère et de leur grand-mère par leur père; un garçon de 3 ans présent quand sa mère a tué son beau-père; une fillette de 14 mois prise en charge hors protocole sans hospitalisation, non présente lors du meurtre de la mère par son père et hébergée chez la grand-mère paternelle.

La prise en charge de ces cinq enfants a fait l'objet d'une thèse par le docteur David Martinez « *Violences conjugales : l'enfant témoin de féminicide, spécificités cliniques et pédopsychiatriques à propos de cinq enfants* » soutenue à la Faculté de médecine de Paris ^[10].

Il en ressort que l'on distingue plusieurs types de traumatismes selon que l'enfant a été témoin ou pas, que les effets et le mode d'expression dépendent de son stade comportemental et de son histoire précoce. Être témoin d'un féminicide dans un contexte de violences intrafamiliales doit être considéré comme le traumatisme le plus grave pour un enfant, qui l'expose à un risque de complications psychopathologiques et développementales majeures d'autant que, sans prise en charge adaptée, le soutien familial et professionnel dysfonctionne fréquemment. Le pédopsychiatre a une triple mission d'évaluation, d'enveloppe et de thérapeute dans le chaos qui suit le drame.

Ce protocole a été, depuis, élargi à la prise en charge d'enfants témoins de tentative de féminicide ou d'homicide conjugal avec victime gravement blessée; une fratrie de trois enfants a pu en bénéficier.

CONCLUSION

Dans cette optique, la commission consultative des droits de l'homme (C.N.C.D.H.), dans son assemblée plénière du 26 mai 2016, a mis en place un groupe de travail sur les violences faites aux femmes et les féminicides ^[11] et la *Voix de l'enfant* a décidé de participer à ces travaux afin de faire valoir la nécessité d'une prise en charge et d'un accompagnement des enfants témoins d'un féminicide, en recommandant notamment l'application de la loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance, reconnaissant désormais le statut de victime à l'enfant témoin de violences ^[12].

Les professionnels de santé que nous sommes ne sont ni préparés ni suffisamment formés à la prise en charge de cette forme de violence ultime et à ses conséquences. Il semble indispensable que ce type de protocole s'applique au niveau national et qu'il y ait un retour d'expériences du fait du niveau de fréquence, de l'impact traumatique sur les professionnels de ces situations d'une rare violence, de la complexité des enjeux et du peu de données scientifiques dont on dispose pour optimiser la prise en charge des enfants dont on sait qu'ils présenteront tous un syndrome de stress post-traumatique et que l'hospitalisation immédiate par OPP permettra de gérer au mieux et au plus vite. •

RÉFÉRENCES

- [1] Collectif, Rey A, Verdier F. *Le Petit Robert de la langue française*. Le Robert, Paris, 2015.
- [2] Glossary of definitions of rape, femicide and intimate partner violence Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes 2017-06-06 ISBN 978-92-9493-759-9.
<https://publications.europa.eu/fr/publication-detail/-/publication/07fc474a-4b2b-11e7-aea8-01aa75ed71a1/language-en/format-PDF>
- [3] OMS, Organisation panaméricaine de la santé. Féminicide. 2012.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_38/fr/ Consulté le 25 novembre 2017.
- [4] Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide : a systematic review. *Lancet* 2013, 382 : 859-65
- [5] OMS. Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes. 2012
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/fr/ Consulté le 25 novembre 2017.
- [6] Ministère de l'intérieur/DGPN, DGGN, DaV. *Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2016*. <http://www.egalite-femmes-hommes.gouv.fr/wp-content/uploads/2017/09/Etude-nationale-sur-les-morts-violentes-au-sein-du-couple-annee-2016.pdf> Consulté le 25 novembre 2017.
- [7] Ministère de l'intérieur/DGPN, DGGN. *Étude nationale sur les morts violentes au sein du couple 2015*. 33 p. <http://www.interieur.gouv.fr/content/download/95814/748984/file...> Consulté le 25 novembre 2017.
- [8] Sadlier K. (sous la direction de). *L'enfant face à la violence dans le couple - 2^e éd.* Dunod, Paris, 2015.
- [9] *Dispositif expérimental pour la prise en charge des enfants mineurs lors d'un féminicide ou d'un homicide au sein du couple en Seine Saint Denis. Protocole de partenariat*.
http://www.seine-saint-denis.fr/IMG/pdf/protocole_20de_20partenariat_20-feminicide.pdf. Consulté le 25 novembre 2017.
- [10] Martinez D. « *Violences conjugales : l'enfant témoin de féminicide, spécificités cliniques et pédopsychiatriques à propos de 5 enfants* ». Thèse de médecine, 2016, Paris 11 Kremlin-Bicêtre
- [11] Commission consultative des droits de l'homme (C.N.C.D.H.). *Avis sur les violences contre les femmes et les féminicides*. Commission consultative des droits de l'homme (C.N.C.D.H.). Assemblée plénière du 26/05/2016. http://www.cncdh.fr/sites/default/files/160526_avis_sur_les_violences_aux_femmes_et_feminicide.pdf Consulté le 25 novembre 2017.
- [12] Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. JORF n° 0063 du 15 mars 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTXT000032205234&categorieLien=id> Consulté le 25 novembre 2017.

Le procès de la thalidomide d'Aix-la-Chapelle de mai 1968 demeure un massif impénétrable

PAR **JÉRÔME JANICKI**, DOCTEUR EN HISTOIRE DES SCIENCES DE L'EHESS, HISTORIEN DE LA MÉDECINE (D.U. PARIS DESCARTES) - LENS

Si durant le mois de mai 2018 la France a commémoré le souvenir des événements de mai 1968, l'Allemagne s'est souvenue du cinquantième anniversaire du procès de la thalidomide¹ d'Aix-la-Chapelle.

Revenons sur l'histoire du dossier car en Allemagne l'instruction du dossier fut très longue et prit beaucoup de temps. Saisi de 400 plaintes, le Parquet d'Aix-la-Chapelle consulta 29 experts, 352 témoins et un millier d'autres personnes avant de lancer en mars 1967, des poursuites contre neuf administrateurs et certains chercheurs de la Chemie Grünenthal, la société pharmaceutique qui produisit la thalidomide.

Les accusés avaient à répondre des chefs d'inculpation suivants :

- *Dommages corporels relatifs à des troubles nerveux causés à des adultes par le Contergan² d'abord par négligence, ensuite délibérément.*
- *Dommages corporels infligés par négligence, relatifs à la grossesse et des lésions embryonnaires ; homicide par négligence à l'égard d'enfants qui ont subi des lésions avant leur naissance du fait de l'absorption par la mère de Contergan, lésions ayant par la suite provoqué la mort et violation de la législation sur les produits pharmaceutiques.*

L'acte d'accusation qui porte la référence 4-JS-987-61 fournit de très précieuses informations. Signalons d'abord les accusés qui étaient présents dans le box. Il y avait Hermann Wirtz, le docteur Heinrich Mückter, Jacob Chauvistre, Klaus Winandi, le docteur Gotthold Erich Werner, le docteur Günter Sievers, le docteur Heinz Wolfgang Kelling et le docteur Hans Werner von Schrader-Beielstein.

Chaque accusé encourait un maximum de cinq ans de prison. Ensuite, la justice savait, dès le début du procès, que l'affaire de la thalidomide en Allemagne ne serait pas tranchée si rapidement que cela car le dossier n'était pas facile à instruire. Il suffit de citer les doutes émis par certains scientifiques comme la déclaration du professeur Heinz Weicker qui annonçait, dès août 1962 en Allemagne de l'Ouest, que d'autres médicaments pourraient être mis en cause dans les milliers de malformations constatées. Il ne s'agissait pas seulement d'étudier la complexité des cas d'enfants difformes, mais aussi d'entendre nombre de patients atteints de problèmes aux nerfs.

LE 27 MAI 1968

Le procès s'ouvrit en Allemagne le 27 mai 1968 à Alsdorf sous la présidence de Peter Weber. Après quelques minutes de présence, la presse venue en nombre quitta la salle. Précisons que l'ouverture du procès fut couverte par toute la presse et notamment par Fritz Pleitgen, le célèbre journaliste scientifique allemand de la

1. La thalidomide est un tranquillisant qui, administré aux femmes enceintes de 1958 à 1962, causa la naissance de milliers d'enfants difformes.
2. Le Contergan est le nom donné à la thalidomide en Allemagne.

chaîne allemande WDR. Dès le début, les coups de théâtre s'enchaînèrent. Par exemple, la mémoire allemande a conservé de ce procès le souvenir d'un vol très circonstancié : quelques semaines après l'ouverture du procès d'Aix-la-Chapelle, les nombreuses fiches et les importants dossiers que possédait le docteur Horst Frenkel de Bonn, célèbre pour ses interventions en faveur des victimes, disparurent lors d'un cambriolage.

Cependant, le procès se poursuivit. En août 1968, le docteur Widukind Lenz réaffirma au tribunal que la thalidomide était la vraie coupable de malformations et que ceux qui disaient que la thalidomide empêchait l'avortement naturel des fœtus déformés plutôt que de provoquer les malformations étaient dans l'erreur³. Le 14 août 1968, le docteur Lenz présenta à la cour les résultats de ses expérimentations sur les animaux qui montrèrent des malformations caractéristiques à la thalidomide.

Le mois suivant, en septembre 1968, le professeur Erich Blechschmidt, de l'université de Goettingen, le premier témoin de la défense, déclara : « *d'un point de vue embryologique, on ne peut assumer que la thalidomide soit la cause des malformations* », et il ajouta : « *il y a un manque complet d'informations sur le mode d'action de la thalidomide sur le fœtus et les théories sur les malformations qu'elle cause sont prématurées et de pure spéculation* »⁴.

Après un an et demi de débat, le procès s'essouffla et finalement, le 26 janvier 1970, la société allemande accepta de verser vingt-huit millions de marks aux victimes.

Près de 1 200 familles sur 2 000 acceptèrent l'offre. Un porte-parole déclara à cet instant : « *Ce que nous voulons dans cette situation, c'est la paix* ». De plus, l'acte de mise de fin du procès indiquait : « *Une évaluation correcte et raisonnable des faits a permis à la Chambre de conclure que la thalidomide est la cause des malformations* ».

Les décennies qui suivirent furent ponctuées de nombreuses interprétations de ce procès, tant de la part des dirigeants de la société Grünenthal que de la part des médias. En novembre 2007, répondant au magazine *Bild*, Sébastien Wirtz, le directeur de la Grünenthal, expliquait que si la société avait mis dix ans pour indemniser les victimes c'était simplement pour ne pas risquer que l'on interprète cet empressement comme un aveu de culpabilité⁵.

18 DÉCEMBRE 1970

Deux actes ont finalement suffi à la justice pour régler cette histoire : après deux ans d'analyses, de débats et d'instructions très coûteuses, le procès se referma précipitamment le 18 décembre 1970 par le versement de 100 millions de DM. Un retour rapide sur cette époque est possible en consultant les photographies du procès disponibles sur le site www.n-tv.de. On y retrouve la mise en accusation des dirigeants de la société ou le cliché de la fin du procès en décembre 1970 avec des clichés du docteur Günther Sievers et du docteur Heinrich Mückter.

3. Il faisait référence au docteur londonien Hellmann qui maintint sa théorie.

4. Il est désormais important pour l'Histoire que les débats soient traduits en français et étudiés par des historiens du droit.

5. On retrouve dans les archives de la chaîne néerlandaise *Nova TV* à la date du 25 juillet 1968, un programme intitulé « *1968 : de gevolgen van Softenon* » (Les effets de la thalidomide).

Une évaluation correcte et raisonnable des faits a permis à la Chambre de conclure que la thalidomide est la cause des malformations.

ENTRE-TEMPS EN GRANDE-BRETAGNE...

En Grande-Bretagne, si l'on excepte les procès initiés par des particuliers, l'essentiel des compensations a été versé après de longues négociations. Les circonstances expliquaient parfois les actions en justice. La première en Grande-Bretagne fut lancée par Pat Lane, mère d'une petite fille née à huit mois avec de graves malformations en août 1962. L'éventualité de procès interminables, trop souvent envisagée, poussa de nombreuses familles à trouver des accords à l'amiable. Les détails de ces conciliations sont publiés dans la presse britannique de l'époque et souvent bien renseignés. Par exemple, le 19 février 1969, le quotidien italien *La Stampa* annonçait que la société Distillers avait conclu un accord avec 62 parents de jeunes victimes britanniques dont l'identité resta secrète. Le point d'aboutissement de cette affaire n'est pas connu : le montant des versements est resté secret à cette date, mais une information au demeurant mineure indiquait que les compensations avaient été proportionnelles au handicap de l'enfant. Néanmoins, il ressort des enquêtes que les dommages et intérêts avaient été très élevés et que les frais engagés par les familles avaient été remboursés. L'avocat des plaignants déclara : « *Il serait fou de ne pas accepter* ». Plus encore, il y avait dans l'esprit des familles, l'idée qu'un procès n'apporterait aucune indemnisation. Si l'on se fonde sur les archives, il semble que les victimes reçurent 16 000 livres chacune ou 16 200 livres selon le journal britannique *Felix* de l'Imperial College Union du 5 décembre 1972. Par la suite, les 348 autres victimes reçurent des compensations oscillant entre 250 000 livres et 3 000 000 livres.

C'est à partir de ce moment que commença la grande bataille contre la société Distillers qui vendit la thalidomide, d'une part parce que de nombreux pubs promirent de ne plus acheter les alcools à la Distillers et, d'autre part, parce que Ralph Nader annonça que ses produits allaient être boycottés aux États-Unis. Cette dernière menace compromettrait 30 % des ventes du groupe. Après l'affaire du *Sunday Times* au début des années 1970, les rédacteurs du journal *Felix*, la voix des étudiants de l'Imperial College de Londres encouragèrent le boycott des produits de la Distillers' Company Ltd (DCL).

En Grande-Bretagne, le problème crucial était aussi de savoir comment indemniser des jumeaux difformes. On a vu en juillet 1969, la Haute cour de justice de Londres verser 20 800 livres de dommages à deux enfants ayant des malformations. Le juge Raymond Hinchecliffe condamna la Distillers Company Biochemicals Ltd à verser 124 800 livres sterling au premier enfant né sans bras et sans jambes et 12 800 livres sterling au second né sans bras.

Finalement, en janvier 1973, la société qui fabriqua la thalidomide en Grande-Bretagne accepta d'indemniser les victimes ce qui ne s'était jamais vu auparavant. Avec l'entrée de la Grande-Bretagne dans l'Europe, la Distillers allait réaliser

de grands bénéfiques et, de fait, elle chercha à redorer sa respectabilité. Mais loin d'apaiser les esprits, lorsque la Distillers envoya les premiers chèques de compensation aux familles britanniques, le conseiller de la société pharmaceutique, M. Wilmer, redit que le fabricant n'acceptait pas que l'on dise qu'il avait été négligent dans la production de la thalidomide.

Il en fut de même en Asie. Au Japon, M. Nishida, l'avocat des victimes japonaises de la thalidomide, attaqua la Dai Nippon Company et le ministère japonais de la Santé servit d'expert devant le tribunal du district de Tokyo. Un accord final intervint à Tokyo pour 39 familles le 26 octobre 1974. Dans les autres villes du Japon comme à Kyoto, à Osaka, à Nagoya, à Gifu, à Okayama, à Hiroshima et à Fukuoka, des accords similaires intervinrent. Il faudrait encore mentionner, pour être complet, l'accord final trouvé au Japon. Éric A. Feldman dans l'article « *Law, society and medical malpractice litigation in Japan* » (Washington University Global Studies Law Review, 8 : 257, 2009, p 280) indiquait « *En 1995, 1 714 demandes d'indemnisations de victimes de la thalidomide ont été payées pour un total de quarante millions de dollars* ».

RETOUR EN ALLEMAGNE

La RFA sortit exsangue des années thalidomide. Fut-elle victime des manquements des autorités qui semblent avoir eu de profondes réticences à appliquer les règles existantes ? Certainement. Après la signature du *Traité de Rome* le 25 mars 1957 qui instituait la Communauté européenne, l'Allemagne aurait dû mettre en place une législation sur les médicaments, or ce n'est que le 24 août 1976 qu'elle mit en place ce texte obligeant les fabricants à prouver que les médicaments produits par les industries pharmaceutiques n'étaient pas dangereux.

Le site Internet du Sénat français rappelle que : « *La loi allemande, adoptée en 1976 après l'affaire de la thalidomide, est entrée en vigueur en 1978 (1^{er} janvier). Elle prévoit l'indemnisation des victimes d'atteintes physiques graves causées par des médicaments dans deux cas : 1. lorsque les effets secondaires néfastes d'un médicament ont leur source dans sa composition ou dans sa fabrication et qu'ils dépassent ce qui est acceptable compte tenu des connaissances scientifiques du moment ; 2. lorsque la survenance du dommage résulte d'informations déficientes. Si la victime parvient à établir un de ces deux faits, la responsabilité de la société sous le nom de laquelle le médicament est commercialisé est engagée car la loi ne reconnaît pas la défense fondée sur les risques du développement. La victime peut alors obtenir la réparation financière des frais directement causés par le dommage. C'est pourquoi les entreprises pharmaceutiques ont l'obligation législative d'être assurées ou cautionnées par une banque allemande* ».

En 1991, l'article intitulé « *L'adoption de la directive du 25 juillet 1985 sur la responsabilité du fait des produits défectueux en Allemagne fédérale* » de Ingeborg Schwenzer publié dans le volume 43 de *La revue internationale de droit comparé* ajoutait : « *La notion de l'état des connaissances scientifiques et techniques au moment de la mise sur le marché n'entre pas en ligne de compte [...]* ».

UN DOUX RÊVE : LA MISE AU POINT D'UNE THALIDOMIDE INOFFENSIVE

Ce n'est pas un artifice que de dire que les scientifiques rêvèrent de mettre au point une thalidomide inoffensive.

En matière artistique, les artistes peintres victimes de la thalidomide sont très appréciés tant par le public que par les professionnels et peuvent compter sur le soutien des galeries.

Déjà en 1973, Berndt Hagström, de la compagnie pharmaceutique suédoise Kabi, lui avait consacré une grande étude. Les chercheurs essayèrent de créer un sédatif à base de thalidomide non toxique, mais ce fut un échec. Ils firent en revanche une découverte publiée dans le *New Scientist* du 18 août 1983 : « *Hagström employa les nouveaux standards connus sous le nom de test d'Ames permettant de déterminer le potentiel mutagène d'un composé chimique. Le test montra que la thalidomide était un mutagène.* » Les scientifiques de l'université John Hopkins contestèrent cependant les résultats de Berndt Hagström.

Un autre coup de projecteur sur les travaux de l'équipe du professeur français Franck Lebrun montre qu'elle a approfondi l'étude de la thalidomide pour mieux comprendre le mécanisme par lequel elle exerce ses effets sur les vaisseaux sanguins. Le résultat des travaux fut publié dans la revue *Nature Medicine* et ils reçurent les honneurs du Collège de France qui les publia dans *La lettre du Collège de France* (juillet 2010, 29, pp 8-9).

LE CERCLE DES VICTIMES ALLEMANDES DE LA THALIDOMIDE. QUE SONT-ILS DEVENUS ?

Les victimes allemandes présentent la singularité d'être si nombreuses qu'il est difficile de retracer la destinée de chaque individu. Des initiatives furent trouvées pour venir en aide aux victimes. Ainsi, en mars 2011, à Cologne en Rhénanie du Nord Westphalie, un projet de deux ans fut initié pour la création d'un système d'assistance professionnel : le réseau « *Peer-to-Peer* ». Ainsi, les victimes allaient s'appuyer les unes sur les autres pour partager leurs expériences. Le but était que chaque victime puisse revivre d'une manière totalement autonome.

Avec Thomas Quasthoff, l'Allemagne abrite le plus célèbre baryton de la scène classique. Matthias Berg, un autre grand musicien allemand, victime de la thalidomide, a remporté de très nombreux prix internationaux. En matière artistique, les artistes peintres victimes de la thalidomide sont très appréciés tant par le public que par les professionnels et peuvent compter sur le soutien des galeries. Antje Kratz, la célèbre artiste peignant avec ses pieds, née le 25 septembre 1961 à Francfort, en est un exemple parmi des dizaines d'autres. Ceci étant, il ne faut pas oublier de citer ceux qui font l'acteur comme le thalidomien Frank Grabski qui a joué en 2002 dans le film « *Verrückt nach Paris* » de Ayhan Salar.

De nombreuses victimes allemandes battent en brèche les avis de ceux qui distillent des stéréotypes et des clichés sur leur capacité en sport. Elles prennent leur temps pour révéler leurs qualités et leurs capacités physiques, mais en tout état de cause elles y parviennent et montent sur les plus hautes marches des podiums. C'est le cas de la championne paralympique allemande Bettina Eistel. Elle s'occupe

HISTOIRE

de ses chevaux avec ses pieds et surtout de son cheval fétiche Fabuleax 5. Grâce aux conseils de son entraîneur, Franz-Martin Stankus, elle est championne d'Europe et du monde d'équitation.

LES VICTIMES ALLEMANDES DE LA THALIDOMIDE S'ORGANISENT

L'Allemagne détient le record du nombre d'associations de victimes de la thalidomide : il y en a dix au niveau national et 26 sections au niveau local. Les dix regroupements nationaux sont :

- L'association *Hilfswerk für Contergangeschädigte E.V. Hamburg* (HICOHA). Cette association compte 170 adhérents et rassemble des personnes des Länder de Hambourg et du Sleswig-Holstein.
- La *Conterganverband Berlin/Brandenburg* installée à Berlin.
- L'*Interessenverband Contergangeschädigter Niedersachsen* de Hanovre.
- L'*Interessenverband Contergangeschädigter Nordrhein-Westfalen* de Cologne.
- La *Hilfswerk für Contergangeschädigte e. V. Bremen-Unterweser* de Barnstorf.
- La *Hilfswerk für Contergangeschädigte e. V. Rheinland-Pfalz* de Coblenze.
- La *Contergangeschädigte Hessen e. V.* à Rüsselsheim.
- La *Landesverband der Contergangeschädigten Pfalz-Saar* à Neustadt.
- La *Hilfswerk für Gliedmassengeschädigte Bayern* à Munich.
- La *Landesverband Contergangeschädigter Baden Württemberg* de Allmendingen.

Les 26 autres sections sont installées à Willebaldessen, Wuppertal, Bochum, Essen, Borchen, Rösrath, Remagen, St Augustin, Swisttal, Neuwied, Braunschweig, Betzdorf, Ense, Stuttgart, Sigmaringen, Pforzheim, Weingarten, Michelbach, Munich et Wertheim-Dietenhan. Nichées au creux de toutes les régions, elles se retrouvent toutes et partagent grâce au site Internet www.contergantreff.eu. Le grand intérêt du site Internet repose sur son forum ouvert aux victimes de la thalidomide et à leurs amis ⁶.

DES COMPENSATIONS QUI SONT AJUSTÉES AVEC LE TEMPS

La vie des victimes allemandes fut aussi sans cesse habitée de manière aiguë par cette quête de financements. En replaçant l'histoire des pensions dans la continuité historique, cela donne la chronologie suivante :

- Dès 1997, les pensions des victimes allemandes étaient assurées par le budget fédéral.
- Puis, la loi fédérale du 1^{er} juillet 2008 institua une augmentation des pensions des victimes de 5 % et à partir de cette date le versement minimal s'élevait à 242 euros et le maximum à 1 090 euros (BGBl I S 1078).
- Une nouvelle loi en date du 25 juin 2009 (BGBl I S 1534) évoquait d'autres primes annuelles variant de 460 euros à 3 680 euros en fonction de la gravité du handicap. Le financement en est assuré par un versement supplémentaire de 50 millions d'euros versés par la Grünenthal GmbH.

- Des ajustements sont prévus en fonction de l'évolution du régime légal. Ainsi, en 2009, une loi a été votée au Parlement allemand pour rééquilibrer les pensions octroyées aux victimes. Le docteur Kolb (FDP), député au Bundestag, déclara qu'il était temps que les ajustements soient faits pour combler l'inflation et les dépréciations qui ont érodé les pensions. Désormais des ajustements périodiques devront être effectués et pour l'heure le travail est réalisé pour les vingt-cinq prochaines années ⁷.

CONCLUSION

Après des décennies de lutte, en novembre 2010, dans le monde des victimes allemandes de la thalidomide, un changement se produisit dans la façon de revendiquer. En effet, sur le thème « *La réussite a de nombreux visages* » une cinquantaine de victimes se rendirent directement en voiture au domicile de la famille Wirtz et à la fabrique Grünenthal de Stolberg. Cette nouvelle méthode audacieuse suscita des réactions et s'explique par leur besoin de durcir la lutte. Estimant que la famille Wirtz se moquait totalement de l'aspect moral de la catastrophe, elles décidèrent de ne plus respecter l'espace privé de la famille. Andreas Meyer, le président de la BCG, déclara à la presse : « *Nous sommes amers face à ce domaine alors que la plupart des victimes vivent dans des logements publics* » ⁸.

Vers le même temps, les victimes allemandes opérèrent une seconde révolution. En janvier 2011, quelques associations allemandes de victimes se groupèrent pour faire connaître leur intention de demander de nouvelles indemnisations au moment où leurs revenus ne leur permettaient plus de vivre une vie indépendante. Cette union s'explique simplement, comme l'indiquait Christian Stürmer, le président du CND (Conterganetzwerkes Deutschland) d'Ostfildern : « *Nous voulons être forts* ». La nouvelle association représente actuellement les deux tiers des victimes allemandes.

Si nos observations sont justes, la « rébellion » des victimes s'explique simplement : le montant des sommes versées avait été décidé en 1970 lorsque tous pensaient que les victimes de la thalidomide auraient une espérance de vie courte. Or, elles sont désormais presque sexagénaires et les versements sont devenus insuffisants. De fait, en Allemagne, de nouvelles actions sont lancées par des victimes de la thalidomide. •

6. En Autriche, l'association *Selbsthilfegruppe des Contergan und Thalidomidgeschädigten Österreichs* (Groupe d'entraide de la thalidomide et des thalidomidiens d'Autriche) joue la carte de l'exploitation intelligente de l'expérience des thalidomiens autrichiens. L'association est née en 2008 après la diffusion à la télévision du film allemand sur la thalidomide « *Nur eine einzige Tablette* ». La première réunion du groupe d'entraide eut lieu le 8 décembre 2010 à Vienne et la nouvelle équipe se compose de Michaela Moik, Helga Napetschnig, Shoshana Duizend-Jensen et Anita Langmann. La porte-parole, Shoshana Duizend-Jensen, accorda un entretien le 25 mai 2010 au site Internet autrichien *Bizeps Info Newsletter* et déclara que très longtemps les adultes de la thalidomide en Autriche sont restées isolées sans se déclarer d'autant que certaines ne connaissaient pas l'origine de leurs malformations. Après avoir musardé quelque temps, l'association a pu rencontrer en novembre 2009 le ministre fédéral Stoger Alois, ce qui permit de mettre en perspective les événements advenus depuis 1960.

7. Le nouveau fonds est géré par un conseil d'administration qui se compose de cinq à sept membres dont trois sont nommés par le ministère fédéral de la Famille, des personnes âgées, des femmes et des jeunes en accord avec le ministère fédéral du Travail et des affaires sociales. Le mandat des membres du conseil d'administration est de cinq ans, ils sont bénévoles, mais peuvent se faire rembourser leurs frais.

8. Déjà en juillet 2010, les victimes s'étaient engagées à boycotter les produits du groupe Dalli dans l'ensemble du territoire allemand.



ERRATUM

Les informations sur le livre "Accoucher" d'Yvonne Knibiehler, faisant l'objet d'un article dans le N° 479 des D.O. (Avril 2018), pages 30-33, étaient inexactes. Les informations à prendre en compte sont reproduites ci-contre. Nous vous prions de nous excuser de cette erreur.

Presses de l'EHESP

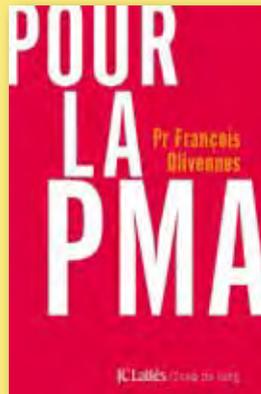
204 Pages - Prix: 22 €

Format: 160 x 240 mm

Parution: août 2016

ISBN: 978-2-8109-0448-8

<https://www.presses.ehesp.fr/produit/accoucher/>



Éditions JC Lattès

152 Pages - Prix: 9 €

Format: 120 x 190 mm

Parution: 2 mai 2018

EAN: 9782709662574

<http://m.editions-jclattes.fr>



Éditions JC Lattès

304 Pages - Prix: 28 €

Format: 140 x 220 mm

Parution: 19 avril 2018

EAN: 9782749258232

www.editions-eres.com

POUR LA PMA

PR FRANÇOIS OLIVENNES

En trente ans, les possibilités de la PMA se sont développées au-delà de ce qu'avaient pu imaginer les pionniers de ce domaine. En marge de la majorité des demandes, provenant de couples stériles, d'autres ont vu le jour, plus contestées: celles des femmes homosexuelles et des femmes seules, qui souhaitent bénéficier de l'insémination avec donneur de sperme, ou encore congeler leurs ovocytes pour plus tard.

C'est l'exaspération devant certains leaders d'opinions, politiques, philosophes, psychanalystes hostiles à la PMA – qui entendent réguler la vie des autres en brossant un portrait caricatural des candidates aux nouvelles formes de procréation et des risques pour leurs enfants – qui m'a donné envie de rapporter les faits, rien que les faits.

Il est temps que la France, très en retard sur de nombreux autres pays, se mette au diapason de l'évolution de la société, du couple et de la famille, et accepte ces nouveaux modes de procréation. Car le développement harmonieux de ces enfants dépend aussi de la façon dont ils seront accueillis dans notre société.

Il est temps d'arrêter d'imposer aux femmes de courir l'Europe pour bénéficier de ce qu'on leur refuse dans leur pays d'origine, au prix d'un stress démultiplié et d'une sélection par l'argent inacceptable. Faisons place enfin à une valeur fondamentale de toute démocratie digne de ce nom: la tolérance. C'est la souffrance de ces femmes que je rencontre et que j'essaie d'aider qui m'amène à crier haut et fort à tous ces opposants à la procréation moderne: ça suffit, foutez leur la paix!

LE BÉBÉ ET SON BERCEAU CULTUREL

L'observation du bébé selon Esther Bick dans différents contextes culturels

ROSELLA SANDRI

Depuis 2008, des professionnels de la petite enfance du Sénégal se sont formés à la méthode d'observation du bébé selon Esther Bick, dans l'objectif de mieux connaître le développement psychique précoce et d'améliorer les soins qui sont apportés aux mères et aux bébés dans un contexte de mortalité infantile élevée. De cette confrontation entre une méthode « occidentale » et la culture africaine, est né un questionnement original sur l'importance du berceau culturel qui accueille tout bébé à sa naissance et sa prise en compte dans les contextes thérapeutiques.

Les auteurs, professionnels sénégalais et psychanalystes issus de différents pays, rendent compte de leurs expériences et de leurs élaborations. Ils construisent une base clinique et conceptuelle utile pour mieux entrer en contact et mieux communiquer avec les différents groupes culturels dans nos sociétés actuelles, où la solitude des parents laisse une place plus importante aux professionnels, qui deviennent parfois les substituts du cercle familial élargi.

● 6-7-8 JUILLET 2018

REIMS

15^e Congrès national de l'Association Nationale des Étudiants Sages-femmes

fr-fr.facebook.com/AnesfSageFemme

AnesfSageFemme

● 27-28 SEPTEMBRE 2018

PARIS 3^e

Journées du Sénopôle Saint-Louis - Territoire Nord

eska.fr

● 14-15 SEPTEMBRE 2018

MARSEILLE

8^{es} Rencontres à Deux Mains

ra2m.fr

● 4-5-6 OCTOBRE 2018

PAU

Congrès INFOGYN

congres-infogyn.com

● 10-11-12 OCTOBRE 2018

LYON

34^{es} Journées d'Études des Sages-Femmes Coordinatrices

www.ansfc.fr

● 15 NOVEMBRE 2018

PARIS

Journée Mondiale de l'Acupuncture Maison de l'UNESCO

wad-o.com

● 16-17 NOVEMBRE 2018

PARIS 15^e (UIC-P)

46^{es} Journées Jean Cohen

eska.fr

● 16-17 NOVEMBRE 2018

PARIS

Congrès International de l'acupuncture - WSCDA (Cité des Sciences, Paris)

cerc-congres.com

● 24 NOVEMBRE 2018

PARIS

Les Rencontres de Port-Royal

relations-medicales.com

● 4-5 FÉVRIER 2019

ISSY LES MOULINEAUX (92)

Journée à thème du Collège National des Sages-Femmes de France

cerc-congres.com

LES DISPOSITIFS INTRA-UTÉRINS

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME

Les DIU sont des méthodes contraceptives de longue durée, 3 à 10 ans selon les modèles. Ils sont utilisés par 22,6 % des femmes.

L'indice de Pearl d'un DIU au cuivre est de 0,6 % et de 0,2 % pour le DIU hormonal.

Le DIU au cuivre peut aussi être utilisé en contraception d'urgence jusqu'à 5 jours après un rapport sexuel à risque de grossesse.

La consultation préalable permet une décision du choix du modèle. Elle permet aussi de vérifier que les différents dépistages soient à jour et de dépister les IST.

La taille du DIU peut être standard si la hauteur de l'utérus est > ou égale à 7 cm ou courte, plus souvent utilisé chez les nullipares.

Trois formes existent :

- **En Y**, avec les bras repliés vers le haut dans le tube inserteur,
- **En T**, avec les bras repliés vers le bas,
- **En Omega**, qui n'entre pas dans le tube inserteur.

LES CONTRE-INDICATIONS DU DIU

- **Les antécédents ou l'existence de pathologies** (dont certaines anomalies) utérines ou trophoblastiques ;
- **Les pathologies génitales ou pelviennes en cours**, (saignements vaginaux/génitaux inexplicables, cancers, anomalies morphologiques, maladie inflammatoire) ;
- **Diverses situations à risque infectieux** (MST, infection génitale haute...) ;
- **Hypersensibilité à l'un des composants**
- **Post-partum immédiat** (entre 48 heures et 4 semaines) ;
- **Grossesse suspectée ou avérée** ;
- **Immunosuppression sévère.**

► **Pour le DIU au cuivre, en plus :** Maladie de Wilson.

► **Pour les DIU hormonal au lévonorgestrel, les quelques contre-indications inhérentes à l'utilisation d'un progestatif sont également à prendre en compte :** thrombose veineuse profonde/embolie pulmonaire évolutive, migraine avec symptômes neurologiques, tumeur hormono-dépendante, affections hépatiques aiguës ou tumeur hépatique, cardiopathie ischémique actuelle.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

- Simplicité et longue durée d'action
- Confort
- Saignements irréguliers
- Ménorragies et hyperménorrhées pour les DIU au cuivre

- Le DIU hormonal peut provoquer les mêmes effets secondaires que les contraceptifs contenant des progestatifs : aménorrhées, acné, mastodynies, céphalées.

TECHNIQUES DE POSE

► Matériel

Les DIU cuivre sont fournis avec un hystéromètre ou un kit de pose. Sinon, il faut : des gants, un spéculum, des ciseaux Sims, et une pince de pozzi, un hystéromètre.

- Réaliser éventuellement une désinfection vaginale ;
- Prendre le col avec une pince de Pozzi et effectuer une traction sur l'utérus pour l'horizontaliser ;
- Mesurer la taille de l'utérus ;
- Placer la bague sur le tube inserteur au niveau de la mesure trouvée ;
- En maintenant la traction sur l'utérus avec la pince, introduire le tube inserteur avec le poussoir par le canal cervical jusqu'au fond utérin (bague en butée sur le col) ;

- Maintenir le poussoir d'une main puis avec l'autre maintenir la pince et reculer le tube inserteur d'un cran le long du poussoir ;

► **Pour les DIU en Y**, repousser l'ensemble jusqu'au fond utérin et reculer le tube inserteur d'un deuxième cran le long du poussoir ; retirer le matériel et couper les fils.

► **Pour les DIU Omega**, il n'y a pas de poussoir. Après les premières étapes et avoir introduit le tube inserteur jusqu'à la bague, le retirer et couper les fils.

► **Pour les DIU hormonaux**, l'insertion se fait avec une main à l'aide d'un curseur serti au tube inserteur et couissant sur une poignée attachée au poussoir.

RISQUES LIÉS À LA POSE

- 1 à 2 % de perforations utérines sans complications graves douleur ;
- Réactions vaso-vagales ;
- 5 % de risques d'expulsion, en particulier dans les premiers mois ;
- 0,5 % d'infections génitales hautes, rapportées dans les 3 premiers mois après la pose.

CONTRÔLE ET SUIVI

Contrôle clinique après les règles suivantes ou 3 à 6 semaines après l'insertion. L'échographie n'est justifiée que si les fils ne sont plus visibles.

PRIX

- DIU cuivre : 30,50 euros remboursé 60 % par la CPAM ;
- Le DIU hormonal coûte entre 101,13 € et 111,87 € suivant la marque, remboursé à 65 % par la CPAM, gratuit pour les mineures.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 16.05.18

Agnès Buzyn se félicite d'une nouvelle étape pour mieux soutenir les fumeurs dans leur démarche d'arrêt : deux traitements de substitution nicotinique sont désormais remboursables

Contre le fléau du tabagisme, Agnès Buzyn poursuit le combat qu'elle porte depuis toujours et se félicite de cette nouvelle étape pour le soutien de ceux qui souhaitent arrêter de fumer.

Cette mesure du Plan Priorité Prévention présenté le 26 mars 2018 avec le Premier ministre vient compléter celles déjà prises, comme l'augmentation du prix des produits du tabac. Deux premiers traitements de substitution nicotinique sont désormais remboursables par l'assurance maladie : des « gommes à mâcher », depuis le 22 mars 2018 et des « patches », depuis le 16 mai 2018.

Cette prise en charge permet à tous les patients l'accès à ces traitements de substitution, y compris aux plus modestes. Elle permet, en effet, de supprimer l'avance de frais systématique et d'avoir le même tarif pour un même produit sur tout le territoire, tout en permettant une durée de traitement adaptée à la dépendance.

À titre transitoire, le forfait d'aide au sevrage de 150 euros par an et par assuré sera maintenu jusqu'à la fin de l'année 2018.

L'objectif d'accompagner les fumeurs dans l'arrêt du tabac est un engagement fort et constant des pouvoirs publics. Il s'appuie sur des actions de prévention et de soutien emblématiques telles que l'opération « Mois sans Tabac », l'augmentation des prix du paquet de cigarettes et de tabac à rouler et sur le soutien quotidien des fumeurs par les professionnels de santé dans l'aide au sevrage tabagique.

La France compte plus de 13 millions de fumeurs quotidiens et le tabac est une source majeure de cancers, maladies cardio-vasculaires et d'insuffisance respiratoire. Faire progresser la part des fumeurs qui réussissent à arrêter, aider à multiplier les tentatives de sevrage, et ce, dans toutes les tranches d'âges et catégories sociales, constitue l'un des défis majeurs de la lutte contre le tabac des prochaines années. L'évolution qui se concrétise aujourd'hui contribue à relever ce défi.

« Soutenir les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer est un impératif, ils sont victimes du tabac. Mon engagement dans la lutte contre le tabac est entier et ne faiblira pas. » rappelle Agnès Buzyn.

PLUS D'INFORMATIONS

<http://solidarites-sante.gouv.fr>

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 11.05.18

Agnès Buzyn annonce la mise en place d'un troisième programme national de dépistage : le dépistage du cancer du col de l'utérus

Comme elle s'y était engagée en mars 2018 dans le cadre des Priorités de Prévention et conformément aux préconisations du plan cancer 2014-2019, Agnès Buzyn annonce la mise en place d'un troisième programme national de dépistage organisé du cancer : le dépistage du cancer du col de l'utérus. Chaque femme de 25 à 65 ans va désormais bénéficier d'un dépistage régulier du cancer du col utérin. Les femmes qui n'ont pas réalisé de frottis du col de l'utérus dans les trois années précédentes vont être invitées, par courrier, à se rendre chez un médecin ou une sage-femme pour effectuer l'examen. Ce frottis sera pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

Plus de 1 100 femmes meurent chaque année de ce cancer, l'un des seuls pour lequel le pronostic se dégrade en France, avec un taux de survie à 5 ans après le diagnostic qui s'est réduit de 68 % en 1989-1993 à 62 % en 2005-2010.

Près de 3 000 cas de cancers du col utérin sont diagnostiqués chaque année. Beaucoup de femmes ne bénéficient actuellement pas de ce dépistage, principalement dans les populations les plus vulnérables. Pour ce cancer, le niveau socio-économique a un impact démontré sur la mortalité.

Pour prévenir le cancer du col de l'utérus, des moyens importants ont été mis en œuvre :

- un examen de dépistage, le frottis du col de l'utérus, à partir de 25 ans, qui permet de dépister des lésions précancéreuses et des cancers à un stade permettant plus facilement la guérison ;
- un vaccin avant 19 ans contre le principal facteur de risque de ce cancer, le papillomavirus.

Ce programme de dépistage organisé est le troisième programme de dépistage organisé de cancers en France. En effet, pour certains cancers, un dépistage avant l'apparition de symptômes est possible et permet même parfois de détecter et de traiter des lésions précancéreuses. Deux programmes existent déjà :

- le programme de dépistage du cancer du sein qui s'adresse aux femmes entre 50 et 74 ans, depuis 2004 ;
- le programme de dépistage du cancer colorectal qui s'adresse aux femmes et aux hommes entre 50 et 74 ans, depuis 2009.

Les bénéfices attendus en termes de santé publique sont importants : des lésions diagnostiquées plus tôt, ce sont des traitements moins lourds et des cancers évités.

PLUS D'INFORMATIONS

<http://solidarites-sante.gouv.fr>

Arrêté du 13 avril 2018 portant suppression de l'École universitaire de maïeutique Marseille-Méditerranée

La ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, Vu le code de l'éducation, notamment son article L. 713-1 ; Vu l'arrêté du 25 septembre 2013 modifié relatif aux instituts et écoles internes et regroupements de composantes des établissements publics à caractère scientifique, culturel et professionnel relevant du ministre chargé de l'enseignement supérieur ; Vu l'avis du comité technique de l'université Aix-Marseille en date du 19 décembre 2017 ; Vu la délibération du conseil d'administration de l'université Aix-Marseille en date du 19 décembre 2017 ; Vu l'avis du Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche en date du 20 mars 2018,

ARRÊTE :

Article 1 ▶ L'école interne dénommée « l'École universitaire de maïeutique Marseille-Méditerranée » au sein de l'université Aix-Marseille est supprimée.

Article 2 ▶ L'article 13 de l'arrêté du 25 septembre 2013 susvisé est abrogé.

Article 3 ▶ Le recteur de l'académie d'Aix-Marseille, chancelier des universités et le président de l'université Aix-Marseille sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

NOR : ESR51809467A - ELI : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/4/13/ESR51809467A/jo/texte>

Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 1411-6 et L. 1411-7 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 160-8 et R. 160-8 ;

Vu l'arrêté du 29 septembre 2006 modifié relatif aux programmes de dépistage organisé des cancers ;

Vu la délibération de la Commission nationale de l'informatique et des libertés n° 2017-215 du 13 juillet 2017 portant adoption d'une norme destinée à simplifier l'obligation de déclaration des traitements de données à caractère personnel ayant pour finalité le dépistage organisé du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus mis en œuvre par les structures de gestion conventionnées ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en date du 19 avril 2018 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 24 avril 2018,

ARRÊTENT

Article 1

A modifié les dispositions suivantes :

I.- Les conditions de mise en œuvre du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus sont fixées par le cahier des charges joint en annexe V du présent arrêté.

II.- Dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, les examens de dépistage relevant des dispositions de l'article R. 160-8 du code de la sécurité sociale sont constitués par un examen cytopathologique de dépistage de prélèvement du col de l'utérus, y compris en phase liquide, effectué chez les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans.

Modifie Arrêté du 29 septembre 2006 - art. 1 (V)

Article 2

A modifié les dispositions suivantes :

I.- Les conditions de mise en œuvre du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus sont fixées par le cahier des charges joint en annexe V du présent arrêté.

II.- Dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, les examens de dépistage relevant des dispositions de l'article R. 160-8 du code de la sécurité sociale sont constitués par un examen cytopathologique de dépistage de prélèvement du col de l'utérus, y compris en phase liquide, effectué chez les femmes asymptomatiques de 25 à 65 ans.

Modifie Arrêté du 29 septembre 2006 - art. 1 (V)

Article 3

L'arrêté du 29 septembre 2006 modifié est complété par une annexe V jointe en annexe au présent arrêté.

Article 4

Le directeur général de la santé et la directrice de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 4 mai 2018.

La ministre des solidarités et de la santé

NOR : SSAP1811940A

Version consolidée au 29 mai 2018

Child mortality in England compared with Sweden: a birth cohort study

BACKGROUND

Child mortality is almost twice as high in England compared with Sweden. We aimed to establish the extent to which adverse birth characteristics and socioeconomic factors explain this difference.

METHODS

We developed nationally representative cohorts of singleton livebirths between Jan 1, 2003, and Dec 31, 2012, using the Hospital Episode Statistics in England, and the Swedish Medical Birth Register in Sweden, with longitudinal follow-up from linked hospital admissions and mortality records. We analysed mortality as the outcome, based on deaths from any cause at age 2-27 days, 28-364 days, and 1-4 years. We fitted Cox proportional hazard regression models to estimate the hazard ratios (HRs) for England compared with Sweden in all three age groups. The models were adjusted for birth characteristics (gestational age, birthweight, sex, and congenital anomalies), and for socioeconomic factors (maternal age and socioeconomic status).

FINDINGS

The English cohort comprised 3 932 886 births and 11 392 deaths and the Swedish cohort comprised 1 013 360 births and 1927 deaths. The unadjusted HRs for England compared with Sweden were 1.66 (95 % CI 1.53-1.81) at 2-27 days, 1.59 (1.47-1.71) at 28-364 days, and 1.27 (1.15-1.40) at 1-4 years. At 2-27 days, 77 % of the excess risk of death in England was explained by birth characteristics and a further 3 % by socioeconomic factors. At 28-364 days, 68 % of the excess risk of death in England was explained by birth characteristics and a further 11 % by socioeconomic factors. At 1-4 years, the adjusted HR did not indicate a significant difference between countries.

INTERPRETATION

Excess child mortality in England compared with Sweden was largely explained by the unfavourable distribution of birth characteristics in England. Socioeconomic factors contributed to these differences through associations with adverse birth characteristics and increased mortality after 1 month of age. Policies to reduce child mortality in England could have most impact by reducing adverse birth characteristics through improving the health of women before and during pregnancy and reducing socioeconomic disadvantage.

FUNDING

The Farr Institute of Health Informatics Research (through the Medical Research

Council, Arthritis Research UK, British Heart Foundation, Cancer Research UK, Chief Scientist Office, Economic and Social Research Council, Engineering and Physical Sciences Research Council, National Institute for Health Research, National Institute for Social Care and Health Research, and the Wellcome Trust).

Zylbersztejn A, Gilbert R, Hjern A, Wijlaars L, Hardelid P.

LANCET. 2018 MAY 3.

PII: S0140-6736 (18) 30670-6.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Twice as high : deux fois plus élevé - Adverse : défavorable - Outcome : issue, résultat - Policies : les politiques, les mesures.

Immersion in water during labour and birth

BACKGROUND

Water immersion during labour and birth is increasingly popular and is becoming widely accepted across many countries, and particularly in midwifery-led care settings. However, there are concerns around neonatal water inhalation, increased requirement for admission to neonatal intensive care unit (NICU), maternal and/or neonatal infection, and obstetric anal sphincter injuries (OASIS). This is an update of a review last published in 2011.

OBJECTIVES

To assess the effects of water immersion during labour and/or birth (first, second and third stage of labour) on women and their infants.

SEARCH METHODS

We searched Cochrane Pregnancy and Childbirth's Trials Register, ClinicalTrials.gov and the WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) (18 July 2017), and reference lists of retrieved trials.

SELECTION CRITERIA

We included randomised controlled trials (RCTs) comparing water immersion with no immersion, or other non-pharmacological forms of pain management during labour and/or birth in healthy low-risk women at term gestation with a singleton fetus. Quasi-RCTs and cluster-RCTs were eligible for inclusion but none were identified. Cross-over trials were not eligible for inclusion.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS

Two review authors independently assessed trials for inclusion and risk of bias, extracted data and checked them for accuracy. Two review authors assessed the quality of the evidence using the GRADE approach.

MAIN RESULTS

This review includes 15 trials conducted between 1990 and 2015 (3663 women): eight involved water immersion during the first stage of labour; two during the second stage only; four during the first and second stages of labour, and one comparing early versus late immersion during the first stage of labour.

No trials evaluated different baths/pools, or third-stage labour management. All trials were undertaken in a hospital labour ward setting, with a varying degree of medical intervention considered as routine practice. No study was carried out in a midwifery-led care setting. Most trial authors did not specify the parity of women. Trials were subject to varying degrees of bias: the intervention could not be blinded and there was a lack of information about randomisation, and whether analyses were undertaken by intention-to-treat. Immersion in water versus no immersion (first stage of labour). There is probably little or no difference in spontaneous vaginal birth between immersion and no immersion (82 % versus 83 %); risk ratio (RR) 1.01, 95 % confidence interval (CI) 0.97 to 1.04; 6 trials; 2559 women; moderate-quality evidence); instrumental vaginal birth (14 % versus 12 %; RR 0.86, 95 % CI 0.70 to 1.05; 6 trials; 2559 women; low-quality evidence); and caesarean section (4 % versus 5 %; RR 1.27, 95 % CI 0.91 to 1.79; 7 trials; 2652 women; low-quality evidence). There is insufficient evidence to determine the effect of immersion on estimated blood loss (mean difference - MD (-14.33 mL, 95 % CI -63.03 to 34.37; 2 trials; 153 women; very low-quality evidence) and third - or fourth - degree tears (3 % versus 3 %; RR 1.36, 95 % CI 0.85 to 2.18; 4 trials; 2341 women; moderate-quality evidence). There was a small reduction in the risk of using regional analgesia for women allocated to water immersion from 43 % to 39 % (RR 0.91, 95 % CI 0.83 to 0.99; 5 trials; 2439 women; moderate-quality evidence). Perinatal deaths were not reported, and there is insufficient evidence to determine the impact on neonatal intensive care unit (NICU) admissions (6 % versus 8 %; average RR 1.30, 95 % CI 0.42 to 3.97; 2 trials; 1511 infants; I² = 36 %; low-quality evidence), or on neonatal infection rates (1 % versus 1 %; RR 2.00, 95 % CI 0.50 to 7.94; 5 trials; 1295 infants; very low-quality evidence). Immersion in water versus no immersion (second stage of labour) There were no clear differences between groups for spontaneous vaginal birth (97 % versus 99 %; RR 1.02, 95 % CI

0.96 to 1.08; 120 women; 1 trial; low-quality evidence); instrumental vaginal birth (2 % versus 2 %; RR 1.00, 95 % CI 0.06 to 15.62; 1 trial; 120 women; very low-quality evidence); caesarean section (2 % versus 1 %; RR 0.33, 95 % CI 0.01 to 8.02; 1 trial; 120 women; very low-quality evidence), and NICU admissions (11 % versus 9 %; RR 0.78, 95 % CI 0.38 to 1.59; 2 trials; 291 women; very low-quality evidence). Use of regional analgesia was not relevant to the second stage of labour. Third- or fourth-degree tears, and estimated blood loss were not reported in either trial. No trial reported neonatal infection but did report neonatal temperature less than 36,2 °C at birth (9 % versus 9 %; RR 0.98, 95 % CI 0.30 to 3.20; 1 trial; 109 infants; very low-quality evidence), greater than 37,5 °C at birth (6 % versus 15 %; RR 2.62, 95 % CI 0.73 to 9.35; 1 trial; 109 infants; very low-quality evidence), and fever reported in first week (5 % versus 2 %; RR 0.53, 95 % CI 0.10 to 2.82; 1 trial; 171 infants; very low-quality evidence), with no clear effect between groups being observed. One perinatal death occurred in the immersion group in one trial (RR 3.00, 95 % CI 0.12 to 72.20; 1 trial; 120 infants; very low-quality evidence). The infant was born to a mother with HIV and the cause of death was deemed to be intrauterine infection. There is no evidence of increased adverse effects to the baby or woman from either the first or second stage of labour. Only one trial (200 women) compared early and late entry into the water and there were insufficient data to show any clear differences.

AUTHORS' CONCLUSIONS

In healthy women at low risk of complications there is moderate to low-quality evidence that water immersion during the first stage of labour probably has little effect on mode of birth or perineal trauma, but may reduce the use of regional analgesia. The evidence for immersion during the second stage of labour is limited and does not show clear differences on maternal or neonatal outcomes intensive care. There is no evidence of increased adverse effects to the fetus/neonate or woman from labouring or giving birth in water. Available evidence is limited by clinical variability and heterogeneity across trials, and no trial has been conducted in a midwifery-led setting.

Cluett ER, Burns E, Cuthbert A.

COCHRANE DATABASE SYST REV.
2018 MAY 16; 5: CD000111.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Increasingly popular : de plus en plus populaire - *Midwifery-led care settings* : les lieux où les soins dont dirigés par les sages-femmes - *Concerns* : préoccupations - *Randomised controlled trials* : essais contrôlés randomisés - *Early/late* : précoce/tardif - *Baths/pools* : bain/piscine - *In a hospital labour ward setting* : salle de travail hospitalière - *Tears* : déchirures.

Antidepressants for preventing postnatal depression

BACKGROUND

Depression is common in the postnatal period and can lead to adverse effects on the infant and wider family, in addition to the morbidity for the mother. It is not clear whether antidepressants are effective for the prevention of postnatal depression and little is known about possible adverse effects for the mother and infant, particularly during breastfeeding. This is an update of a Cochrane Review last published in 2005.

OBJECTIVES

To assess the effectiveness of antidepressant medication for the prevention of postnatal depression, in comparison with any other treatment, placebo or standard care.

SEARCH METHODS

We searched the Cochrane Common Mental Disorders Controlled Trials Register (CCMDCTR - both Studies and References), CENTRAL (Wiley), MEDLINE (OVID), Embase (OVID), PsycINFO (OVID), on 13 February 2018. We also searched the World Health Organization (WHO) trials portal (ICTRP) and ClinicalTrials.gov on 13 February 2018 to identify any additional unpublished or ongoing studies.

SELECTION CRITERIA

Randomised controlled trials (RCTs) of initiation of antidepressants (alone or in combination with another treatment), compared with any other treatment, placebo or standard care for the prevention of postnatal depression among women who were either pregnant or had given birth in the previous six weeks and were not currently depressed at baseline.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS

We used standard methodological procedures expected by Cochrane. We requested missing information from investigators wherever possible and sought data to allow intention-to-treat analyses.

MAIN RESULTS

Two trials including a total of 81 participants fulfilled the inclusion criteria for this review. All participants in both studies had a history of postnatal depression and were not taking antidepressant medication at baseline. Both trials were conducted by the same research group. Risk of bias was low or unclear in most domains for both studies. We were unable to perform a meta-analysis due to the small number of studies. One study compared nortriptyline with placebo and did not find any evidence that nortriptyline was effective in preventing postnatal depression. In this study, 23 % (6/26) of women who took nortriptyline and 24 % (6/25) of women who took placebo experienced postnatal depression (RR 0.96, 95 % CI 0.36 to 2.59, very low quality evidence) in the first 17 weeks postpartum. One woman taking nortriptyline developed

mania; and one side effect, constipation, was more common among women taking nortriptyline than those taking placebo. The second study compared sertraline with placebo. In this study, 7 % (1/14) of women who took sertraline developed postnatal depression in the first 17 weeks postpartum compared with 50 % (4/8) of women who took placebo. It is uncertain whether sertraline reduces the risk of postnatal depression (RR 0.14, 95 % CI 0.02 to 1.07, very low quality evidence). One woman taking sertraline had a hypomanic episode. Two side effects (dizziness and drowsiness) were more common among women taking sertraline than women taking placebo. Conclusions are limited by the small number of studies, small sample sizes and incomplete outcome data due to study drop-out which may have led to bias in the results. We have assessed the certainty of the evidence as very low, based on the GRADE system. No data were available on secondary outcomes of interest including child development, the mother/infant relationship, breastfeeding, maternal daily functioning, family relationships or maternal satisfaction.

AUTHORS' CONCLUSIONS

Due to the limitations of the current evidence base, such as the low statistical power of the included studies, it is not possible to draw any clear conclusions about the effectiveness of antidepressants for the prevention of postnatal depression. It is striking that no new eligible trials have been completed in the period of over a decade since the last published version of this review. Larger trials are needed which include comparisons of antidepressant drugs with other prophylactic treatments (e.g. psychological interventions), and examine adverse effects for the fetus or infant. Future reviews in this area may benefit from broadening their focus to examine the effectiveness of antidepressants for the prevention of perinatal (i.e. antenatal or postnatal) depression, which could include studies comparing antidepressant discontinuation with continuation for the prevention of relapse of depression during pregnancy and the postnatal period.

Molyneaux E, Telesia LA, Henshaw C, Boath E, Bradley E, Howard LM.

COCHRANE DATABASE SYST REV.
2018 APR 18; 4: CD004363.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Breastfeeding : allaitement - *To assess* : évaluer - *Sought data to allow intention-to-treat analyses* : nous avons cherché des données pour permettre des analyses en intention de traiter - *Unable to perform* : incapable de réaliser - *Dizziness and drowsiness* : étourdissement et somnolence - *Low statistical power* : faible puissance statistique.

Pour une bonne prise en compte de vos annonces ou de leurs mises à jour, nous vous recommandons de nous les adresser **AU PLUS TARD LE 10 DU MOIS PRÉCÉDENT.**

✉ congres@eska.fr

Association Nationale Natation & Maternité



ANNM

PIONNIÈRE DEPUIS 1977

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

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

Formations bi-annuelles

PROCHAINES FORMATIONS

- ▷ Clamart (92)
 - Stage prénatal : 22, 23, 24 octobre 2018
 - Stage postnatal : 25 octobre 2018

▷ **Tarifs préférentiels pour adhérents et étudiants sages-femmes**

Pratiquer dès le lendemain du séminaire



Institut
Naissance
& Formations



Calendrier 2018

Connaissance & Maîtrise du Périnée

de Dominique Trinh Dinh

Méthode Éducative de Rééducation Périnéale

PROGRAMME EN 3 ÉTAPES

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

- Niveau 1**
- Nanterre (92) - Espace Chevreul
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 22 au 25/10/2018 et du 19 au 22/11/2018
 - St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 10 au 13/09/2018 et du 8 au 11/10/2018
 - Vergèze (30) - La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques
- prochaines dates à venir
- Niveau 2**
- Vergèze (30) - La Clé des Chants
Formatrice: Corinne Roques
- du 11 au 14/09/18 et du 9 au 12/10/2018
 - St Sébastien de Morsent (Évreux) Hôpital La Musse
Formatrice: Sylvie Nicot-Catherine
- du 1^{er} au 4/10/2018 et du 12 au 15/11/2018
 - La Réunion - Cogohr
Formatrice: Corinne Roques
- Novembre 2018: dates à définir
 - 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
Formatrice: Corinne Roques
- Programmation en région possible. Nous contacter.

Sexualité et Rééducation Périnéale Féminine

- Durée: 3 jours
- Pré requis: activité en rééducation périnéale
- Nanterre (92) - Espace Chevreul
Formatrice: Anne-Françoise Sachet
- du 17 au 19 septembre 2018

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

Prises en charge possibles: DPC - FIF-PL



N'féraïdo
modelages
la accompagnant
Bientraitance

OUI
À LA BIEN TRAITANCE
OBSTÉTRICALE

Volet obstétrique*

Réponses manuelles aux maux de
Cycle I : La grossesse, l'accouchement
et le post-partum

Cycle II : La mère et le bébé

Dates Paris

Cycle I : 5 au 7 nov 2018
Cycle II : 8 au 10 nov 2018

* D.Jacquin D.O.

Dates Agen

Cycle I : nouvelles dates à venir
Dates Agen
Cycle II : 21 au 23 nov 2018

Volet uro-gynécologique**

Rééducation manuelle par voie externe
Modelages : Bassin, organes pelviens & périnée

Dates Paris

8 au 10 octobre 2018

Dates Agen

19 au 21 sept 2018

** Francine Augère S.F.

Contact et intervenant

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



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

**14 et 15
SEPTEMBRE 2018**

CITY CENTER VIEUX PORT
World Trade Center, 2 Rue Henri Barbusse
13001 Marseille

**8^{es} RENCONTRES
A DEUX MAINS**

organisées par
**Chantal FABRE-CLERGUE
& Pierre MARÈS**

Présidente d'honneur
Mireille BONIERBALE
Présidente de l'A.I.U.S.

Carole ZAKARIAN
Directrice de l'école
de Maïeutique de Marseille

Dominique BONNEAU
Thérapies manuelles
Avignon

Programme et renseignements
www.lesbaleinesbleues.com
www.ra2m.fr





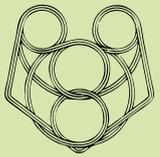

FORMATIONS ANSFL 2018
Organisme de formation enregistré
sous le n° 53 35 08377 35

TARIFS, DATES, ADHÉSION www.ansfl.org

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

<p>ÉCHOGRAPHIE ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE Intervenantes : Évelyne Rigaut (SF-Écho) Lorraine Guénédal (Biologiste) Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous</p> <p>LA CONSULTATION DE CONTRACEPTION ET DE GYNÉCOLOGIE DE PRÉVENTION Intervenante : Annie Sirven (SF) Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon) • Session I : Date : 16-17-18 oct 2018 • Session II : Date : 2019 (Pré-requis : session I)</p> <p>L'INSTALLATION EN LIBÉRAL Intervenante : Laurence Platel (SF) Date : 15 nov 2018 à Paris 15^e</p> <p>LA PRATIQUE LIBÉRALE: CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS Intervenante : Laurence Platel (SF) Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous</p> <p>INITIATION À LA PENSÉE CRITIQUE LES SAGES-FEMMES Intervenante : Amélie Battaglia (SF) Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous</p> <p>LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES À BAS RISQUES Intervenante : Amélie Battaglia (SF) Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous</p> <p style="background-color: #ccc; padding: 2px;">Toutes nos formations : FIF-PL</p>	<p>LA SEXOLOGIE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE NOS PATIENTES ET DE LEURS CONJOINTS Intervenante : Nicole Andrieu (SF) • Session I Dates : 4-5 juil à Dole (39) - 17-18 sept à Paris 14^e - 3-4 oct à Lyon (69) - 24-25 oct à Angers (49) - 5-6 nov à Lille (59)</p> <p>EUTONIE : RÉÉDUCATION EN POSTNATAL Intervenante : Martine Gies (SF) • Session I : Découverte Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous</p> <p>• Session II : Les pathologies urinaires Date : 21-22 juin 2018 (Pré requis : session I) Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)</p> <p>• Session III : Retrouver la mobilité et le dynamisme Date : 27-28 sept 2018 (Pré requis : session II) Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)</p> <p>• Session IV : Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre Date : 28-29 nov 2018 (Pré requis : session III) Lieu : St Germain Mont D'Or (près de Lyon)</p> <p>ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ Intervenante : Odile Tagawa (SF) • Session I : Prénatal Dates : 27-28 sept 2018 - Lieu : Marseille 11-12 oct 2018 - Lieu : Essonne (91)</p> <p>• Session II : Postnatal Dates : 24-25 janvier 2019 - Lieu : Marseille 7-8 février 2019 - Lieu : Essonne (91)</p>
---	--

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



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





Charte éthique de bonne pratique

Unité d'enseignement Hypnose médicale et périnatalité

Aucun pré-requis

- Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 1 5 jours / 35 H
- Hypnose conversationnelle à l'usage de la sage-femme 3 jours / 21 H
- Autohypnose pour la prévention des douleurs, de l'anxiété et du stress 4 jours / 28 H

Pré-requis : Module Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 1

- Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 2 5 jours / 35 H
- Analgésie, anxiolyse, confort et situations d'urgence 3 jours / 21 H
- Hypnose de groupe et préparation à la naissance 4 jours / 28 H
- Hypnose Outils d'accompagnement du couple et de la parentalité 3 jours / 21 H
- Hypnose Développer l'utilisation du sensoriel 2 jours / 14 H
- Quickstart en hypnose 3 jours / 21 H
Clés et leviers pour un usage facile de l'hypnose.

Pré-requis : Module Hypnose médicale et périnatalité - Technicien 2

- Hypnose médicale et périnatalité - Praticien 5 jours / 35 H

 **CERTIFICATION TECHNICIEN EN HYPNOSE MÉDICALE ET PÉRINATALITÉ**
98 HEURES DE FORMATION

 **CERTIFICATION PRATICIEN EN HYPNOSE MÉDICALE ET PÉRINATALITÉ**
Au total 203 HEURES DE FORMATION comprenant la certification Technicien

Retrouvez toutes nos formations, lieux & dates sur www.medicformation.fr
 contact@medicformation.fr  01 40 92 72 33

FORMATION

XXI^{es}

JOURNÉES DE Sénologie Interactive 2018

Les Événements et Avancées
de l'Année en Sénologie



Journées du Sénopôle Saint-Louis - Territoire Nord

Président d'Honneur : Bruno CUTULI

Président organisateur du congrès : Marc ESPIE

Sous le haut patronage de Madame Agnès BUZYN

Ministre des Solidarités et de la Santé

Jeudi 27 & Vendredi 28 septembre 2018

ESPACE SAINT MARTIN

199 BIS, RUE SAINT-MARTIN 75003 PARIS

Journées fondées par le Pr André GORINS† et le Dr Marc ESPIÉ

PRÉSIDENT ORGANISATEUR DU CONGRÈS ET SECRÉTARIAT SCIENTIFIQUE : MARC ESPIÉ

(SÉNOPÔLE SAINT LOUIS) - HÔPITAL SAINT-LOUIS

1 AVENUE CLAUDE VELLEFAUX 75010 PARIS - TÉL. 01 42 49 92 93



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

Inscription à adresser à la CFE aux Editions ESKA CONGRÈS

Serge KEBABTCHIEFF, Adeline MARECHAL

12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris - Tél. : 01 42 86 55 69/73- Fax : 01 42 60 45 35

E-mail : inscriptions et renseignements : congres@eska.fr - Site : <http://www.congres.eska.fr/>



KOLORYOU®

by **kitett**®

PARCE QUE LA TAILLE COMPTE !

KolorYou® l'application mobile aux multiples fonctionnalités, pratique pour un allaitement réussi !



1

Mesurer la taille de tétérelle Kolor® adaptée pour un allaitement confortable et efficace.



2

Créer un carnet pour suivre l'allaitement et l'évolution de bébé à tout moment, avec des résumés d'activités.

- Tétée : horaire, sein donné
- Sessions d'expression : horaire, quantité, durée, sein exprimé
- Biberon : horaire, quantité
- Couches et croissance de bébé



3

Bénéficier d'informations et de conseils variés depuis le projet d'allaitement jusqu'au sevrage.

Application gratuite, disponible sur



CE 0459 Kit Expression KOLOR® : Dispositif médical de classe IIa. LPPR : code 1140252, participation à l'achat de la tétérelle, du biberon et du tube de raccordement. Lire attentivement les instructions qui figurent dans la notice qui accompagne le dispositif médical.



L'ALLAITEMENT PAR DTF MEDICAL



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





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