

LES **DO**

LES DOSSIERS  
**DE L'OBSTÉTRIQUE**



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

#494

AOÛT SEPTEMBRE 2019

46<sup>e</sup> année ISSN 0767-8293

DOSSIER  
**LA MÉNopause**



**MAÏEUTIQUE** Sexualité et grossesse: l'expérience des pères

**GYNÉCOLOGIE/OBSTÉTRIQUE** **DOSSIER** ● Les bouffées de chaleur et les crises de sueur. Un facteur prédictif de pathologies futures? Quelle prise en charge? ● Ménopause et Sexualité ● L'Ostéoporose. Quelles sont les conséquences de la chute de prescription des THM?

**SANTÉ PUBLIQUE** Exercice libéral: pratique clinique mais pas que...

**SCIENCES HUMAINES** Organisation des soins d'urgence: création du nouveau diplôme d'assistant de régulation médicale

# kitett®



## pour un allaitement réussi et confortable

A la maternité et en location, pour la reprise du travail ou lors de sorties, les tire-laits KITETT® accompagnent les mamans en respectant la physiologie de la tétée. Nos tire-laits sont compatibles avec toutes les tailles de téterelles KOLOR® parce qu'avoir une taille de tétérelle adaptée est essentiel pour un allaitement efficace et agréable.

FISIO®



FISIO®PRO



MINIKIT DUO



MINIKIT SOLO



KOLOR®PLAY



KOLOR®CLIP



**KOLORYOU®**  
Application gratuite pour  
évaluer la taille de tétérelle



FISIO® / FISIO®PRO : Dispositifs médicaux de classe IIa. LPPR : code 1140252 (achat kit tétérelle, biberon, tube de raccordement) ou code 1128044 (achat kit 2 téterelles, biberon, tube de raccordement). Code 1105712, location hebdomadaire du tire-lait. Lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne le dispositif médical.  
MINIKIT DUO / MINIKIT SOLO / KOLOR PLAY® / KOLOR CLIP® : Dispositifs médicaux de classe IIa. Lire attentivement les instructions figurant dans la notice qui accompagne le dispositif médical.

L'ALLAITEMENT PAR DTF MEDICAL



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

**DTF**  
medical

- 02** **ÉDITORIAL**  
BENOÎT LE GOEDEC
- 03** **MAÏEUTIQUE**  
Sexualité et grossesse :  
l'expérience des pères  
SARAH POTTIER
- 06** **GYNÉCOLOGIE | OBSTÉTRIQUE**  
**DOSSIER**  
**LA MÉNOPAUSE**
- 06** Les bouffées de chaleur et  
les crises de sueur. Un facteur  
prédictif de pathologies futures ?  
Quelle prise en charge ?  
GABRIEL ANDRÉ
- 15** Ménopause et Sexualité  
BRIGITTE LETOMBE
- 19** L'Ostéoporose. Quelles sont les  
conséquences de la chute de  
prescription des THM ?  
FLORENCE TRÉMOLLIÈRES

**27** **VOLET PÉDAGOGIQUE**  
Prévention du risque infectieux  
associé aux actes d'échographie  
endocavitaire

**31** **SANTÉ PUBLIQUE**  
Exercice libéral :  
pratique clinique mais pas que...  
LAURENCE GUILLAUME

**33** **SCIENCES HUMAINES**  
Organisation des soins d'urgence :  
création du nouveau diplôme  
d'assistant de régulation médicale  
SYLVIE MOREL

- 38** KIOSQUE
- 38** AGENDA EN BREF
- 39** FICHE TECHNIQUE  
Le Reflux Gastro-œsophagien
- 40** COMMUNIQUÉS
- 44** RECHERCHE
- 46** FORMATION

**ERRATUM**

Dans notre numéro 493 de juillet dernier, nous avons malencontreusement attribué l'article « *Les soins en PRADO* » à Chantal Fabre-Clergue alors qu'il était d'Hélène Mourgues, sage-femme à Herepian (34), DU de statique pelvienne et urodynamique, membre de l'association Peryonis, co-présidente de l'association Orb Santé et coordinatrice santé MSP Orb Santé. Nous la prions de bien vouloir nous excuser de cette regrettable erreur.

Nous souhaitons remercier Madame Chantal Fabre-Clergue pour son aimable accueil lors du congrès RA2M qui s'est tenu les 6 et 7 septembre à Marseille.

**LES ANNONCEURS**

- C2** DTF Médical
- C3** Laboratoire Euromédial
- C4** Grandir Nature
- 23** **Lancement du**  
**“Vademecum des**  
**Prescriptions de la**  
**Sage-Femme” 2020**
- 32** Joie
- 36** Congrès Eska
- 46** Formations ANSFL
- 46** CIRDH
- 46** Association Nationale  
Natation & Maternité
- 47** Médicformation
- 48** 20<sup>es</sup> Journées sur  
l'Assistance Médicale à la  
Procréation de l'Hôpital  
Américain de Paris

**OURS****COMITÉ DE RÉDACTION**

**RÉDACTEUR EN CHEF**  
Benoît Le Goedic, Sage-femme  
benoitlegoedic@gmail.com

**MEMBRES**

Farid Boubred, PH Pédiatre, Marseille  
Véronique Brevaut-Malaty, PH Pédiatre, Marseille  
Isabelle Derrendinger, S-F, Directrice SF, Nantes  
Clotilde Des Roberts, PH Pédiatre, Marseille  
Bruno Deval, Gynécologue-Obstétricien, Paris  
Claude Doyen, S-F, Directrice ESF Strasbourg  
Alexandre Fabre, PH Pédiatre, Marseille  
Pierre Frémondère, Enseignant Chercheur, ESF  
Marseille  
Jocelyne Guermeur, S-F, Directrice ESF Rennes  
Thierry Harvey, Chef de service, Gynécologue-  
Obstétricien, Paris  
Pascale Hassler, S-F, Enseignante, ESF Marseille  
Sandrine Hautbois-Vigne, S-F, Enseignante, ESF  
La Réunion  
Sabrina Hubert-Payet, S-F, Directrice ESF La Réunion  
Élisabeth Josse, S-F, Directrice de Formation,  
Boulogne-Billancourt  
Pierre Mares, Chef de service, Gynécologue-  
Obstétricien, Nîmes  
Philippe Merviel, Chef de service, Gynécologue-  
Obstétricien, Brest  
Sylvie Morel, Sociologue, Nantes

Alexandra Musso, S-F, Enseignante, Nice  
Christophe Pasca, Directeur IFROSS, MCU  
Sciences de Gestion HDR, Lyon  
Marie-Agnès Poulain, S-F, Directrice ESF Amiens  
Sébastien Riquet, Enseignant Chercheur, ESF  
Marseille  
Cécile Rouillard, S-F, Directrice ESF Angers  
Christine Talot, S-F, Sous-Directrice ESF Foch-  
Suresnes  
Isabelle Vaast, S-F, Lille  
Carole Zakarian, S-F, Directrice ESF Marseille

**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.kebabtchieff@eska.fr](mailto:serge.kebabtchieff@eska.fr)

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

**FABRICATION**

Marise URBANO - [agpaedit@eska.fr](mailto:agpaedit@eska.fr)

**ADMINISTRATION/ABONNEMENTS**  
[adv@eska.fr](mailto:adv@eska.fr)

**PUBLICITÉ - CONGRÈS  
COMMUNICATION**

T. 01 42 86 55 69 - [congres@eska.fr](mailto:congres@eska.fr)  
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66  
[serge.kebabtchieff@eska.fr](mailto:serge.kebabtchieff@eska.fr)

**MARKETING - CONGRÈS  
PUBLICITÉ**

Alicia GORRILLIOT  
T. 01 42 86 55 69 - [agpaedit@eska.fr](mailto:agpaedit@eska.fr)  
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66  
[serge.kebabtchieff@eska.fr](mailto:serge.kebabtchieff@eska.fr)

**ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO**

Gabriel ANDRÉ, Gynécologue-Obstétricien,  
Strasbourg  
Laurence GUILLAUME, Sage-femme libérale,  
Briey (54), Formatrice et Responsable  
pédagogique MédicFormation  
Brigitte LETOMBE, Gynécologue, Hôpital  
Jeanne de Flandre - CHU Lille  
Sylvie MOREL, Sociologue (Ph.D.), Chercheuse  
associée au Centre Nantais de Sociologie  
(CENS, UMR 6025), Université de Nantes (44)



**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](mailto:agpaedit@eska.fr)  
<http://www.eska.fr>

Photo de couverture :  
Stage 7 Photography/Unsplash.

**POUR VOUS ABONNER,**  
**RETOURNEZ-NOUS LE**  
**BULLETIN EN PAGE 2.**

Alexandra MUSSO, Sage-femme enseignante,  
Nice

Sarah POTTIER, Sage-femme, Nantes  
Florence TRÉMOLLIÈRES, Endocrinologue,  
Centre de Ménopause et Maladies Osseuses  
Métaboliques, Hôpital P. de Viguière, Toulouse

**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 consti-  
tuant cette publication ainsi que le copyright et  
les droits d'auteurs sont la propriété exclusive  
des Éditions ESKA. Les articles n'engagent que  
la responsabilité de leurs auteurs.

Revue adhérente au S.N.P.M., membre de la F.N.P.S.

Commission paritaire n° 0222 T 81395.  
Signataire de la Convention U.D.A. S.N.P.M.  
Dépôt légal : Septembre 2019

# Mobilisation des sages-femmes dans le Nord

**A** dossées au mouvement des urgentistes, les sages-femmes de quatre maternités (Lille, Roubaix, Seclin et Valenciennes) se sont mobilisées tout l'été, depuis la mi-juillet. Elles demandent notamment une hausse de leurs effectifs afin de pouvoir exercer leur métier dans des conditions dignes de leur fonction et respectueuses des femmes.

À l'heure où les violences obstétricales sont pointées du doigt, à l'heure où les vulnérabilités des femmes augmentent, à l'heure où les ARS mettent en avant la gradation des soins et la santé mentale comme actions prioritaires à mener par les réseaux de périnatalité, ce mouvement de grève met sur la place publique l'incohérence des pouvoirs publics.

Un collectif a été créé, ce qui est une première dans la région.

À Lille, le nombre d'accouchements est passé de 4000 à 5692 sans modification des effectifs de sages-femmes !

Le taux d'adhésion au collectif pour Lille, Roubaix et Seclin est de 100 % des sages-femmes et

de la presque totalité des sages-femmes pour Valenciennes.

Marseille Nord, cet été, a aussi été secouée par le réveil de la grève des sages-femmes avec des revendications similaires.

Les problématiques des urgences gynécologiques et obstétriques rejoignent celles des urgences générales.

Espérons que ce mouvement régional mette en lumière la similitude des difficultés et qu'il soit entendu par les pouvoirs publics avec des aides à la hauteur des besoins. Là-bas et ailleurs... au risque sinon de voir s'étendre un mouvement ou s'aggraver les indicateurs en périnatalité. •

Benoît Le Goedec, Sage-femme

**NOUVEAU**

**LANCEMENT D'UN SUPPLÉMENT  
AUX D.O.**

**"LE VADEMECUM DES PRESCRIPTIONS  
DE LA SAGE-FEMME" (cf. page 23)**

			<h2>ABONNEMENT 2019</h2>	
<h3>TARIF D'ABONNEMENT</h3> <p>11 NUMÉROS PAR AN</p>			<h4>VOS COORDONNÉES</h4>	
<p><b>Abonnement Particulier</b></p>	<p><b>Plein tarif</b></p>	<p><b>Étudiant(e)s* Retraité(e)s*</b></p>	<p><input type="checkbox"/> M<sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M<sup>lle</sup> <input type="checkbox"/> M. (en lettres capitales)</p>	
FRANCE	79,00 €	50,00 €	<p>Nom ..... Prénom .....</p>	
D.O.M.	84,00 €	60,00 €	<p>Adresse .....</p>	
EUROPE OCCIDENTALE	92,00 €	62,00 €	<p>Code postal [ ][ ][ ][ ][ ] Ville .....</p>	
T.O.M./ÉTRANGER	94,00 €	65,00 €	<p>Pays ..... Téléphone .....</p>	
<p>* Joindre attestation.</p>			<p>E-mail .....</p>	
<p><b>Abonnement collectif de service</b> 156,00 €</p>			<p>Exercice professionnel (Libéral, PMI, Public, Privé, Autre) .....</p>	
<p>En cas de règlement incomplet, l'abonnement sera réduit proportionnellement.</p>			<p>s'abonne aux <b>Dossiers de l'Obstétrique</b>  <b>Éditions ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris</b>            Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35 - Email : adv@eska.fr</p>	
<p>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</p>				

# Sexualité et grossesse : l'expérience des pères

PAR SARAH POTTIER, SAGE-FEMME, NANTES

*L'idée de ce sujet de mémoire\* a initialement traversé mon esprit dès la première année de formation à l'École de sages-femmes. Puis, au fil de la formation théorique ainsi que des expériences pratiques vécues en stage dans différents services, cette idée s'est renforcée et précisée.*

Que ce soit dans le service de suites de couches, avec cette femme exprimant sa peur à l'idée d'avoir de nouveaux rapports sexuels après l'accouchement, cette autre femme évoquant avoir « *d'autres préoccupations* », et même ce père plaisantant en supposant que « *ça doit être en friche là-dedans* » ; dans le service de consultations d'obstétrique, avec cette femme s'interrogeant sur la possibilité de faire des « câlins » pendant la grossesse, ou cette femme s'exprimant au nom de son mari en demandant si c'était possible qu'il « *touche le bébé* », ou bien cette autre femme verbalisant sa peur « *d'accoucher avant* » s'ils faisaient l'amour ; en salle de naissance avec ce père explosant de joie à l'idée de pouvoir « *faire l'amour direct* » (sa femme n'ayant pas eu de suture périnéale) ; ou bien encore en cabinet libéral, avec cette femme nostalgique du plaisir sexuel ressenti pendant la grossesse, ou encore ce père dissipé en séance de préparation à la naissance, étonné que la sage-femme puisse sentir la tête du bébé par un toucher vaginal, s'exclamant « *Ah ouais donc là si j'ai cale un doigt je sens la tête ?* »... Ce sont donc toutes ces femmes, et surtout tous ces hommes, qui m'ont convaincue tour à tour que la sexualité méritait d'être au centre de ce mémoire, afin de pouvoir par la suite en optimiser la prise en charge.

Ce sont également les différents professionnels de santé présents dans toutes ces situations, en particulier les sages-femmes, qui ont participé à la concrétisation de cette idée de sujet de mémoire. En effet, si certains d'entre eux semblaient déstabilisés par l'abord de la sexualité, d'autres semblaient plutôt à l'aise pour écouter les couples et répondre à leurs éventuelles interrogations.

Dans un contexte de médicalisation et d'hygiénisation progressive de la sexualité des individus, avec par exemple les nouvelles connaissances en matière d'infections sexuellement transmissibles et la large médiatisation de ces dernières dans les années 1970 avec l'arrivée de l'épidémie mondiale

de SIDA, ou plus récemment avec la législation de la pilule contraceptive suite à la loi Neuwirth de 1967<sup>[1]</sup>, puis la dépénalisation de l'avortement suite à la loi Veil de 1975<sup>[2]</sup>, les professionnels de santé se voient indirectement dotés d'un certain pouvoir sur la sexualité des individus.

- D'une part, par le biais de la diffusion de la contraception, la sexualité est alors abordée telle une proscription. Cette proscription s'inscrit donc dans un contexte sociétal où l'heure est, non seulement à la régulation et à la planification des naissances, mais également indirectement à la régulation de la sexualité des individus.
- D'autre part, avec l'apparition du terme de « *pratiques sexuelles à risque* », ou d'une manière plus générale de « *rapports à risque* », une distinction entre la pratique sexuelle « *propre* » et la pratique sexuelle « *sale* » est instaurée. Ainsi, la sexualité est également abordée sur le mode du danger, de la peur.

Les institutions médicales et les professionnels de santé, dont la sage-femme, se situent donc au cœur de ce climat de médicalisation. En effet, dans une dynamique d'augmentation constante du champ de ses compétences, la sage-femme semble constituer un interlocuteur de choix pour aborder la sexualité auprès des femmes et des couples, de par la diversité des circonstances où elle est amenée à les rencontrer : suivi gynécologique, suivi de grossesse, séances de préparation à la naissance et à la parentalité, suivi du post-partum...

Toutefois, en pratique j'ai été amenée à plusieurs reprises à constater que les échanges autour de la thématique de la sexualité n'étaient pas aussi aisés, laissant alors supposer l'existence de plusieurs difficultés rencontrées par la sage-femme pour endosser sereinement ce rôle d'interlocuteur privilégié en matière de sexualité.

Enfin, mon intérêt s'est porté précisément sur les hommes, les pères, car j'ai pu observer au cours de mon parcours que ceux-ci semblaient parfois laissés de côté pendant la grossesse, bien que leur implication soit de plus en plus encouragée. Qu'en est-il alors de leur sexualité : comment ces derniers vivent-ils la sexualité pendant la période de la grossesse, et quelles sont les représentations qu'ils y associent ? Dans ce travail mené sous l'angle des sciences sociales, il leur a donc été accordé un temps d'expression, afin de recueillir leur propre expérience de la sexualité pendant la grossesse.

Avant d'exposer les résultats de cette étude, il convient de définir la sexualité elle-même. Si l'on s'en tient à la définition du terme telle qu'on la trouve dans un dictionnaire, il semblerait que la sexualité constitue « *l'ensemble des diverses modalités de la satisfaction sexuelle* »<sup>[3]</sup>. Cette définition est à la fois très vaste (de par les termes « *ensemble* » et « *diverses* ») et très réductrice, car ne prenant en compte que l'aspect satisfaisant de la relation sexuelle.

**MOTS-CLÉS :** Sexualité - Grossesse - Père - Homme.

\* Article issu de son mémoire « *Sexualité et grossesse : l'expérience des pères* ».

D'un abord sociologique, la sexualité est étudiée dans une approche multidimensionnelle, comme l'écrit par exemple Michel Bozon : « *La sexualité est une sphère spécifique mais non autonome du comportement humain, qui comprend des actes, des relations et des significations. C'est le non-sexuel qui donne sa signification au sexuel, et non l'inverse. Les limites même du sexuel sont mouvantes, historiquement, culturellement et socialement* ». <sup>141</sup>

Toujours selon cet auteur, la sexualité constitue une interaction sociale à part entière, qu'il nomme « *interaction sexuelle* », structurée par tous les différents rapports des individus entre eux, tels que les rapports de genre, de génération, de classe sociale ou ethnique par exemple. La sexualité, dans sa dimension sociologique, comprend ainsi de multiples dimensions, elles-mêmes déclinables à l'infini selon les individus. En partant de ce constat, il n'existe donc pas de définition figée de la sexualité, puisque celle-ci et les représentations qui s'y attachent évoluent au fil des expériences, des trajectoires conjugales et des trajectoires sexuelles des individus, par exemple. Le terme de sexualité est donc pluriel : il n'existe pas une sexualité, mais une multitude de sexualités, tout comme il existe une multitude d'individus.

Dans un second temps, l'étude du soigné ne pouvant se faire sans celle du soignant, il convient de connaître au préalable qui sont les soignants, interlocuteurs des pères situés au centre de ce sujet de mémoire. Dans notre cas, afin de saisir les représentations et le vécu qu'ont ces derniers de la sexualité pendant la grossesse, cela implique donc une connaissance de divers éléments relatifs à la profession des sages-femmes : le contexte global dans lequel s'inscrit la profession, ou encore le cadre de formation.

Bien que ses rôles en matière de sexualité ne soient pas clairement explicités dans les textes de loi encadrant la profession de sage-femme, elle semble se placer comme étant un interlocuteur de choix pour aborder la sexualité avec la femme et le couple <sup>151</sup>. En effet, il apparaît difficile de prendre en charge la santé génésique et sexuelle des femmes sans prendre en compte leurs sexualités.

Pourtant, bien que celle-ci semble pouvoir constituer un interlocuteur privilégié en matière de sexualité, la sage-femme semble se heurter à plusieurs difficultés l'empêchant de prendre pleinement possession de ce rôle. La première de ses difficultés pourrait résider dans l'hétérogénéité de sa formation théorique.

En effet, la formation initiale se présente comme étant plutôt hétérogène selon les différentes écoles de sages-femmes du territoire français, puis cette inégalité se poursuit avec la formation continue, avec les diplômes interuniversitaires d'étude de la sexualité humaine, dont l'accès est restreint par un coût et un volume horaire non négligeable, à conjuguer avec l'activité professionnelle de sage-femme à mener en parallèle <sup>161</sup>. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que cette variabilité de la formation pourrait donc amener les sages-femmes à ressentir un sentiment d'insécurité ou d'illégitimité à parler de sexualité auprès des patientes et des couples, *a fortiori* lorsqu'il s'agit de prendre en charge les différents troubles qui peuvent y être associés.

D'autre part, depuis plusieurs années les compétences des sages-femmes se sont élargies. Pourtant, il semble que

dans l'imaginaire collectif ces professionnelles soient perçues comme ayant seulement un rôle au moment de l'accouchement. Ainsi, de fait, beaucoup de femmes se tournent préférentiellement vers un autre professionnel de santé que la sage-femme lorsqu'elles ressentent le besoin de s'exprimer à propos de leur sexualité <sup>171</sup>.

De plus, il semble important de rappeler qu'avant tout, la sage-femme est le professionnel de la santé de la femme, c'est pourquoi il apparaît donc possible qu'elle ne se place pas comme le professionnel le plus légitime pour aborder le sujet de la sexualité avec l'homme. En effet, cela n'est possible que par l'intermédiaire de la femme (lorsque celle-ci s'exprime au nom de son compagnon), ou lorsque le couple est présent.

Pour ce mémoire traitant de la sexualité masculine pendant la grossesse, il m'est apparu pertinent de privilégier l'abord des sciences humaines. J'ai donc opté pour la réalisation d'entretiens semi-directifs, permettant ainsi la libre expression des pères interrogés.

Ayant conscience des potentielles difficultés de recrutement des sujets pour ce mémoire, mais aussi dans un souci de recueillir des témoignages les plus variés possibles, j'ai recruté sur la base de critères larges : pouvait ainsi être inclus dans l'étude tout homme majeur étant déjà père, ou le devenant prochainement, peu importe son âge ou le délai séparant la grossesse et la réalisation de l'entretien.

Les entretiens se comptent donc au nombre de six, faisant intervenir six profils d'hommes différents, de par leurs caractéristiques personnelles et de par leurs trajectoires de vie. Qu'il s'agisse de Benoît (25 ans, préparateur en aéronautique, 1 enfant de 3 mois), de Laurent (33 ans, agent à La Poste, 2 enfants de 2 et 4 ans), de Kévin (23 ans, entrepreneur Web, séparé de la mère de sa fille de 16 mois), de Jacques (55 ans, ouvrier, 2 enfants de 19 et 22 ans), ou encore de Fabien (31 ans, kiné-ostéopathe, 1 enfant de 3 mois), tous ont livré avec sincérité leur expérience de la sexualité pendant la grossesse.

Au cours de ces six entretiens, parfois teintés d'humour ou empreints d'une gêne plus que palpable, nous avons pu dans un premier temps constater la persistance d'un relatif tabou autour de la sexualité, dans un contexte où l'hypersexualisation de la société ne cesse pourtant de s'accroître. En effet, à plusieurs reprises, les hommes l'entouraient du lexique du jeu, de l'amusement ou bien encore du sport, comme pour échapper à l'utilisation des termes précis relatifs à ce qu'ils voulaient initialement exprimer. Si parfois ils étaient donc gênés, la plupart du temps ils se sont livrés avec sincérité, allant parfois jusqu'à exprimer des sensations et des ressentis très intimes. Dans cette mesure, il semble donc que le tabou lié à la sexualité n'est que relatif, et ne demande qu'à être brisé.

Puis, au travers des différents récits, un élément ressort tout particulièrement, à savoir l'infinie diversité des pratiques sexuelles des individus, venant donc renforcer l'aspect pluriel de la définition de la sexualité. Ainsi, qu'il s'agisse de la sexualité en général ou de la sexualité pendant la grossesse qui est au centre de ce travail de mémoire, aucune norme ne peut (et ne doit) être établie. Toutefois, nous remarquons également la persistance d'une multitude de représentations de celle-ci, représentations riches en ce qui concerne la période de la grossesse.

Lorsqu'il s'agit de la fréquence des rapports sexuels au cours de la grossesse, le constat est le même : si avec Jacques et Laurent nous retrouvons un arrêt total des rapports sexuels à des stades plus ou moins avancés de la grossesse, Fabien confie avec amusement « *On a fait l'amour jusqu'à la veille de la naissance, quoi! (sourire)* ». Il semble donc y avoir autant d'expériences de la sexualité possible que d'individus.

D'autre part, s'intégrant à ces multiples représentations, nous retrouvons des expériences variées de la sexualité pendant la grossesse pour les différents hommes de l'échantillon, où ceux-ci font preuve de grandes capacités d'observation mais aussi d'adaptation, face à une situation qu'ils décrivent vivre uniquement de manière indirecte et passive, comme l'évoque Kévin : « *C'est bizarre hein, pour un garçon, la grossesse... [...] On se sent concerné, et pas concerné à la fois* ». Si certains y ont alors vécu une sexualité épanouie (comme par exemple Jacques qui confie avoir vécu les « *meilleurs moments* » de sa sexualité en déclarant « *Sexuellement parlant, c'était extraordinaire* »), d'autres ont au contraire rencontré davantage de difficultés (ce qui a été le cas pour Kévin, qui décrit le deuxième trimestre de grossesse comme un « *calvaire* », où « *les gestes de tendresse, c'était très compliqué à avoir* »).

Par ailleurs, il est pertinent de s'intéresser à l'origine de ces difficultés et à leurs représentations, qui peuvent elles aussi être extrêmement diverses. Si celles-ci sont parfois présentées par les hommes de l'échantillon comme étant principalement liées à la grossesse (l'augmentation de volume abdominal, une sensation de béance vaginale ou encore la crainte de blesser le fœtus), elles sont parfois davantage rattachées à la femme elle-même (la prise de poids, les changements d'humeur...).

Il est également important de souligner qu'au travers des entretiens, si certains éléments sont présentés par une partie des pères interrogés comme des obstacles à la vie sexuelle du couple pendant la grossesse, ils peuvent également être perçus par d'autres individus comme des éléments stimulants la sexualité conjugale. C'est par exemple le cas avec les mouvements du fœtus, qui étaient l'objet de dégoût pour Thibaut : « *Bah dès que le petit en plus moi j'le voyais bouger dans le ventre, ça me... Ça me freinait* ». Pour Jacques au contraire, les mouvements fœtaux sont associés à une augmentation du plaisir éprouvé lors des rapports intimes : « *J'me rappelle avoir fait l'amour à... Enfin, avoir eu... Avec mon épouse... Et avoir senti l'enfant qui bougeait en même temps, et c'était extraordinaire!* ».

Enfin, se pose la question de la place des professionnels de santé, et tout particulièrement des sages-femmes. En effet, bien que bénéficiant d'une formation parfois hétérogène, celles-ci semblent se placer comme des professionnelles de santé non seulement légitimes mais également privilégiées pour aborder la thématique de la sexualité avec les femmes, les couples et donc les hommes.

Toutefois, nous avons pu remarquer dans ce travail l'impact d'un climat tendant à la médicalisation de la sexualité sur la pratique des professionnels de santé intervenant autour de la grossesse, dont les sages-femmes. En effet, ce contexte semble concourir à l'augmentation des différences de représentations de la sexualité entre les soignants et les couples, par exemple avec l'usage du terme de « *reprise des rapports sexuels* », qui

prend un sens différent pour le soignant qui le prononce et pour la femme, le couple ou l'homme qui l'entend.

En effet, pour les professionnels de santé, ce terme est souvent associé à la question de la contraception, et concerne donc le coït. Dans les propos de Fabien, nous sommes amenés à découvrir une nouvelle conception de ce terme : « *En fait ça s'est fait petit à petit* », « *En gros ça a été dix jours sans... Sans relation sexuelle j'pense* », « *Et on a repris par le sexe oral, c'est-à-dire que elle, elle avait aucune envie de se faire caresser concrètement le bas-ventre* », « *Moi j'avais ce désir-là, elle, ça lui a fait... Ça lui faisait plaisir aussi de faire ça pour moi, donc on a repris par ça* ». Ainsi, il n'assimile pas la « *reprise des rapports sexuels* » au coït pur, mais à l'ensemble des gestes qu'il inclut dans ses représentations de la sexualité.

D'ailleurs, Fabien décrit spontanément davantage une « *découverte* » qu'une reprise de la sexualité : « *Enfin, j'me souviens à la maternité en train de s'embrasser sur son lit de mater, et on aurait pu faire l'amour quoi! [...] je sais pas mais on ressentait pleinement le désir tous les deux, tout de suite quoi, enfin...* », « *Enfin, les bisous les câlins on a jamais vraiment arrêté!* ». Nous sommes donc amenés à nous questionner sur la pertinence du terme de « *reprise* ». En effet, une reprise d'une pratique implique que celle-ci ait été interrompue au préalable, ce qui, nous l'avons vu, n'a pas été le cas pour l'ensemble des hommes interrogés dans ce mémoire. Dès lors qu'il s'agit de sexualité, il apparaît alors incohérent de penser un délai entre deux rapports sexuels permettant de définir ce qui constitue ou non une rupture de la continuité de la sexualité du couple.

D'autre part, nous avons également souligné une relative appropriation de la sexualité des individus par le corps médical aux deux extrémités de la grossesse, où celle-ci devient alors presque un objet de prescription médicale, tantôt pour favoriser la procréation, tantôt pour espérer une mise en travail. Dans ces deux situations, la sexualité du couple peut se retrouver impactée, de même qu'elle l'est lorsque la sexualité est cette fois-ci inconsciemment proscrite, notamment dans le post-partum via la prescription d'une méthode de contraception.

Enfin, afin de pouvoir aborder au mieux la sexualité avec les hommes, il apparaît également comme fondamental de poursuivre et d'étoffer les démarches déjà mises en place (par exemple les séances de préparation à la naissance et à la parentalité) dans le but d'encourager et de favoriser leur implication dans la grossesse en général, en prenant en compte leur expérience singulière de la grossesse ainsi que les attentes qui en découlent. •

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique.
- [2] Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse.
- [3] Définition : sexualité. Larousse.
- [4] BOZON Michel, LERIDON Henri. *Les constructions sociales de la sexualité* Population 48, n° 5 (1993) : 1173-95.
- [5] Code de la santé publique - Article L4151-1, L4151-1 Code de la santé publique.
- [6] ROBERT Maud. *Université de Nantes : DIU Étude de la sexualité humaine*. UFR Médecine.
- [7] BRAMBILLA Marine. *La place des sages-femmes en sexologie : étude descriptive auprès des sages-femmes sexologues de la région Rhône-Alpes*, 2016, 50.

# Les bouffées de chaleur et les crises de sueur. Un facteur prédictif de pathologies futures? Quelle prise en charge?

PAR GABRIEL ANDRÉ, GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN, STRASBOURG

## RÉSUMÉ

L'espérance de vie des femmes âgées aujourd'hui de 50 ans, est de 90 ans. Elles vont donc vivre près de 40 ans sans le bénéfice de leurs ovaires. L'arrêt de la sécrétion estrogénique s'accompagne chez la plupart des femmes d'un syndrome vasomoteur (SVM) désagréable associant bouffées de chaleur et sueurs nocturnes. Ces symptômes peuvent survenir avant la ménopause et leur cinétique est très variable. Les phénomènes neuroendocriniens à l'origine de ce syndrome sont encore mal connus, mais commencent à être décryptés. Plus tardivement, et favorisées par la ménopause, apparaissent des affections chroniques, les maladies cardio-vasculaires, l'ostéoporose et le déclin cognitif. On a longtemps pensé que symptômes vasomoteurs et maladies chroniques survenaient indépendamment l'un de l'autre. Il apparaît maintenant que les symptômes vasomoteurs puissent être considérés comme des précurseurs ou des marqueurs de ces maladies chroniques qu'ils favorisent. Nous passons en revue les études cliniques actuellement disponibles qui permettent de le penser et évoquerons pour terminer les problèmes soulevés par leur prise en charge.

### MOTS-CLÉS

Syndrome vasomoteur, Bouffées de chaleur, Sueurs nocturnes, Affections cardio-vasculaires, Déclin cognitif, Maladie d'Alzheimer, Ostéoporose, THM.

## SUMMARY

**Hot flushes and sweat attacks. A predictor of future pathologies? What treatment options**

Today, life expectancy for women aged around 50 is 90 years old. They will live almost 40 years without the use of their ovaries. For most women, the cessation of estrogen secretion is associated with an uncomfortable Vasomotor Syndrome (VMS), which includes symptoms like hot flushes and night sweats. These symptoms can occur even before menopause and their kinetics are very random. The neuroendocrine phenomena causing this syndrome are still quite misunderstood, but slowly decrypted. Favored by menopause, chronic diseases can appear later like cardiovascular diseases, osteoporosis and cognitive decline. It has long been thought that vasomotor symptoms and chronic diseases were independent from each other. But it seems now that these vasomotor symptoms may be considered as precursors or markers for these chronic diseases. We are reviewing the clinical studies currently available that allow us to confirm the link between them and will discuss the issues raised by the treatment options.

### KEYWORDS

Vasomotor syndrome, Hot flushes, Night sweats, Cardio-vascular disorders, Cognitive decline, Alzheimer's disease, Osteoporosis, THM.

## I. QU'EST-CE QUE LE SYNDROME VASOMOTEUR DE LA PÉRI-MÉNOPAUSE (SVM)?

Parce qu'il n'entraîne pas, a priori, de conséquences graves, le SVM de la ménopause n'a jamais, jusqu'à ces dernières années, vraiment attiré l'attention. Les symptômes vasomoteurs recouvrent les bouffées de chaleur (avec ou sans sueurs) et les sueurs nocturnes dont la signification et les conséquences, nous le verrons, sont un peu différentes. Le cerveau est à l'origine de ces troubles. Nous avons maintenant la possibilité d'évaluer les hormones, le fonctionnement cérébral et la vascularisation périphérique. Il y aurait alors grand intérêt à tout faire pour comprendre le mécanisme de ces bouffées de chaleur. Même si les estrogènes sont le meilleur traitement<sup>[1]</sup>, la réticence à prescription, suite à la WHI, ou une contre-indication, comme par exemple le cancer du sein, conduisent à rechercher des alternatives thérapeutiques efficaces; mais pour cela il faudrait en comprendre la cause et connaître la séquence des événements. Même si nous avons aujourd'hui décrypté

des facteurs neuroendocriniens impliqués dans le SVM, ce phénomène est complexe et demeure encore aujourd'hui une énigme de la ménopause.

Les bouffées de chaleur commencent dès avant la ménopause et surviennent alors souvent pendant les règles. Elles deviennent plus gênantes durant la transition ménopausique et encore plus après la ménopause. Une ménopause induite par une ovariectomie entraîne une chute brutale des estrogènes et s'accompagne le plus souvent de symptômes plus sévères<sup>[2]</sup>. De même, les femmes avec un cancer du sein ont souvent des bouffées de chaleur invalidantes accompagnées de troubles du sommeil et une réduction de qualité de vie consécutive à la perte rapide de la fonction ovarienne suite à une chimiothérapie<sup>[3]</sup>. Les bouffées de chaleur peuvent survenir à tout moment au cours du nyctémère, elles peuvent être spontanées ou favorisées par un certain nombre de situations: une contrariété, un stress, une modification de la température ambiante, l'alcool, le café ou une boisson chaude. Cette sensation soudaine de chaleur démarre généralement à la partie supérieure du corps et

**Les symptômes, lorsqu'ils débutent avant la ménopause, ont une durée encore plus longue (en moyenne 11,8 ans), mais lorsqu'ils ne commencent qu'après le début de la ménopause, leur durée est plus courte (en moyenne 3,4 ans).**

s'étend vers le haut ou vers le bas. La durée des bouffées de chaleur perçues va de quelques secondes à 60 minutes, mais la moyenne est autour de trois ou quatre minutes<sup>[4]</sup>. La persistance généralement admise pour les bouffées de chaleur gênantes était d'environ 5 ans<sup>[5]</sup>. Cependant une large étude anglaise<sup>[6]</sup> et l'étude SWAN<sup>[7]</sup> (*Study of Women's Health Across the Nation*) ont montré que les bouffées de chaleur peuvent se poursuivre pendant un temps plus long que ce qui était généralement admis, avec une durée moyenne de 7,4 ans. Les symptômes, lorsqu'ils débutent avant la ménopause, ont une durée encore plus longue (en moyenne 11,8 ans), mais lorsqu'ils ne commencent qu'après le début de la ménopause, leur durée est plus courte (en moyenne 3,4 ans). Une autre étude nord-américaine a trouvé que, dix ans après la ménopause, le tiers des femmes continue à se plaindre de bouffées de chaleur modérées ou sévères<sup>[8]</sup> et certaines femmes se plaignent encore de bouffées de chaleur même plus de vingt ans après le début de la ménopause. Si 70 % des femmes se plaignent d'un SVM, seules 30 % d'entre elles le considèrent comme gênant. Les femmes demandent de l'aide lorsque le SVM leur pose problème et diminue leur qualité de vie<sup>[9,10]</sup>. Il en résulte que c'est l'évaluation de ces bouffées de chaleur gênantes qui est maintenant de plus en plus utilisée dans les études cliniques ; les études prenant en compte la totalité des bouffées de chaleur aboutissent à des conclusions bien différentes<sup>[11]</sup>. Ceci est particulièrement important pour les études d'intervention non hormonale ou non médicale, où la prise en compte de la gêne devrait être la règle<sup>[12]</sup>.

L'augmentation de la température cutanée (c'est au niveau des doigts et des orteils<sup>[13]</sup> qu'elle est la plus importante) résulte d'une vasodilatation périphérique brutale, comme les études plethysmographiques<sup>[4]</sup> ont pu le montrer. Cette augmentation du flux sanguin précède la sensation subjective de bouffées de chaleur d'environ une minute et persiste plusieurs minutes après leur disparition en diminuant progressivement. Certaines femmes se plaignent de palpitations avant ou durant la bouffée, mais aucune variation du rythme cardiaque n'a été trouvée chez les femmes présentant des bouffées de chaleur lors d'un enregistrement électrocardiographique continu sur 24 heures<sup>[4]</sup>. Cependant une diminution de la variabilité cardiaque dans les hautes fréquences, un index du contrôle vagal du rythme cardiaque, a été trouvé durant la bouffée de chaleur<sup>[14]</sup>. Cette diminution de variabilité est associée à une augmentation de la morbi-mortalité cardio-vasculaire dans des études prospectives<sup>[15]</sup>. C'est là un élément de plus pour l'intervention du système nerveux autonome, et ici une diminution du contrôle parasympathique, dans les bouffées de chaleur. La

caractéristique unique et remarquable associée aux bouffées de chaleur de la ménopause est une diminution prolongée et rapide de la résistance cutanée. Ce signe objective une bouffée de chaleur ; c'est le plus précieux pour distinguer les bouffées de chaleur de la ménopause des autres causes de dilatation périphérique<sup>[4,16]</sup>. Les études qui utilisent la mesure de la conductance cutanée pour mesurer objectivement les bouffées de chaleur « physiologiques » par un appareillage ambulatoire, ont démontré que les femmes sous-estiment le nombre de leurs bouffées de chaleur vraies de 50 %<sup>[17,18]</sup>. Bien plus, les mesures des bouffées de chaleur « ressenties » et « physiologiques » ont été comparées dans des études cliniques pour un grand nombre de traitements destinés à traiter les bouffées de chaleur : le THM, la phytothérapie, la Venflaxine, le bloc du ganglion stellaire. Chacune de ces études a trouvé que l'effet placebo attendu, l'était sur les seules bouffées de chaleur « ressenties », mais pas sur celles objectivement mesurées<sup>[17,19,20]</sup>. Il en résulte que les mesures « physiologiques » sont bien plus justes et devraient être préférées dans toutes les études cherchant à identifier les causes et les conséquences des bouffées de chaleur et dans l'évaluation des différents traitements.

Il n'y a pas de corrélation entre les taux périphériques d'estrogènes circulants et les bouffées de chaleur<sup>[2]</sup>. Les bouffées de chaleur s'arrêtent spontanément à un moment donné après la ménopause alors que les estrogènes continuent de décliner. Le cerveau produit des estrogènes in situ à partir du cholestérol ; c'est le concept de neuro-hormone<sup>[21]</sup>, et les estrogènes en font partie avec la progestérone et bien d'autres stéroïdes. Mais la relation exacte entre bouffées de chaleur, estrogènes du cerveau et du liquide céphalo-rachidien, n'est pas complètement élucidée<sup>[2]</sup>. La LHRH pourrait également être impliquée, les neurones hypothalamiques contenant ce peptide, étant anatomiquement très proches du noyau pré-optique antérieur régulant la température corporelle<sup>[22]</sup>. Le rôle de la sérotonine ou 5-hydroxytryptamine (5-HT) est plus probable. La sérotonine est impliquée dans de nombreuses fonctions comme l'humeur, l'anxiété, la mémoire, le sommeil, la sexualité et le comportement alimentaire. Après la ménopause, le taux plasmatique diminue de 50 %, mais il est restauré par une estrogénothérapie<sup>[23]</sup>. Les estrogènes augmentent la synthèse de la 5-HT, et tous deux diminuent la production de noradrénaline. Toute substance qui augmente la 5-HT accroît les estrogènes, ou diminue la noradrénaline, est susceptible de réduire les bouffées de chaleur. La *clonidine*, un agoniste des récepteurs  $\alpha_2$  adrénergiques pré-synaptiques, bloque la sécrétion de noradrénaline cérébrale et est active (modestement cependant) sur les bouffées de chaleur.

Le mécanisme exact des bouffées de chaleur est encore mal compris. Le système kisspeptine/neurokinine est très probablement impliqué. Chez les femmes en préménopause et en bonne santé, l'administration de neurokinineB est susceptible d'induire des bouffées de chaleur<sup>[24]</sup>. Le peptide relié au gène de la calcitonine (CGRP) pourrait-il être responsable des bouffées de chaleur ? Ce nouveau peptide est le plus puissant vaso-dilatateur connu dans le corps humain. Il interagit avec le système sympathique central et périphérique<sup>[25,26]</sup>. Un pic de sécrétion de CGRP est contemporain du début des bouffées de chaleur. Des

antagonistes du CGRP ont été développés<sup>[27]</sup> et sont à l'étude pour le traitement des migraines, des douleurs et pourraient avoir un intérêt dans les bouffées de chaleur.

## II. SYNDROME VASOMOTEUR ET RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

L'existence d'un lien entre SVM et maladies cardio-vasculaires est de moins en moins contestable. Les phénomènes inflammatoires, la dysfonction endothéliale et l'activité du système sympathique sont très probablement impliqués comme nous le verrons.

### A. LES ÉTUDES CLINIQUES

Il existe peu d'études s'intéressant aux liens entre maladies cardio-vasculaires et SVM. La plus récente et très probablement la plus pertinente, car très bien construite, est celle d'Herbert-Gast<sup>[28]</sup>. Il s'agit d'une étude longitudinale de cohorte qui a débuté en 1996. 11 725 femmes, âgées au départ de 40 à 50 ans, ont été suivies tous les trois ans sur une durée de quatorze ans. Les résultats ont été ajustés au statut ménopausique, au mode de vie, au BMI, diabète et hypertension. Bouffées de chaleur et sueurs nocturnes ont été évaluées séparément. Le risque cardio-vasculaire augmente de 70 % en présence de bouffées de chaleur OR = 1,70 (1,16 – 2,51) (p = 0,01) et de 84 % chez celles se plaignant de sueurs nocturnes OR = 1,84 (1,24 – 2,73) (p = 0,004). Il apparaît donc dans cette étude que la présence d'un SVM est associée à une augmentation du risque cardio-vasculaire chez les femmes d'âge mûr, même après ajustement multivarié. Les points forts de ce travail sont le suivi prospectif avec évaluation régulière des symptômes d'une cohorte de patientes avant l'âge de 50 ans. L'évaluation séparée des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes est pertinente car ces symptômes ont possiblement une étiologie différente<sup>[29, 30]</sup>.

D'autres études ont toutefois trouvé des résultats divergents. La cohorte Rancho Bernardo<sup>[31]</sup> n'a pas montré de lien entre SVM et risque cardio-vasculaire, mais les femmes ont été interrogées sur des symptômes survenus vingt ans auparavant, avec d'évidents biais de rappel. L'étude de Gast<sup>[29]</sup>, étude longitudinale sur dix ans, de plus de 100 000 femmes danoises et suédoises, a trouvé une augmentation significative des accidents cardiaques de 33 %, mais avec les seules sueurs nocturnes (pas les bouffées de chaleur). Mais les affections cardio-vasculaires ont été évaluées à partir d'un registre national, les troubles vasomoteurs et les facteurs confondants n'ont été pris en compte qu'une seule fois au début de l'étude, sans aucune mesure de leur évolution.

La *WHI Observational Study*<sup>[32]</sup> dispose de deux mesures des symptômes vasomoteurs; elle a trouvé que les SVM tardifs, et non ceux survenus précocement, sont associés à une augmentation du risque cardio-vasculaire (HR 1,32) et de mortalité toute cause (HR 1,29). Mais la WHI est une étude multiethnique, qui s'est adressée à des femmes au départ plus âgées (entre 50 et 65 ans). Bien qu'à l'inclusion aient été exclues les femmes avec affection cardio-vasculaire, il y a probabilité de lésion athéromateuse préexistante, vu le grand âge de cette cohorte. Une méta-analyse récente<sup>[33]</sup> a trouvé que les symptômes vasomoteurs et les autres symptômes liés à la ménopause (anxiété, dépression, troubles du sommeil)

sont associés à une augmentation du risque cardio-vasculaire, explicable en premier lieu par l'augmentation de tous ces facteurs de risque.

L'étude WISE occupe une place à part<sup>[34]</sup>. Elle recherche l'existence d'un lien entre symptômes vasomoteurs, risque cardio-vasculaire et fonction endothéliale, suivant l'âge de survenue des symptômes. Elle s'adresse à des femmes qui ont eu une coronarographie pour suspicion d'ischémie myocardique. Au total 254 femmes en post-ménopause, âgées de plus de 50 ans, sans THM, ont été enrôlées, et la mortalité cardio-vasculaire a été évaluée avec un suivi de sept ans. Les femmes avec bouffées de chaleur précoces (<42 ans, soit 16 % de la cohorte) ont une fonction endothéliale significativement détériorée et une mortalité cardio-vasculaire trois fois plus importante (p = 0,005) que les femmes présentant des bouffées de chaleur plus tardives (≥ à 42 ans, soit près de la moitié de la cohorte). À noter que les femmes n'ayant jamais eu de symptômes vasomoteurs (37 % de la cohorte) ont une mortalité cardio-vasculaire double (p = 0,05) par rapport à celles ayant des bouffées de chaleur tardives. Cette étude, pour intéressante qu'elle soit, n'est cependant pas généralisable. Elle s'adresse à une population de femmes particulières ayant pour le moins une dysfonction endothéliale micro-vasculaire coronarienne ou déjà un athérome coronarien<sup>[35]</sup>.

Plusieurs mécanismes sont susceptibles d'expliquer cette association entre SVM et risque cardio-vasculaire. Les femmes obèses<sup>[36]</sup>, et celles présentant une hypertension<sup>[37]</sup>, un diabète<sup>[38]</sup>, ont davantage de bouffées de chaleur et un surcroît de risque cardio-vasculaire. Cependant, dans l'étude d'Herbert-Gast, la première étude que nous venons de détailler, le contrôle de ces facteurs n'atténue que faiblement le lien entre symptômes vasomoteurs et risque cardio-vasculaire. La diminution des estrogènes<sup>[29]</sup> est un lien évident entre symptômes vasomoteurs et risque cardio-vasculaire. L'activation du sympathique, nous l'avons vu, est impliquée dans la genèse des BF; elle a aussi un rôle clairement établi dans les pathologies cardio-vasculaires<sup>[39]</sup>. Dysfonction endothéliale et inflammation<sup>[40]</sup> sont aussi des liens possibles et probables entre maladies cardio-vasculaires et symptômes vasomoteurs.

### B. LES MARQUEURS DU RISQUE CARDIO-VASCULAIRE ET SVM

L'étude SWAN est certainement l'étude prospective la plus importante et la plus pertinente pour évaluer l'impact du SVM sur les fonctions cardio-vasculaires et cognitives. Dans cette étude, les femmes avec un SVM ont une fonction endothéliale altérée. Celle-ci est classiquement appréciée au niveau de l'artère brachiale par la mesure du flux vasculaire après lever de garrot. On observe une diminution du flux (lFMD), une augmentation des plaques calcifiées au niveau de l'aorte<sup>[41]</sup> et une augmentation de l'IMT<sup>[42]</sup>. La diminution de la FMD a une bonne valeur prédictive d'événements cardio-vasculaires futurs<sup>[43]</sup>, comme les calcifications au niveau de l'arc aortique<sup>[44]</sup>. Ceci suggère que le syndrome vasomoteur pourrait être un marqueur de la détérioration vasculaire.

L'étude transversale de Bechlioulis<sup>[40]</sup> évalue 120 femmes ménopausées depuis moins de trois ans et âgées de 42 à 55

ans. La présence d'un SVM est associée à une diminution de la FMD au niveau de l'artère brachiale. La diminution est d'autant plus importante que les symptômes sont sévères.

Les dernières données de l'étude SWAN comportent une évaluation prospective des bouffées de chaleur sur treize ans. Après ajustements multivariés, il apparaît que seules les **bouffées de chaleur précoces** s'accompagnent d'une IMT significativement majorée chez les femmes avec des symptômes importants, versus celles avec une symptomatologie plus modeste ou inexistante <sup>[45]</sup>.

La pertinence des études avec les SVM est grandement tributaire de la façon dont les symptômes sont évalués. Dans beaucoup d'études cette évaluation est rétrospective et on peut douter de l'exactitude de tels souvenirs après des années (comme dans la *WHI Observational Study*). Dans l'étude prospective SWAN globale, les SVM sont consignés de façon prospective, mais il s'agit uniquement des symptômes « ressentis » par la patiente qui, à la différence de ceux mesurés, « **physiologiques** » (**maintenant le « gold standard »**), ne rendent pas compte de la totalité des symptômes, notamment des symptômes nocturnes, comme nous l'avons déjà vu précédemment.

Pour pallier ces manques, la *MSHeart Study* a recruté 300 femmes en bonne santé âgées de 40 à 60 ans. Elles ont été spécialement bien évaluées : étude électronique des SVM sur 3 jours, évaluation du sommeil par polysomnographie, ECG sur 24 heures, bilan biologique des plus complets. La fréquence des SVM « physiologiques » s'accompagne d'une augmentation de l'IMT carotidien et ce, de façon proportionnelle à l'intensité des symptômes, et cette association persiste après ajustement multivarié <sup>[46]</sup>. Bien plus, il apparaît que les SVM sont plus importants dans l'explication de la variance de l'IMT que tous les autres facteurs de risques CV et les hormones stéroïdiennes. Là aussi, les SVM « physiologiques » s'accompagnent d'une diminution importante de contrôle vagal, diminution encore davantage marquée durant le sommeil, alors que les SVM n'étaient pas ressentis <sup>[47]</sup>. La *MSHeart Study* s'est aussi intéressée à la fonction endothéliale. Un SVM important est associé à une diminution significative de la fonction endothéliale <sup>[48]</sup>, mais seulement dans le groupe de femmes les moins âgées (40 à 53 ans), donc celles qui ressentent précocement les symptômes. La FMD, chez ces femmes jeunes, avec plus de 10 bouffées de chaleur par jour, est réduite par un facteur 2 par rapport à celles sans bouffées de chaleur. Ainsi, plus il y a de bouffées de chaleur chez ces femmes, plus marqués sont la dysfonction endothéliale et le risque cardio-vasculaire.

Au total, deux facteurs apparaissent déterminants dans l'évaluation du retentissement CV du SVM : le moment où apparaissent les symptômes (les plus précoces sont les plus dangereux) et la façon dont sont évalués les SVM : au mieux en prospectif et surtout appréciation par enregistrement continu des bouffées de chaleur « physiologiques ». La seule étude tenant compte de ces deux facteurs est l'étude SWAN ; là est sans doute l'explication des résultats discordants entre les différentes publications.

#### ▀ SMV STRESS OXYDATIF ET CORTISOL

Gagnacci <sup>[49]</sup> s'est intéressé à la relation entre stress oxydatif et syndrome vasomoteur chez 50 femmes en postménopause

**Le SVM seul, et non le HDL cholestérol ou un autre paramètre métabolique, est relié linéairement à la diminution des défenses anti-oxydantes.**

et en bonne santé. Il a montré que les défenses antioxydantes sanguines sont déterminées en premier lieu par la présence d'un SVM. Le SVM seul, et non le HDL cholestérol ou un autre paramètre métabolique, est relié linéairement à la diminution des défenses antioxydantes ( $p < 0,0001$ ). Ce résultat est tout à fait remarquable, le stress oxydatif étant un facteur reconnu de risque cardio-vasculaire, et ces données renforcent l'idée d'un lien causal entre SVM et maladies cardio-vasculaires. Cette étude confirme celle de McLean <sup>[50]</sup> qui avait déjà montré que les bouffées de chaleur s'accompagnaient d'un stress oxydatif. Un groupe de 49 femmes en ménopause a été évalué ; le stress oxydatif est majoré chez celles qui ont des bouffées de chaleur ( $p > 0,01$ ). L'administration d'un THM fait disparaître les bouffées et, autre fait remarquable, annule complètement la différence entre les deux groupes, les défenses antioxydantes étant ramenées au niveau de celles sans SVM. Dans une autre étude, le score de Green (score classique d'évaluation des symptômes de ménopause) est associé à une augmentation du cortisol urinaire des 24 heures <sup>[51]</sup>. L'étude SWAN <sup>[52]</sup> a rapporté une élévation significative du cortisol plasmatique en présence de sueurs nocturnes. Une augmentation du cortisol joue un rôle important dans les processus liés à l'âge et a un effet délétère sur les processus immunitaires, métaboliques et cardio-vasculaires. Cette augmentation est aussi délétère pour la mémoire, les fonctions cognitives, et accélère la perte osseuse (nous reviendrons sur ces deux derniers aspects).

#### ▀ SMV ET HYPERACTIVITÉ SYMPATHIQUE

La ménopause se caractérise, lorsqu'elle survient, par l'apparition d'un syndrome métabolique « a minima » <sup>[53]</sup>. L'hypoestrogénie consécutive à la ménopause est également associée à une hyperactivité du système sympathique <sup>[54]</sup>. L'élévation du tonus sympathique central, médiée par les récepteurs  $2\alpha$  adrénergiques, a un impact sur les centres thermorégulateurs du SNC et la survenue des bouffées de chaleur et des sueurs nocturnes. Il y a un lien entre hyperactivité sympathique et troubles métaboliques <sup>[55]</sup>. Nous avons vu, contemporain des SVM, le déséquilibre sympathique/para-sympathique au profit du sympathique. Mais une élévation du tonus sympathique peut entraîner par elle-même une altération de la fonction vasculaire <sup>[56, 57]</sup>, des modifications lipidiques <sup>[58]</sup> et une insulino-résistance <sup>[55]</sup>. Tout se passe comme si les bouffées de chaleur renforçaient encore le tonus sympathique et aggravaient le syndrome métabolique de l'hypoestrogénie. Nous insisterons sur les modifications de la tension artérielle et l'insulino-résistance.

#### ▀ SVM ET TENSION ARTÉRIELLE

Une récente revue (12 études, 19 667 femmes) publiée en 2015 <sup>[59]</sup> a montré que la pression artérielle systolique (PAS) était plus élevée chez les femmes avec bouffées de

chaleur (élévation moyenne 1,95 mmHg (0,27-3,63)) ou sueurs nocturnes (élévation moyenne 1,33 mmHg (0,63-2,03)). Pour la pression artérielle diastolique (PAD), seules les sueurs nocturnes étaient associées à une augmentation de pression comparativement à l'absence de symptôme. Les bouffées de chaleur, par elles-mêmes, n'entraînent pas de risque d'hypertension, au contraire des sueurs nocturnes qui sont associées à un sur-risque d'HTA (OR 1,17 (1,04-1,31)). Toutes les études ne donnent pas les mêmes résultats, mais chez celles qui ont stratifié les résultats en fonction du poids, seules celles avec un BMI > 25 rapportent une augmentation de la TA<sup>[30, 60]</sup>.

L'étude longitudinale SWAN<sup>[61]</sup> a mesuré la tension artérielle et évalué les symptômes vasomoteurs, annuellement sur plus de huit ans, chez 2 839 femmes. Celles qui ont plus de six symptômes vasomoteurs par jour durant les deux semaines précédentes ont une augmentation significative de la PAD par rapport à celles ayant peu de symptômes, ou pas de symptômes. Le risque de développer une pré-hypertension, ou une hypertension durant le suivi, est augmenté chez ces femmes très symptomatiques (HR 1,39 (1,09 – 1,19)) après ajustements multivariés. Il semble donc que les symptômes vasomoteurs soient associés à une augmentation de la PA. L'obésité est susceptible de moduler cette association. Des données complémentaires sont bien sûres nécessaires pour préciser cet effet.

#### ■ SVM ET INSULINO-RÉSISTANCE

La carence estrogénique altère la sensibilité à l'insuline et prédispose au diabète<sup>[62, 63]</sup>. Une revue récente<sup>[64]</sup> concernant la présence de troubles vasomoteurs et les perturbations métaboliques en péri et post-ménopause signale que la plupart des études sur ce sujet sont de faible qualité et trop hétérogènes pour permettre une conclusion pertinente. Mais dans l'étude prospective SWAN<sup>[65]</sup>, un SVM important ( $\geq 6$  bouffées de chaleur par jour) s'accompagne constamment, sur un suivi de huit ans, d'une insulino-résistance évaluée par une augmentation de l'index HOMA. Ce résultat persiste après ajustement pour les taux d'E2 et de FSH. Une association comparable est également observée pour la glycémie à jeun.

Deux autres études transversales ne retrouvent pas de lien entre SVM et insulino-résistance<sup>[66, 67]</sup>. Une étude coréenne récente<sup>[68]</sup>, portant sur 1 547 femmes en post-ménopause, elle aussi transversale, a trouvé un index OHMA élevé, proportionnellement à l'intensité des symptômes. Le poids moyen des femmes participant à cette étude est normal, mais celles avec un BMI élevé étaient davantage symptomatiques. Le mécanisme reliant insulino-résistance et symptômes vasomoteurs est difficile à comprendre, mais ils partagent un certain nombre de facteurs de risque, et notamment un BMI élevé. Les données sont contradictoires, mais on ne peut conclure à l'élévation du BMI comme explication première du lien entre syndrome vasomoteur et insulino-résistance<sup>[65, 68, 69]</sup>. Une activité sympathique excessive est liée au SVM, mais aussi à l'absorption du glucose et à l'insulino-résistance<sup>[70]</sup>. Toutefois les interactions sont complexes entre système sympathique, métabolisme, obésité, hyper-insulinémie et insulino-résistance et il est difficile de savoir quel est le premier facteur à l'origine des troubles métaboliques.

Les bouffées de chaleurs s'accompagnent donc d'un

vieillessement CV et métabolique accéléré. Les mesures préventives passent d'abord par une bonne hygiène de vie et le THM a sans doute aussi une place dans cette prévention, mais dépister et traiter les pathologies dégénératives demeure essentiel.

### III. SYMPTÔMES VASOMOTEURS ET FONCTIONS COGNITIVES

Depuis toujours, en péri-ménopause, les femmes se sont plaintes de troubles de la mémoire et d'un cerveau quelque peu « embrouillé ». Elles craignent souvent que ces symptômes ne soient les prémices d'un déclin cognitif accéléré, d'autant que démence et maladie d'Alzheimer sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme<sup>[71]</sup>. Qu'en est-il dans les études? Dans l'étude SWAN<sup>[72]</sup>, 40 % des femmes en péri et post-ménopause se sont plaintes d'oubli et de perte de mémoire alors qu'elles ne sont que 31 % à se plaindre en préménopause. La *Seattle Midlife Women's Health Study*<sup>[73]</sup> s'adresse à un groupe de femmes entre 35 et 55 ans, plus de 60 % des femmes en péri-ménopause ont rapporté des troubles mnésiques. En post-ménopause, le faible taux d'estrogène est lié à des modifications cognitives et, nous l'avons vu, à une augmentation des phénomènes inflammatoires<sup>[74]</sup>. On sait maintenant que les estrogènes, par leur effet sur l'hippocampe et le cortex préfrontal, sont importants pour le maintien d'une fonction cognitive normale<sup>[75, 76]</sup>. Il est cependant probable que les changements observés en ménopause soient multifactoriels, en relation notamment avec les symptômes ménopausiques : dépression, insomnie, bouffées de chaleur... tous ces facteurs pouvant jouer en synergie ou de façon indépendante<sup>[77]</sup>.

Nous venons de voir le lien entre SVM et vascularisation périphérique ; ce lien peut-il être étendu au cerveau? On peut s'y attendre, car démences et pathologies cardiovasculaires partagent les mêmes facteurs de risque<sup>[78]</sup>. Le score vasculaire de Framingham est très pertinent pour prédire une MA<sup>[79]</sup>. Le cerveau est totalement dépendant de l'apport vasculaire, il n'a aucun moyen de suppléance. La MA débute en fait, on en convient maintenant, plus de vingt ans avant l'apparition des premiers signes cliniques. Précédant les dépôts de protéine  $\beta$ Amyloïdes ( $\beta$ A), on le sait maintenant, les modifications vasculaires sont les premières à apparaître<sup>[80]</sup>. Cette nouvelle donnée est remarquable et nous conforte dans l'idée que toute mesure préventive CV l'est aussi pour la MA. L'hypo-perfusion vasculaire et ses conséquences, comme facteur déclenchant ou aggravant une MA, est donc maintenant plus qu'une hypothèse. Après 75 ans, toutes les études montrent que la prévalence de la MA est deux fois plus importante chez la femme versus l'homme. Les modifications vasculaires et métaboliques entraînées par le SMV, et la carence estrogénique autour de la cinquantaine, pourraient expliquer cette différence<sup>[81]</sup>. Le THM qui a très probablement une place dans la prévention du vieillissement cardio-métabolique, pourrait l'avoir aussi dans la prévention de la MA.

#### ■ LES ÉTUDES CLINIQUES

Les études s'intéressant directement aux liens entre symptômes vasomoteurs et fonctions cognitives sont peu nom-

**... ce sont probablement davantage des facteurs physiologiques que psychologiques qui sont à l'origine des troubles de mémoire dans la période de transition ménopausique.**

breuses. Pauline Maki<sup>182, 831</sup> a évalué 29 femmes en péri et post-ménopause, âgées en moyenne de 53 ans. Elle a montré que les bouffées de chaleur objectivement mesurées, bien davantage que celles subjectivement rapportées (rappelons que les femmes très symptomatiques sous-estiment de moitié leurs bouffées de chaleur) s'accompagnent d'une diminution significative de la mémoire verbale chez les femmes avec troubles vasomoteurs modérés à sévères. Signalons que les troubles mnésiques étaient davantage liés aux bouffées de chaleur nocturnes que diurnes.

Ce lien entre bouffées de chaleur physiologiques et mémoire verbale est encore souligné par une étude pilote avec bloc du ganglion stellaire par injection d'anesthésique<sup>1201</sup>. Il s'agit là d'une méthode non hormonale efficace pour traiter le SVM<sup>1841</sup>. Cette étude est randomisée, Bupivacaine vs sérum salé. Après trois mois, les femmes avec un traitement actif ont une mémoire verbale significativement améliorée, et surtout une corrélation entre l'importance de la diminution des bouffées et l'amélioration de la mémoire verbale ( $p < 0,05$ ) a été observée. Ces données doivent être confirmées mais sont un bon argument en faveur de la contribution du SVM aux troubles mnésiques en péri-ménopause. Ces résultats suggèrent que ce sont probablement davantage des facteurs physiologiques que psychologiques qui sont à l'origine des troubles de mémoire dans la période de transition ménopausique<sup>182, 831</sup>.

Le même groupe a évalué 68 femmes ménopausées et a montré que la fréquence des bouffées de chaleur était reliée de façon significative à la mémoire épisodique<sup>1851</sup>. Il est maintenant clair que les estrogènes, par l'intermédiaire de RE $\alpha$ , sont neuro-protecteurs, en bonne partie grâce à leur effet anti-inflammatoire. Une carence estrogénique au niveau de la microglie (les cellules microgliales assurent la défense immunitaire du cerveau) peut favoriser le début et la progression des processus neurodégénératifs<sup>1861</sup>. Bien que l'inflammation ait toujours été traditionnellement mise en avant comme potentiellement impliquée dans les troubles cognitifs secondaires à la carence estrogénique, Maki<sup>1821</sup> suggère que le cortisol pourrait être un intermédiaire clé, entre les bouffées de chaleur « objectives », et la fonction cognitive chez les femmes très symptomatiques. Les taux de cortisol augmentent après un épisode de bouffées de chaleur et les femmes ménopausées, avec un taux élevé de cortisol urinaire, ont plus volontiers des bouffées de chaleur sévères, comparativement à celles avec un taux de cortisol normal. Une élévation de quelques jours du cortisol chez un homme normal, consécutivement à un stress psychologique, diminue les performances mnésiques de façon réversible<sup>1871</sup>.

■ **LES ÉTUDES D'IMAGERIE**

Parallèlement, des études en neuro-imagerie ont montré que les bouffées de chaleur « physiologiques » (mais non

celles seulement rapportées) s'accompagnaient de modifications structurales et fonctionnelles cérébrales défavorables. Dans une étude I.R.M.<sup>1881</sup>, les femmes ayant des bouffées de chaleur importantes ont davantage d'hyper-signaux de la substance blanche, témoins de lésions ischémiques cérébrales profondes par altération des petites artérioles. L'importance clinique de ce phénomène n'est pas négligeable comme le montre une méta-analyse des études prospectives longitudinales : 3 fois plus d'AVC, 2 fois plus de risque de démence et de décès chez les sujets ayant des hyper-signaux de la substance blanche<sup>1891</sup>. Une étude par I.R.M. fonctionnelle<sup>1901</sup> montre que les femmes avec des bouffées de chaleur sévères « physiologiques » ont des altérations de la connectivité cérébrale au niveau *des réseaux du mode par défaut*. Les *réseaux du mode par défaut* sont ceux que le cerveau active lorsque l'individu est au repos, qu'il ne fait rien et ne pense à rien. Il a un rôle dans l'organisation des données, et notamment dans le sens à donner aux différentes informations. Comparativement à l'absence de bouffées de chaleur, les bouffées de chaleur « physiologiques » importantes s'accompagnent d'une hyper-connectivité (*du mode par défaut*) au niveau de l'hippocampe et de l'aire préfrontale, régions cérébrales qui jouent un rôle majeur dans la mémoire et les fonctions exécutives. Il a déjà été montré que les troubles de la mémoire s'accompagnaient de ce type d'hyper-connectivité<sup>1911</sup>; ce mode est aussi perturbé dans nombre d'affections neurologiques comme la maladie d'Alzheimer, la schizophrénie et l'autisme<sup>1921</sup>.

Ces études préliminaires concernant les bouffées de chaleur « physiologiques » et leur retentissement cérébral doivent être confirmées, mais elles posent question sur le risque de déclin cognitif et cérébral que pourraient faire courir le SVM. Une autre étude a montré<sup>1931</sup> que le débit sanguin au niveau de l'artère cérébrale moyenne est diminué durant la bouffée de chaleur. Elle confirme l'étude pilote de Greene<sup>194, 951</sup>, qui a évalué en tomographie par émission de photons (SPECT) le débit sanguin cérébral de 12 femmes ménopausées avec un SMV. Le débit sanguin a été trouvé très diminué, notamment dans les zones pariétales et temporales, les plus touchées dans la maladie d'Alzheimer. Le débit est encore davantage réduit durant une bouffée de chaleur. Cette réduction est réversible, une estrogénothérapie augmente le débit de plus de 20 % au niveau des régions ischémisées. Cette étude très intéressante est malheureusement restée sans suite...

Les troubles de l'humeur et du sommeil consécutifs à la ménopause peuvent aussi altérer directement le fonctionnement cérébral. Une dette de sommeil s'accompagne d'une augmentation des dépôts de protéine  $\beta A$ <sup>1961</sup> cérébrale et d'un risque accru de maladie d'Alzheimer. L'étude la plus démonstrative concernant le SMV et la MA est celle de Mosconi<sup>1971</sup>. 42 femmes de 40 à 60 ans ont été évaluées : 15 asymptomatiques et en péri-ménopause (APERI), 13 symptomatiques mais encore réglées (PERI) et 14 en post-ménopause (MENO); elles ont été appariées à une population masculine comparable. Tous les sujets ont eu une IRM volumétrique, une évaluation des dépôts cérébraux de protéine  $\beta A$  et de la consommation de glucose cérébral, par PET Scan. Les deux groupes MENO et PERI ont un endo-

phénotype Alzheimer-like avec un hypo-métabolisme, une augmentation des dépôts  $\beta$ A et une diminution du volume des substances grises et blanches au niveau des régions vulnérables pour la MA ( $p > 0,001$  pour tous les items).

Deux choses sont remarquables dans ce travail : les différences sont plus tranchées entre APERI et PERI qu'entre PERI et MENO, ce qui laisse entendre un impact propre important pour le SVM, alors que les ovaires fonctionnent encore.

Les hommes étudiés en parallèle n'ont que des modifications insignifiantes de leurs fonctions cérébrales, ce qui indique que la détérioration observée chez les femmes n'est pas due à l'âge, mais bien au SVM et à la ménopause. La phase préclinique de la MA débute donc chez elles plus précocement et coïncide avec la phase de transition ménopausique. Il y a donc là, pour les femmes, opportunité d'une fenêtre d'intervention. Un THM traitant le SVM et la carence estrogénique pourrait-il ralentir l'évolution de cette phase préclinique ? C'est probable au vu de ce que nous avons vu précédemment, mais cela reste à démontrer.

#### IV. SYNDROME VASOMOTEUR ET OSTÉOPOROSE

L'ostéoporose post-ménopausique touche plus de 200 millions de femmes à travers le monde et 70 % des fractures du col du fémur concernent la population féminine<sup>1981</sup>. Ce surcroît de fractures ostéoporotiques a des conséquences socio-économiques importantes. La prévention des fractures chez la femme ménopausée est un important enjeu de santé publique mondiale<sup>1991</sup>. Les bouffées de chaleur ayant leur maximum en même temps que la perte osseuse accélérée, se pose la question d'un lien éventuel entre SVM et détérioration osseuse<sup>1100, 1021</sup>.

Ce n'est qu'en 2015 qu'a été publiée une première grande étude prospective de cohorte chez des femmes ménopausées<sup>1031</sup>. Cette étude a analysé les données médicales de plus de 23 000 femmes américaines âgées de 50 à 70 ans. Les résultats ont montré que les femmes ayant des bouffées de chaleur modérées ou sévères ont une densité minérale osseuse (DMO) significativement plus basse au niveau lombaire et fémoral et une augmentation des fractures du col du fémur durant les huit ans de suivi, comparativement à celles sans bouffées de chaleur. Le SVM est indépendant des autres facteurs de risque. Ces résultats confirment ceux obtenus par GAST<sup>11001</sup> avec une diminution significative de la DMO en présence de bouffées de chaleur. Les taux d'estradiol bas chez les femmes présentant des bouffées de chaleur sont une première explication à la diminution de la densité minérale osseuse. En ménopause, la chute de l'estradiol s'accompagne d'une élévation des cytokines inflammatoires (TNF- $\alpha$ , IL-4, IL-10 et IL-12), cytokines qui stimulent l'activité ostéoclastique, entraînent une augmentation du turnover osseux et une perte osseuse<sup>11041</sup>. Les mécanismes impliqués dans l'association SVM et ostéoporose, outre l'augmentation des cytokines pro-inflammatoires, sont sans doute l'augmentation du stress oxydatif<sup>11051</sup> et du cortisol, dont nous avons déjà parlé plus haut.

#### V. QUELLE PRISE EN CHARGE ?

La question de la prise en charge se situe à deux niveaux :

##### ▀ EN MÉNopause

Tout le monde reconnaît maintenant la nécessité de traiter les femmes symptomatiques. Le THM (en dehors de ses contre-indications bien sûr) a un rapport bénéfice-risque favorable pour peu qu'il soit introduit dans la fenêtre d'intervention, dans les dix premières années suivant le début de la ménopause. Nous prenons maintenant conscience qu'au-delà de la carence estrogénique et de ses conséquences, un SVM par lui-même accélère la détérioration vasculaire, cognitive et osseuse, et qu'au-delà du bénéfice en qualité de vie, un bénéfice en termes de santé publique peut être attendu.

##### ▀ EN PRÉMÉNopause

C'est là tout le problème, et il va falloir sans doute réviser nos concepts. L'attente de la ménopause et de l'arrêt de la sécrétion estrogénique ovarienne nous mettait dans une situation confortable. Il y a bien, au début, des réveils ovariens toujours possibles, venant perturber le THM, mais reconnaissons-le, nous nous occupons peu des SVM de la préménopause, une des raisons étant... que ce n'est pas simple. Si réellement le SVM de la préménopause s'accompagne d'un vieillissement CV encore majoré, et si les bouffées de chaleur d'avant la ménopause amorcent une phase préclinique de MA chez la femme, comme nous l'avons vu, alors il va falloir s'en occuper... Certes le SVM n'apparaîtra pas chez celles ayant encore une contraception par pilules estro-progestative (OP) ou un traitement freinage substitution. Mais pour les autres ?

Plusieurs options sont possibles : un freinage substitution avec un progestatif anti-gonadotrope et un EG naturel per os ou percutané, en combiné-continu ou séquentiel, et rappelons qu'il existe chez nous deux pilules OP avec un EG naturel. Pour celles qui ont un stérilet Mirena, rajouter un EG « à la demande » peut être une solution. Mais pour celles qui ne veulent pas d'hormone ou qui ont une contre-indication, nous retombons dans les petits moyens classiques : phytothérapie, acupuncture, clonidine, antidépresseur, Gabapentine... dont aucun n'est vraiment satisfaisant et dont nous ignorons tout d'un éventuel effet anti-vieillessement...

Ainsi, contrairement à ce qu'on a longtemps cru, symptômes vasomoteurs et maladies chroniques ne surviennent pas de façons indépendantes. Tout semble montrer que les symptômes vasomoteurs s'accompagnent d'une fragilité vasculaire, neurologique et osseuse, qui méritent d'être prises en compte. Leur présence est un signe d'alerte d'une survenue plus précoce et accélérée de ces maladies dégénératives. Elle doit conduire à rechercher ces dernières de façon à mettre en œuvre une action préventive efficace. Nous avons aujourd'hui des éléments qui permettent aussi de croire qu'un traitement efficace des bouffées de chaleur par un THM, au-delà de l'amélioration de la qualité de vie qu'il procure, contribue à cette action préventive chez ces femmes particulièrement à risque. •

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Archer DF, Sturdee DW, Baber R, et al. *Menopausal hot flushes and night sweats: where are we now?* Climacteric: the journal of the International Menopause Society 2011; 14 (5): 515-28.
- [2] Chakravarti S, Collins WP, Newton JR, Oram DH, Studd JW. *Endocrine changes and symptomatology after oophorectomy in premenopausal women.* British journal of obstetrics and gynaecology 1977; 84 (10): 769-75.
- [3] Gupta P, Sturdee DW, Palin SL, et al. *Menopausal symptoms in women treated for breast cancer: the prevalence and severity of symptoms and their perceived effects on quality of life.* Climacteric: the journal of the International Menopause Society 2006; 9 (1): 49-58.
- [4] Voda AM. *Climacteric hot flash.* Maturitas 1981; 3 (1): 73-90.
- [5] Col NF, Guthrie JR, Politi M, Dennerstein L. *Duration of vasomotor symptoms in middle-aged women: a longitudinal study.* Menopause 2009; 16 (3): 453-7.
- [6] Hunter MS, Gentry-Maharaj A, Ryan A, et al. *Prevalence, frequency and problem rating of hot flushes persist in older postmenopausal women: impact of age, body mass index, hysterectomy, hormone therapy use, lifestyle and mood in a cross-sectional cohort study of 10,418 British women aged 54-65.* BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology 2012; 119 (1): 40-50.
- [7] Avis NE, Crawford SL, Greendale G, et al. *Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition.* JAMA internal medicine 2015; 175 (4): 531-9.
- [8] Freeman EW, Sammel MD, Sanders RJ. *Risk of long-term hot flashes after natural menopause: evidence from the Penn Ovarian Aging Study cohort.* Menopause 2014; 21 (9): 924-32.
- [9] Porter M, Penney GC, Russell D, Russell E, Templeton A. *A population based survey of women's experience of the menopause.* British journal of obstetrics and gynaecology 1996; 103 (10): 1025-8.
- [10] Ayers B, Hunter MS. *Health-related quality of life of women with menopausal hot flushes and night sweats.* Climacteric: the journal of the International Menopause Society 2013; 16 (2): 235-9.
- [11] Baber RJ, Panay N, Fenton A, Group IMSW. *2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy.* Climacteric: the journal of the International Menopause Society 2016; 19 (2): 109-50.
- [12] Yeom HE, Heidrich SM. *Effect of perceived barriers to symptom management on quality of life in older breast cancer survivors.* Cancer nursing 2009; 32 (4): 309-16.
- [13] Molnar GW. *Body temperatures during menopausal hot flashes.* Journal of applied physiology 1975; 38 (3): 499-503.
- [14] Thurston RC, Christie IC, Matthews KA. *Hot flashes and cardiac vagal control: a link to cardiovascular risk?* Menopause 2010; 17 (3): 456-61.
- [15] Thayer JF, Lane RD. *The role of vagal function in the risk for cardiovascular disease and mortality.* Biological psychology 2007; 74 (2): 224-42.
- [16] Silverman RW, Bajorek JG, Lomax P, Tataryn IV. *Monitoring the pathophysiological correlates of postmenopausal hot flushes.* Maturitas 1981; 3 (1): 39-46.
- [17] Maki PM, Rubin LH, Fornelli D, et al. *Effects of botanicals and combined hormone therapy on cognition in postmenopausal women.* Menopause 2009; 16 (6): 1167-77.
- [18] Sievert LL. *Subjective and objective measures of hot flashes.* American journal of human biology: the official journal of the Human Biology Council 2013; 25 (5): 573-80.
- [19] Carpenter JS, Storniolo AM, Johns S, et al. *Randomized, double-blind, placebo-controlled crossover trials of venlafaxine for hot flashes after breast cancer.* The oncologist 2007; 12 (1): 124-35.
- [20] Walega DR, Rubin LH, Banuvar S, Shulman LP, Maki PM. *Effects of stellate ganglion block on vasomotor symptoms: findings from a randomized controlled clinical trial in postmenopausal women.* Menopause 2014; 21 (8): 807-14.
- [21] Zwain IH, Yen SS. *Neurosteroidogenesis in astrocytes, oligodendrocytes, and neurons of cerebral cortex of rat brain.* Endocrinology 1999; 140 (8): 3843-52.
- [22] Leadem CA, Crowley WR, Simpkins JW, Kalra SP. *Effects of naloxone on catecholamine and LHRH release from the perfused hypothalamus of the steroid-primed rat.* Neuroendocrinology 1985; 40 (6): 497-500.
- [23] Berendsen HH. *The role of serotonin in hot flushes.* Maturitas 2000; 36 (3): 155-64.
- [24] Jayasena CN, Comninou AN, Stefanopoulou E, et al. *Neurokinin B administration induces hot flushes in women.* Scientific reports 2015; 5: 8466.
- [25] Russell FA, King R, Smillie SJ, Kodji X, Brain SD. *Calcitonin gene-related peptide: physiology and pathophysiology.* Physiological reviews 2014; 94 (4): 1099-142.
- [26] Gupta P, Harte AL, da Silva NF, et al. *Expression of calcitonin gene-related peptide, adrenomedullin, and receptor modifying proteins in human adipose tissue and alteration in their expression with menopause status.* Menopause 2007; 14 (6): 1031-8.
- [27] Edvinsson L. *CGRP receptor antagonists and antibodies against CGRP and its receptor in migraine treatment.* British journal of clinical pharmacology 2015; 80 (2): 193-9.
- [28] Herber-Gast G, Brown WJ, Mishra GD. *Hot flushes and night sweats are associated with coronary heart disease risk in midlife: a longitudinal study.* BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology 2015; 122 (11): 1560-7.
- [29] Gast GC, Pop VJ, Samsioe GN, et al. *Vasomotor menopausal symptoms are associated with increased risk of coronary heart disease.* Menopause 2011; 18 (2): 146-51.
- [30] Hitchcock CL, Elliott TG, Norman EG, Stajic V, Teede H, Prior JC. *Hot flushes and night sweats differ in associations with cardiovascular markers in healthy early postmenopausal women.* Menopause 2012; 19 (11): 1208-14.
- [31] Svartberg J, von Muhlen D, Kritiz-Silverstein D, Barrett-Connor E. *Vasomotor symptoms and mortality: the Rancho Bernardo Study.* Menopause 2009; 16 (5): 888-91.
- [32] Szmulowicz ED, Manson JE, Rossouw JE, et al. *Vasomotor symptoms and cardiovascular events in postmenopausal women.* Menopause 2011; 18 (6): 603-10.
- [33] Muka T, Oliver-Williams C, Colpani V, et al. *Association of Vasomotor and Other Menopausal Symptoms with Risk of Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis.* PLoS one 2016; 11 (6): e0157417.
- [34] Thurston RC, Johnson BD, Shufelt CL, et al. *Menopausal symptoms and cardiovascular disease mortality in the Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE).* Menopause 2017; 24 (2): 126-32.
- [35] Merz CN, Kelsey SF, Pepine CJ, et al. *The Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) study: protocol design, methodology and feasibility report.* Journal of the American College of Cardiology 1999; 33 (6): 1453-61.
- [36] Thurston RC, Sowers MR, Chang Y, et al. *Adiposity and reporting of vasomotor symptoms among midlife women: the study of women's health across the nation.* American journal of epidemiology 2008; 167 (1): 78-85.
- [37] Gerber LM, Sievert LL, Warren K, Pickering TG, Schwartz JE. *Hot flashes are associated with increased ambulatory systolic blood pressure.* Menopause 2007; 14 (2): 308-15.
- [38] Herber-Gast GC, Mishra GD. *Early severe vasomotor menopausal symptoms are associated with diabetes.* Menopause 2014; 21 (8): 855-60.
- [39] Malpas SC. *Sympathetic nervous system overactivity and its role in the development of cardiovascular disease.* Physiological reviews 2010; 90 (2): 513-57.
- [40] Bechlioulis A, Kalantaridou SN, Naka KK, et al. *Endothelial function, but not carotid intima-media thickness, is affected early in menopause and is associated with severity of hot flashes.* The Journal of clinical endocrinology and metabolism 2010; 95 (3): 1199-206.
- [41] Thurston RC, Sutton-Tyrrell K, Everson-Rose SA, Hess R, Matthews KA. *Hot flashes and subclinical cardio-vascular disease: findings from the Study of Women's Health Across the Nation Heart Study.* Circulation 2008; 118 (12): 1234-40.
- [42] Thurston RC, Sutton-Tyrrell K, Everson-Rose SA, Hess R, Powell LH, Matthews KA. *Hot flashes and carotid intima media thickness among midlife women.* Menopause 2011; 18 (4): 352-8.
- [43] Yeboah J, Crouse JR, Hsu FC, Burke GL, Herrington DM. *Brachial flow-mediated dilation predicts incident cardiovascular events in older adults: the Cardiovascular Health Study.* Circulation 2007; 115 (18): 2390-7.
- [44] Iribarren C, Sidney S, Sternfeld B, Browner WS. *Calcification of the aortic arch: risk factors and association with coronary heart disease, stroke, and peripheral vascular disease.* Jama 2000; 283 (21): 2810-5.
- [45] Thurston RC, El Khoudary SR, Tepper PG, et al. *Trajectories of Vasomotor Symptoms and Carotid Intima Media Thickness in the Study of Women's Health Across the Nation.* Stroke 2016; 47 (1): 12-7.
- [46] Thurston RC, Chang Y, Barinas-Mitchell E, et al. *Menopausal Hot Flashes and Carotid Intima Media Thickness Among Midlife Women.* Stroke 2016; 47 (12): 2910-5.
- [47] Thurston RC, Matthews KA, Chang Y, et al. *Changes in heart rate variability during vasomotor symptoms among midlife women.* Menopause 2016; 23 (5): 499-505.
- [48] Thurston RC, Chang Y, Barinas-Mitchell E, et al. *Physiologically assessed hot flashes and endothelial function among midlife women.* Menopause 2017; 24 (8): 886-93.
- [49] Cagnacci A, Cannolella M, Palma F, Bellafrente M, Romani C, Palmieri B. *Relation between oxidative stress and climacteric symptoms in early postmenopausal women.* Climacteric: the journal of the International Menopause Society 2015; 18 (4): 631-6.
- [50] Leal M, Diaz J, Serrano E, Abellan J, Carbonell LF. *Hormone replacement therapy for oxidative stress in postmenopausal women with hot flushes.* Obstetrics and gynecology 2000; 95 (6 Pt 1): 804-9.

- [51] Cagnacci A, Cannolella M, Caretto S, Zanin R, Xholli A, Volpe A. *Increased cortisol level : a possible link between climacteric symptoms and cardiovascular risk factors*. Menopause 2011 ; 18 (3) : 273-8.
- [52] Gordon JL, Rubinow DR, Thurston RC, Paulson J, Schmidt PJ, Girdler SS. *Cardiovascular, hemodynamic, neuroendocrine, and inflammatory markers in women with and without vasomotor symptoms*. Menopause 2016 ; 23 (11) : 1189-98.
- [53] Salpeter SR, Walsh JM, Ormiston TM, Greyber E, Buckley NS, Salpeter EE. *Meta-analysis : effect of hormone-replacement therapy on components of the metabolic syndrome in postmenopausal women*. Diabetes, obesity & metabolism 2006 ; 8(5) : 538-54.
- [54] Freedman RR. *Menopausal hot flashes : mechanisms, endocrinology, treatment*. The Journal of steroid biochemistry and molecular biology 2014 ; 142 : 115-20.
- [55] Schlaich M, Straznicki N, Lambert E, Lambert G. *Metabolic syndrome : a sympathetic disease ?* The Lancet Diabetes & endocrinology 2015 ; 3 (2) : 148-57.
- [56] Sverrisdottir YB, Jansson LM, Hagg U, Gan LM. *Muscle sympathetic nerve activity is related to a surrogate marker of endothelial function in healthy individuals*. PLoS one 2010 ; 5 (2) : e9257.
- [57] Vongpatanasin W. *Autonomic regulation of blood pressure in menopause*. Seminars in reproductive medicine 2009 ; 27 (4) : 338-45.
- [58] Lambert E, Straznicki N, Sari CI, et al. *Dyslipidemia is associated with sympathetic nervous activation and impaired endothelial function in young females*. American journal of hypertension 2013 ; 26 (2) : 250-6.
- [59] Franco OH, Muka T, Colpani V, et al. *Vasomotor symptoms in women and cardiovascular risk markers : Systematic review and meta-analysis*. Maturitas 2015 ; 81 (3) : 353-61.
- [60] Silveira JS, Clapauch R, Souza M, Bouskela E. *Hot flashes : emerging cardiovascular risk factors in recent and late postmenopause and their association with higher blood pressure*. Menopause 2016 ; 23 (8) : 846-55.
- [61] Jackson EA, El Khoudary SR, Crawford SL, et al. *Hot Flash Frequency and Blood Pressure : Data from the Study of Women's Health Across the Nation*. Journal of women's health 2016 ; 25 (12) : 1204-9.
- [62] Mauvais-Jarvis F. *Is Estradiol a Biomarker of Type 2 Diabetes Risk in Postmenopausal Women ?* Diabetes 2017 ; 66 (3) : 568-70.
- [63] Mauvais-Jarvis F, Manson JE, Stevenson JC, Fonseca VA. *Menopausal Hormone Therapy and Type 2 Diabetes Prevention : Evidence, Mechanisms, and Clinical Implications*. Endocrine reviews 2017 ; 38 (3) : 173-88.
- [64] Van Dijk GM, Maneva M, Colpani V, et al. *The association between vasomotor symptoms and metabolic health in peri- and postmenopausal women : a systematic review*. Maturitas 2015 ; 80 (2) : 140-7.
- [65] Thurston RC, El Khoudary SR, Sutton-Tyrrell K, et al. *Vasomotor symptoms and insulin resistance in the study of women's health across the nation*. The Journal of clinical endocrinology and metabolism 2012 ; 97 (10) : 3487-94.
- [66] Tuomikoski P, Ylikorkala O, Mikkola TS. *Menopausal hot flashes and insulin resistance*. Menopause 2012 ; 19 (10) : 1116-20.
- [67] Ryu KJ, Park HT, Kwon DH, et al. *Vasomotor symptoms and metabolic syndrome in Korean postmenopausal women*. Menopause 2015 ; 22 (11) : 1239-45.
- [68] Kwon DH, Lee JH, Ryu KJ, Park HT, Kim T. *Vasomotor symptoms and the homeostatic model assessment of insulin-resistance in Korean postmenopausal women*. Obstetrics & gynecology science 2016 ; 59 (1) : 45-9.
- [69] Lee SW, Jo HH, Kim MR, Kwon DJ, You YO, Kim JH. *Association between menopausal symptoms and metabolic syndrome in postmenopausal women*. Archives of gynecology and obstetrics 2012 ; 285 (2) : 541-8.
- [70] Thorp AA, Schlaich MP. *Relevance of Sympathetic Nervous System Activation in Obesity and Metabolic Syndrome*. Journal of diabetes research 2015 ; 2015 : 341583.
- [71] Pike CJ. *Sex and the development of Alzheimer's disease*. Journal of neuroscience research 2017 ; 95 (1-2) : 671-80.
- [72] Gold EB, Sternfeld B, Kelsey JL, et al. *Relation of demographic and lifestyle factors to symptoms in a multi-racial/ethnic population of women 40-55 years of age*. American journal of epidemiology 2000 ; 152 (5) : 463-73.
- [73] Woods NF, Mitchell ES, Adams C. *Memory functioning among midlife women : observations from the Seattle Midlife Women's Health Study*. Menopause 2000 ; 7 (4) : 257-65.
- [74] Au A, Feher A, McPhee L, Jessa A, Oh S, Einstein G. *Estrogens, inflammation and cognition*. Frontiers in neuroendocrinology 2016 ; 40 : 87-100.
- [75] McEwen B. *Estrogen actions throughout the brain*. Recent progress in hormone research 2002 ; 57 : 357-84.
- [76] Morrison JH, Brinton RD, Schmidt PJ, Gore AC. *Estrogen, menopause, and the aging brain : how basic neuroscience can inform hormone therapy in women*. The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience 2006 ; 26 (41) : 10332-48.
- [77] Greendale GA, Wight RG, Huang MH, et al. *Menopause-associated symptoms and cognitive performance : results from the study of women's health across the nation*. American journal of epidemiology 2010 ; 171 (11) : 1214-24.
- [78] Nucera A, Hachinski V. *Cerebrovascular and Alzheimer disease : fellow travelers or partners in crime ?* Journal of neurochemistry 2018 ; 144 (5) : 513-6.
- [79] Kaffashian S, Dugravot A, Elbaz A, et al. *Predicting cognitive decline : a dementia risk score vs. the Framingham vascular risk scores*. Neurology 2013 ; 80 (14) : 1300-6.
- [80] Girouard H, Munter LM. *The many faces of vascular cognitive impairment*. Journal of neurochemistry 2018 ; 144 (5) : 509-12.
- [81] Diener HC. *Prevention of dementia should start 20 years before symptoms become apparent*. European heart journal 2011 ; 32 (18) : 2228-30.
- [82] Maki PM, Drogos LL, Rubin LH, Banuvar S, Shulman LP, Geller SE. *Objective hot flashes are negatively related to verbal memory performance in midlife women*. Menopause 2008 ; 15 (5) : 848-56.
- [83] Maki PM, Dumas J. *Mechanisms of action of estrogen in the brain : insights from human neuroimaging and psychopharmacologic studies*. Seminars in reproductive medicine 2009 ; 27 (3) : 250-9.
- [84] Lipov E, Lipov S, Stark JT. *Stellate ganglion blockade provides relief from menopausal hot flashes : a case report series*. Journal of women's health 2005 ; 14 (8) : 737-41.
- [85] Drogos LL, Rubin LH, Geller SE, Banuvar S, Shulman LP, Maki PM. *Objective cognitive performance is related to subjective memory complaints in midlife women with moderate to severe vasomotor symptoms*. Menopause 2013 ; 20 (12) : 1236-42.
- [86] Villa A, Vegeto E, Poletti A, Maggi A. *Estrogens, Neuroinflammation, and Neurodegeneration*. Endocrine reviews 2016 ; 37 (4) : 372-402.
- [87] Newcomer JW, Selke G, Melson AK, et al. *Decreased memory performance in healthy humans induced by stress-level cortisol treatment*. Archives of general psychiatry 1999 ; 56 (6) : 527-33.
- [88] Thurston RC, Aizenstein HJ, Derby CA, Sejdic E, Maki PM. *Menopausal hot flashes and white matter hyperintensities*. Menopause 2016 ; 23 (1) : 27-32.
- [89] Dobbie S, Markus HS. *The clinical importance of white matter hyperintensities on brain magnetic resonance imaging : systematic review and meta-analysis*. Bmj 2010 ; 341 : c3666.
- [90] Thurston RC, Maki PM, Derby CA, Sejdic E, Aizenstein HJ. *Menopausal hot flashes and the default mode network*. Fertility and sterility 2015 ; 103 (6) : 1572-8 e1.
- [91] Daselaar SM, Prince SE, Cabeza R. *When less means more : deactivations during encoding that predict subsequent memory*. NeuroImage 2004 ; 23 (3) : 921-7.
- [92] Mowinckel AM, Alnaes D, Pedersen ML, et al. *Increased default-mode variability is related to reduced task-performance and is evident in adults with ADHD*. NeuroImage Clinical 2017 ; 16 : 369-82.
- [93] Lucas RA, Ganio MS, Pearson J, Crandall CG. *Brain blood flow and cardiovascular responses to hot flashes in postmenopausal women*. Menopause 2013 ; 20(3) : 299-304.
- [94] Greendale GA, Reboussin BA, Slone S, Wasilauskas C, Pike MC, Ursin G. *Postmenopausal hormone therapy and change in mammographic density*. J Natl Cancer Inst 2003 ; 95 (1) : 30-7.
- [95] Greene RA. *Cerebral blood flow. Fertility and sterility 2000 ; 73 (1) : 143.*
- [96] Spira AP, Gamaldo AA, An Y, et al. *Self-reported sleep and beta-amyloid deposition in community-dwelling older adults*. JAMA neurology 2013 ; 70 (12) : 1537-43.
- [97] Mosconi L, Berti V, Quinn C, et al. *Sex differences in Alzheimer risk : Brain imaging of endocrine vs chronologic aging*. Neurology 2017 ; 89 (13) : 1382-90.
- [98] Kruger MC, Wolber FM. *Osteoporosis : Modern Paradigms for Last Century's Bones*. Nutrients 2016 ; 8 (6).
- [99] Gambacciani M, Levancini M. *Hormone replacement therapy and the prevention of postmenopausal osteoporosis*. Przegląd menopauzalny = Menopause review 2014 ; 13 (4) : 213-20.
- [100] Gast GC, Grobbee DE, Pop VJ, et al. *Vasomotor symptoms are associated with a lower bone mineral density*. Menopause 2009 ; 16 (2) : 231-8.
- [101] Salamone LM, Gregg E, Wolf RL, et al. *Are menopausal symptoms associated with bone mineral density and changes in bone mineral density in premenopausal women ?* Maturitas 1998 ; 29 (2) : 179-87.
- [102] Tural A, Yoldemir T, Erenus M. *Assessment of bone mineral density should be considered earlier in perimenopausal women with vasomotor symptoms*. International journal of gynaecology and obstetrics : the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics 2009 ; 107 (2) : 114-6.
- [103] Crandall CJ, Aragaki A, Cauley JA, et al. *Associations of menopausal vasomotor symptoms with fracture incidence*. The Journal of clinical endocrinology and metabolism 2015 ; 100 (2) : 524-34.
- [104] McLean RR. *Proinflammatory cytokines and osteoporosis*. Current osteoporosis reports 2009 ; 7 (4) : 134-9.
- [105] Doshi SB, Agarwal A. *The role of oxidative stress in menopause*. Journal of mid-life health 2013 ; 4 (3) : 140-6.

# Ménopause et Sexualité

PAR BRIGITTE LETOMBE, GYNÉCOLOGUE, HÔPITAL JEANNE DE FLANDRE - CHU LILLE

## RÉSUMÉ

La santé sexuelle fait partie de la santé globale et doit être appréciée par les médecins cela d'autant qu'existent des dysfonctions sexuelles féminines dont la fréquence et la répercussion sur la vie personnelle peuvent s'aggraver avec l'avancée en âge et l'installation de la ménopause.

Si la sexualité est bien sûr influencée par des facteurs biologiques hormonaux (notamment l'hypoestrogénie) elle l'est aussi et surtout par des facteurs psychologiques, socio-culturels et relationnels. En plus des solutions thérapeutiques que nous avons à apporter pour améliorer le confort des relations sexuelles, il faut savoir interroger, écouter, informer, dédramatiser, apprécier le rôle du partenaire et faire accepter les nouveaux rythmes du corps, tout en renforçant l'estime de soi des femmes de plus de 50 ans.

### MOTS-CLÉS

Concept de santé sexuelle, Dysfonctions sexuelles féminines (DSF), Atrophie vulvo-vaginale/Syndrome génito-urinaire de la ménopause (AVV/SGM).

## SUMMARY

### Sexual well-being after Menopause

Health-care practitioners need to broach the topic of sexuality in the clinical setting because sexual well-being frequently declines with age and menopause transition. The physiological changes, sex hormone insufficiency and postmenopausal symptoms (such as dyspareunia), are primary factors contributing to female sexual dysfunction FSD at midlife but other non-biologic factors can strongly impact women's overall sexual experience. Psychosocial factors are important in determining sexual function after menopause (anxiety, depression, other relationship changes including conflict in family but also sexual and health of partner) at last above all woman's attitude about menopause. We have to treat the vulvo-vaginal atrophy to improve sexual comfort but we have also to question, listen, inform and to play down the importance of menopause and to strengthen self-esteem of women about fifty.

### KEYWORDS

Sexual well-being, Female Sexual Dysfunctions (FSD), Vulvo vaginal atrophy/Genitourinary Syndrom (VVA/GSM).

**S**i au XVIII<sup>e</sup> siècle seulement 30 % des femmes atteignaient l'âge de la ménopause, aujourd'hui c'est 90 % des femmes qui l'atteignent, ce sont 400 000 nouvelles femmes chaque année et 11 millions de femmes sont ménopausées en France.

L'accroissement de l'espérance de vie permet à une femme de 50 ans aujourd'hui d'espérer vivre encore 35 ans soit pratiquement autant de temps ménopausée que de temps de période d'activité génitale soit 1/3 de son existence.

Or la sexualité est un élément important de la vie des hommes et des femmes quel que soit l'âge.

Si Simone de Beauvoir écrivait dans *La vieillesse* <sup>[1]</sup> en 1970 : « *La personne âgée sous la pression de l'opinion, se plie à l'idéal conventionnel qui lui est proposé. Elle craint le scandale ou simplement le ridicule. Elle intériorise les consignes de décence, de chasteté imposées par la société. Ses désirs mêmes lui font honte, elle les nie : elle refuse d'être à ses propres yeux un vieillard lubrique, une vieille dévergondée. Elle se défend contre les pulsions sexuelles au point de les refouler dans l'inconscient* », heureusement au XXI<sup>e</sup> siècle la ménopause ne sonne plus le glas de la sexualité ni de la féminité pour la « génération pilule » et les seniors imposent un regard nouveau sur leur sexualité comme le montrent les grandes enquêtes internationales <sup>[2]</sup>.

Des études récentes montrent bien que sur ces vingt dernières années la fréquence des relations sexuelles et la satisfaction sexuelle ont augmenté chez les femmes de plus de 50 ans <sup>[3]</sup>.

Quoi qu'il en soit lors de la période ménopausique, en plus de l'hypoestrogénie, la femme doit faire face à nombre

de facteurs qui se conjuguent pour avoir un impact potentiel sur sa qualité de vie et sa sexualité. Si certaines femmes s'enhardissent et osent nous en parler, beaucoup avouent qu'elles espèrent que ce soient les professionnels de santé qui les interrogent spontanément sur cet aspect sexuel de leur qualité de vie <sup>[4, 5]</sup>.

La ménopause est une étape très particulière dans la vie d'une femme, moment d'extrême fragilité où la relation aux enfants, aux parents, au sexe opposé est en pleine mouvance. C'est le temps des changements professionnels, voire de la retraite, du départ des enfants, des modifications corporelles accompagnant l'arrêt des règles. Cette période de changements, de pertes, de dévalorisation (encore souvent lue dans le regard des autres) est une période de crise qui s'accompagne d'un sentiment de danger, d'urgence du temps qui passe, d'urgence à utiliser le temps qui reste ; « *c'est le moment où jamais* » <sup>[6]</sup>. Chaque femme, face à ces changements de repères, devra mobiliser ses capacités adaptatives et réagira différemment en fonction de sa structure mentale et de son vécu pour lutter dans une société qui, même si elle s'en défend, supporte encore mal la « maturité » et la vieillesse, synonymes toujours de chute de performance voire de déchéance.

**C'est dans ce contexte que doit s'insérer une consultation spécifique de la ménopause propice à l'instauration d'un dialogue sur tout cet environnement et notamment sur la Santé Sexuelle.**

Le concept de **Santé Sexuelle** est de plus en plus présent dans la sphère médicale, considéré comme un domaine à

part entière de la santé générale et du bien-être psychique et physique. Il a été défini en 1975 par l'Organisation Mondiale de la Santé: « *La santé sexuelle est l'intégration des aspects somatiques, affectifs, intellectuels et sociaux de l'être sexué, de façon à parvenir à un enrichissement et un épanouissement de la personnalité humaine, de la communication et de l'amour.* »

Redéfini en 2002 comme « *l'expérience d'un processus continu de bien-être sexuel physique, psychologique et socio-culturel: la santé sexuelle est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et sociétal relié à la sexualité. Elle ne saurait être réduite à l'absence de maladies, de dysfonctions ou de d'infirmités* »<sup>[17]</sup>. La place et le rôle des médecins dans la prise en charge de la santé sexuelle sont rappelés dans la déclaration de principe de la SOGC (counseling sur la santé sexuelle offert par les médecins)<sup>[18]</sup>.

« *La santé, les connaissances, l'information et le traitement en matière de sexualité sont des composantes importantes de l'exercice de la médecine. Les médecins doivent considérer que l'évaluation de la santé sexuelle des patientes et de leurs besoins fait partie intégrante des soins à offrir* »<sup>[19]</sup>.

Le rôle du médecin est là majeur pour rassurer, autoriser, dédramatiser, expliquer la physiologie des phénomènes de vieillissement. La ménopause, responsable d'une carence estrogénique, peut entraîner tôt ou tard, au sein de la symptomatologie climatérique, des troubles génitaux et autres plus ou moins sévères qui peuvent retentir sur la réponse sexuelle même si ces dernières sont plus souvent dues à une anticipation et des représentations négatives qu'à des effets biologiques ou hormonaux pour lesquels existent de toute façon des thérapeutiques. Déjà la verbalisation du diagnostic de ménopause peut chez certaines femmes déclencher comme « un coup de tonnerre dans un ciel serein » et faire prendre conscience brutalement du processus de vieillissement jusque-là totalement éludé. L'hypoestrogénie et sa symptomatologie climatérique parfois s'ajoutent à l'avancée en âge et à la nécessité d'apprivoiser et d'appréhender ce corps qui vieillit avec l'apparition en plus de certaines pathologies chroniques (cardio-vasculaire, rhumatologique) limitant l'activité physique, nécessitant la mise sous traitement au long cours pouvant altérer l'estime de soi, avec la perception aiguë d'une baisse de pouvoir de séduction.

La dysfonction sexuelle peut d'ailleurs être un des premiers symptômes de ces maladies chroniques (dépression, pathologies cardio-vasculaires, incontinence urinaire) et leurs thérapeutiques spécifiques l'aggraver comme les antidépresseurs<sup>[10]</sup>.

## DYSFONCTIONS SEXUELLES FÉMININES (DSF)

La plupart des études s'intéressant aux dysfonctions sexuelles montrent qu'elles sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes<sup>[11]</sup>.

Le modèle de la réponse sexuelle en quatre phases de Master et Johnson est la base de la classification du DSM-IV avec donc quatre catégories majeures de dysfonctions<sup>[12,13]</sup>.

- Troubles du désir/intérêt (incluant l'HSDD et l'aversion sexuelle);
- Troubles de l'excitation (lubrification);
- Troubles de l'orgasme;
- et enfin, douleurs incluant dyspareunie et vaginisme.

Doivent y être ajoutées la détresse et les difficultés relationnelles que ces difficultés sexuelles créent avec répercussion sur la qualité de vie<sup>[14]</sup>.

À noter que Rosemary Basson<sup>[15]</sup> propose aussi de remplacer le modèle linéaire désir-excitation-orgasme par un modèle circulaire où le désir pourrait survenir secondairement comme conséquence plutôt qu'en initiation de l'activité sexuelle.

## PRÉVALENCE DES DSF ET ÂGE

Elle varie de 20 à 50 % tout âge confondu<sup>[9]</sup>. Nombre d'études rapportent pour les femmes de 40 ans et plus des prévalences de 33 %<sup>[16]</sup> à 51 %<sup>[17]</sup>.

Ces prévalences varient largement en fonction des DSF étudiées pour les troubles du désir, cela va de 6 à 43 %<sup>[18, 19, 20]</sup>, pour les troubles de l'orgasme de 23 à 34 %<sup>[13, 14]</sup>, pour l'atrophie vulvo-vaginale (SGM) 40 à 63 %<sup>[21]</sup>.

En matière de sexualité ce sont les différentes définitions, méthodes d'étude, types de population étudiée (âge, transition ménopausique ou ménopause installée), d'instruments employés (validés ou non) ainsi que l'utilisation ou non de la détresse personnelle en conséquence qui expliquent ces grosses variations de chiffres.

L'impact de l'âge sur la fonction sexuelle et sur les DSF a été étudié dans la revue de la littérature par Hayes et Dennerstein: si avec l'âge existe une baisse de la fonction sexuelle, spécifiquement au niveau du désir, de l'intérêt sexuel et de la fréquence de l'orgasme<sup>[22]</sup>, de façon évidente il est à noter que le niveau de détresse lié à ces difficultés lui reste stable. Globalement, si l'on s'en tient à l'activité sexuelle il semble que 75 % des femmes de 40 à 69 ans se déclarent sexuellement actives dont 2/3 se disent satisfaites ce qui correspond au même taux que les plus jeunes femmes.

Dans l'enquête de Laumann réalisée sur 26000 personnes entre 40 et 80 ans dans 29 pays, 79 % des hommes et 65 % des femmes de 60 à 69 ans estiment que la sexualité reste importante pour eux et c'est toujours important pour 64 % des hommes et 37 % des femmes de 70 à 79 ans. La même enquête confirme la fréquence des rapports sexuels toujours importante à cet âge, 70 % des hommes et 64 % des femmes pensent que la capacité sexuelle diminue avec l'âge, mais lorsque les auteurs les interrogent sur l'âge auquel cela se produira les réponses sont les suivantes: les 40-49 ans disent « *entre 60 et 69 ans* », les 50-59 ans « *à partir de 70 ans* » et les 60-69 ans « *à partir de 75 ans* »: donc toujours pour la décennie suivante!

Une enquête récente sur 3005 hommes et femmes aux USA montre que 73 % des 57-64 ans, 53 % des 65-74 ans et 26 % des 75-85 ans ont une activité sexuelle, le facteur déterminant étant la présence de problèmes de santé. Une des raisons les plus fréquentes d'inactivité sexuelle pour les femmes de cette étude étant un problème de santé masculin (64 %) ou un manque d'intérêt sexuel (51 %)<sup>[14]</sup>. Ce qui corrobore les conclusions déjà anciennes de Pfeiffer et al.<sup>[23]</sup> qui montraient que l'arrêt de la sexualité se situant à 60 ans pour les femmes et 68 ans pour les hommes était imputable surtout au conjoint et non à l'épouse.

Quand même, force est de constater qu'il existe une évolution comme l'a montré récemment Beckman et al.<sup>[24]</sup> dans une population de 1 506 adultes (946 femmes et 560

hommes) suivis entre 1971 et 2001 : les septuagénaires de 2000 sont 54 % à avoir eu une activité sexuelle dans l'année écoulée alors qu'ils étaient 30 % en 1971, chez les femmes mariées le taux est passé de 38 à 56 %, chez les femmes célibataires de 1 à 12 %. À signaler une fréquence de divorces et nouveaux couples qui augmente parallèlement à la satisfaction sexuelle. Ce qui doit nous rappeler que si la carence estrogénique entraîne tôt ou tard au sein de la symptomatologie climatérique des troubles génitaux et autres plus ou moins sévères retentissant sur la réponse sexuelle, bien d'autres facteurs non hormonaux interviennent aussi sur la sexualité et doivent être pris en compte : l'âge et le vieillissement du corps, le couple ancien et son usure ou au contraire nouveau avec ses découvertes, les facteurs psychologiques personnels existentiels, les facteurs socioculturels. Interviennent le regard de l'autre « *l'homme voit dans sa partenaire le reflet de son propre vieillissement et accepte la cinquantaine de sa femme s'il s'accepte vieillissant* »<sup>[25]</sup> mais aussi le propre regard de la femme sur ce corps qu'elle doit continuer d'investir.

C'est ainsi, dès la quarantaine, qu'il faudra insister sur la surveillance du poids, la nécessité d'augmenter ou au moins débiter une activité physique pour lutter contre la perte musculaire et la prise de poids. Car il est vrai qu'une personne qui vieillit et ne se sent plus désirable peut voir son désir sexuel se bloquer. Mais si elle prend soin d'elle et continue à aimer son corps et le plaisir qu'il peut lui apporter, si elle sait apprécier l'intimité des corps, le désir persiste à 80 ans et plus. Nombreuses sont les femmes qui ont besoin d'un véritable « coaching » dans notre société où le jeunisme prédomine.

Sur le plan purement sexuel, il faut expliquer que le corps vieillissant réagit différemment et qu'il nécessite plus de stimulation pour ne pas s'alarmer de modifications dans la réponse sexuelle<sup>[26]</sup>. Sexuellement, il faut savoir accepter l'évolution inéluctable du « ce n'est plus comme avant » et découvrir et apprendre à fonctionner avec un corps qui change.

À nous, médecins, de diffuser suffisamment tôt l'information pour que ces modifications, sources d'interrogations, ne conduisent pas à confondre évolution normale et pathologie pouvant aboutir à l'arrêt de toute activité sexuelle, dans le silence souvent.

**Existe-t-il un « syndrome dépressif » spécifique de la ménopause** qui doublerait la prévalence des difficultés sexuelles ?<sup>[27]</sup> Ces troubles psychoaffectifs ne sont-ils pas tout simplement la résultante des modifications de l'environnement, de l'âge, ou des événements de vie ? Certaines études supportent un rôle de l'hypoestrogénie<sup>[28]</sup> d'autant qu'existent des récepteurs estrogéniques au niveau du tronc cérébral et, plus haut, au niveau du système limbique et qu'un THM peut avoir parfois un effet spectaculaire sur la symptomatologie dépressive surtout en transition ménopausique<sup>[29]</sup>. D'autres, toutefois, y voient peu de liens ou le nient au contraire, mettant en évidence que ce sont surtout des éléments psychosociaux (dont le statut sexuel antérieur, les sentiments pour le partenaire) qui interfèrent beaucoup plus sur le sentiment de bien-être que les changements endocriniens de la ménopause<sup>[30]</sup>. Pour d'autres, enfin, la dépression à la ménopause est essentiellement liée à des antécédents dépressifs antérieurs<sup>[11,31]</sup>.

Il est par ailleurs bien connu que les thérapeutiques anti-dépressives (SSRI ou SNRI) ont un impact négatif sur la réponse sexuelle<sup>[32]</sup>. Ce qui est loin d'être négligeable dans une ambiance « anti-THM » où l'on prescrit bien trop largement ces thérapeutiques pour une symptomatologie vasomotrice trop bruyante.

Sur le plan purement sexuel, le partenaire (souvent du même âge) doit s'adapter à la baisse de libido, à une certaine lenteur à l'excitation et à l'orgasme de sa partenaire, or lui aussi commence à douter de ses performances. Il se remet alors en question face à l'absence de réaction de la part de sa femme et, bien souvent, la peur de l'échec le conduit à abrégé les préliminaires amoureux, ce qui bien sûr accroît la mésentente conjugale. Quand ce ne sont pas ses propres conduites d'évitement, de crainte de « ne plus être à la hauteur » du fait d'une dysfonction érectile dont il a honte. S'installe alors le cercle vicieux dont on ne sortira que si l'un et l'autre s'adaptent et deviennent plus participatifs, attentifs à l'autre, plus actifs et n'hésitant pas à dispenser des stimulations plus directes<sup>[33]</sup>.

Le THM a incontestablement sa place, quand il est possible et accepté, dans la prise en charge du climatère associant symptomatologie vasomotrice et le syndrome génito-urinaire (SGM). Nombre d'études ont montré que l'administration d'E2<sup>[34,35]</sup> améliorerait la fréquence des rapports sexuels, le degré de satisfaction, la lubrification vaginale, la réduction de la dyspareunie même si dans leur interprétation il est incontestable que les utilisatrices d'hormonothérapie et les non-utilisatrices ont d'autres différences psycho sociologiques. Quoi qu'il en soit de nombreuses études cliniques ont mis en évidence que l'oestrogénotherapie restaurait un certain bien-être et une meilleure disponibilité psychologique et physique vis-à-vis de la sexualité. Les oestrogènes ont, en effet, un rôle fondamental sur le cerveau (action sur certains neurotransmetteurs (DA, NA, sérotonine), sur la qualité de vie par l'amélioration des bouffées vasomotrices, des sueurs nocturnes, du sommeil (effet domino) et sur les récepteurs spécifiques notamment génito-urinaires ; amélioration de la trophicité de la sensibilité et de la vascularisation clitoridienne, vaginale, urétrale, donc meilleure transsudation lubrification, confort sexuel, encore que dans la prise en charge du SGM ce sont surtout les estrogènes locaux qui sont efficaces<sup>[36]</sup>. À noter que la voie d'administration des estrogènes en cas de traitement systémique a un impact sur la SHBG et qu'incontestablement c'est encore la voie transdermique qu'il faut privilégier pour ne pas avoir d'effet délétère sur le taux d'androgènes circulant<sup>[37]</sup>.

Reste toujours la question de l'indication éventuelle d'une androgénotherapie supplémentaire dans la prise en charge de la baisse du désir sexuel avec détresse, des troubles de l'excitation et de l'orgasme ? Si la baisse des androgènes avec l'âge est incontestable, le taux nécessaire et suffisant de testostérone à une sexualité satisfaisante chez la femme est loin d'être connu. Certaines études randomisées ont mis en évidence un certain bénéfice de la supplémentation en testostérone chez les femmes ménopausées chirurgicalement<sup>[38, 39, 40]</sup> et même chez les femmes ménopausées naturellement<sup>[41, 42]</sup>.

Il n'en reste pas moins qu'en France il n'existe aucune AMM pour un apport en testostérone chez les femmes. La DHEA

quant à elle n'a pas fait la preuve de son efficacité en dehors d'insuffisance surrénalienne<sup>[43]</sup>. Resterait alors une place éventuelle dans ce cadre de la tibolone (progestatif norstéroïde avec métabolites actifs à effets estrogéniques et androgéniques).

Lorsqu'il ne s'agit que de traiter l'atrophie vaginale, de nombreuses options thérapeutiques existent, qu'il s'agisse de gels, ovules, crèmes, d'anneau à base d'estradiol, d'estril, de promestriène associés ou non à des hydratants, lubrifiants (acide hyaluronique) sans nécessité d'adjonction de progestatif et à utiliser autant que nécessaire<sup>[44, 45]</sup>.

## CONCLUSION

La sexualité est bien sûr influencée par des facteurs biologiques hormonaux (notamment le SGM qui doit être recherché et être corrigé) mais aussi et surtout par des facteurs psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels : ce qui nécessite une disponibilité et un temps d'écoute indispensables. En plus des solutions thérapeutiques que nous avons à apporter pour améliorer le confort des relations sexuelles, il faut savoir interroger, écouter, informer, dédramatiser, faire accepter les nouveaux rythmes du corps, faire évoluer les scripts sexuels et privilégier peut-être l'émotionnel et l'affectivité plus que la performance. Les émotions, les fantasmes, l'imaginaire érotique n'ont pas d'âge.

Nous, médecins, devons être proactifs pour renforcer l'estime de soi des femmes à la cinquantaine dans ce XXI<sup>e</sup> siècle où étonnamment la ménopause est encore vécue si négativement : à 50, 60, 70 ans on peut être toujours belle, séduisante, attirante. •

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] De Beauvoir S., *La vieillesse*. Paris NRF Gallimard, 1970.
- [2] Laumann EO et al., *Sexual Problems Among Women and Men Aged 40-80 y: Prevalence and Correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours* IJR, Jan 2005 ; 17 (1) : 39-57.
- [3] Bajos N, Bozon M., *Enquête sur la sexualité en France*. Ed. La découverte (2008).
- [4] Buvat J, Glasser D, Neves RC, Duarte FG, Gingel C, Moreira Ed Jr., *Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours (GSSAB) investigators Group Sexual problems and associated help seeking behaviour patterns : results of a population-based Survey in France*. International Journal of urology 2009, 16,632-638.
- [5] Gott M., *Sexual health and the new ageing*. Age Ageing 35, 106-107 (2006).
- [6] Lachowsky M., *Qui a peur de la ménopause ? Femmes, médecins et ménopauses*. Age Santé Société, BergerLevrault 1999.70-85.
- [7] World Health Organization. <http://www.who.int/reproductive-health/gender/>
- [8] Déclaration N° 139, décembre 2003 J Obstet Gynaecol Can 2003 ; 25(12) : 1041.
- [9] Déclaration N° 139, décembre 2003 J Obstet Gynaecol Can 2003 ; 25(12) : 1041.
- [10] Lewis RW Fugl-Meyer KS, Bosch R et al., *Epidemiology/risk factors of sexual dysfunction*. J Sex. Med 2004 ; 1 : 35-9.
- [11] Shifren JI et al., *Sexual problems and distress in United States women : prévalence and corrélates*. Obstet Gynecol 2008 ; 112 (november (5)) : 970-8.
- [12] Anastasiadis A, Salomon I et al., *Femal sexual dysfunction : State of the art*. Curr. Urol. Rep. 3 ; 484-491 (2002).
- [13] Hatzimouratidis K, Hatzichristou D : *Sexual Dysfunctions : classifications and definitions*, J. Sex. Med. 2007 ; 4 (january (1)) ; 241-50.
- [14] Basson R Berman J, Burnett A et al., *Report of the international consensus development conference on femal sexual dysfunction : definitions and classifications*. J Urol. 163 ; 888-895 (2000).
- [15] Basson R. *Human sex-response cycles*. J Sex. Marital Ther. 2001 ; 27 : 33-43.
- [16] Addis I, Van Den Eeden S et al., *Sexual activity and function in middle aged and older women*. Obstet Gynecol. 107 ; 755-764 (2006)
- [17] Castelo Branco C, Cancelo M, Villero J., *Management of post-menopausal vaginal atrophy and atrophic vaginitis*. Maturitas 52, 46-52 (2005).
- [18] Ferenidou F, Kapoteli V, Moisis K et al., *Prévalence of a sexual problem may not affect women's satisfaction from their sexual function*. J. Sex. Med. 5, 631-639 (2008).
- [19] Lindau S, Shumm PP, Laumann E et al., *A study of sexuality and health among older adults in the USA*. N. Engl. J. Med. 357 ; 762-774 (2007).
- [20] Hayes R, Dennerstein L, Bennett C et al., *Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging*, Fertil Steril 87, 107-112 (2007).
- [21] Di Bonaventura M et al., *The association between vulvovaginal atrophy symptoms and quality of life among post menopausal women in the United States and Western Europe*. J Women's Health 2015 ; 24 : 713-22.
- [22] Hayes R, Dennerstein L., *The impact of aging on sexual function and sexual dysfunction in women : a review of population-based studies*. J. Sex. Med. 2, 317-330 (2005).
- [23] Pfeiffer E, Verwoerd A, Wang H., *Sexual Behaviour in aging men and women*. Arch Gen Psychiatry 1968 ; 19 : 753-8.
- [24] Beckman N, Waern M, Gustafson DC, Skoog I., *Secular trends in self-reported sexual activity and satisfaction in swedish 70 year olds : cross sectional Survey of four poplulations, 1971-2001*. BMJ 2008 : 337-379.
- [25] Lachowsky M., *Qui a peur de la ménopause ? Femmes, médecins et ménopauses*. Age Santé Société, BergerLevrault 1999.70-85
- [26] Dupras A, Viens MJ., *L'éducation à la sexualité des aînés : éléments de sexogérontologie*, Sexologies 2008 ; 17 : 135-42
- [27] Schreiner-Engel P, Schiavi RC., *Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire*. J nerv Ment Dis 1986 : 174 November (11) : 646-51
- [28] Bromberger J, Matthews K, Schott L et al., *Depressive symptoms during the menopausal transition : the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN)*. J. Affect Disord 103 ; 267-272 (2007)
- [29] Gordon JL et al., JAMA Psychiatry. 2018 Feb ; 75 (2) : 149-57.
- [30] Dennerstein L, Hayes RD., *Confronting the challenges : epidemiological study of female sexual dysfunction and the menopause*. J Sex Med 2005 ; 2 : 118-132.
- [31] Guthrie JR, Dennerstein L, Taffe JR, Lebert P Burger HG. *The menopausal transition : a 9 - year prospective population-based study*. The Melbourne Women's Midlife Health Project. Climateric 7, 375-389 (2004).
- [32] Clayton A, Keller A, McGarvey EL., *Burden of phase-specific sexual dysfunction with SSRIs*. J Affect Disord 2006 ; 91 March (1) : 27-32.
- [33] Ribes G. *Impuissance du couple ou couple impuissant*. Cah Sexol Clin. 1999 ; 25, 142 : 37-39.
- [34] Nathorst-Boos J, Wiklund I, Mattson LA., *Is sexual life influenced by transdermal estrogen therapy ? a double blind placebo controlled study in postmenopausal women*. Acta Obstet. Gynecol. Scand 1993, 72 ; 656-660.
- [35] Scherwin BB., *Effets des stéroïdes sexuels sur les mécanismes cérébraux se rapportant à l'humeur et la sexualité*. In Lorrain J, Plouffe L, Ravnkar V et al. *La ménopause*. Paris Maloine 1995 : 313-318.
- [36] Nappi RE, Polatti F., *The use of estrogen therapy in women's sexual functioning (CME)*. J Sex. Med. 6 (3), 603-616 (2009).
- [37] Hugh S., Taylor, *Effects of Oral vs Transdermal Estrogen Therapy on Sexual Function in Early Postmenopause*. Ancillary Study of the Kronos Early Estrogen Prevention Study (KEEPS) Jama Intern Med. 2017 ; 177 (10) : 1471-1479.
- [38] Buster JE, Kingsberg SA, Aguirre O, et al., *Testosterone patch for low sexual desire in surgically menopausal women : a randomized trial*. Obstet Gynecol 2005 ; 105 : 944-52.
- [39] Simon J, Braunstein G, Nachtigall L et al., *Testosterone patch increases sexual activity and desire in surgically menopausal women with hypoactive sexual desire disorder*. J Clin. Endocrinol. Metab 2005 ; 90 : 5226-33.
- [40] Nachtigall L, Casson P, Lucas J et al., *Safety and tolerability of testosterone patch therapy up to 4 years in surgically menopausal women receiving oral and transdermal estrogen*. Gynecol Endocrinol 2011 ; 27 : 39-48.
- [41] Shifren J, Davis SR, Moreau M, et al., *Testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual disorder in naturally menopausal women : results from the INTIMATE NM1 study*. Menopause 2006 ; 13 : 770-9.
- [42] Panay N, Al-Azzawi F, Bouchard C et al., *Testosterone treatment of HSDD in naturally menopausal women : ADORE study*. Climateric 2010 ; 13 : 121-31.
- [43] Davis SR, Panjari M, Stanczyk FZ., *DHEA replacement for post menopausal women*. J Clin Endocrinol Metab 2011 ; 96 : 1642-53.
- [44] NAMS 2017, Hormone Therapy Position Statement Advisory Panel. *The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society*. Menopause 2017 ; 24 (7) : 728-53.
- [45] Suckling J et al., Cochrane Database Syst Rev 2006 CD001500, Issue 4 CD 001500.

## L'OSTÉOPOROSE.

## Quelles sont les conséquences de la chute de prescription des THM ?

PAR FLORENCE TRÉMOLLIÈRES\*, ENDOCRINOLOGUE, CENTRE DE MÉNOPAUSE ET MALADIES OSSEUSES MÉTABOLIQUES, HÔPITAL PAULE DE VIGUIER, TOULOUSE

## RÉSUMÉ

Le traitement hormonal de ménopause (THM) a une efficacité prouvée pour s'opposer à la perte osseuse et aux dégradations de la micro-architecture osseuse induite par la carence estrogénique de la ménopause. Il permet ainsi de réduire de manière significative l'incidence des fractures ostéoporotiques, même chez des femmes à risque fracturaire modéré à faible. La diminution importante des prescriptions de THM depuis la publication en 2002 de l'étude WHI ne peut que faire craindre une augmentation de l'incidence des fractures ostéoporotiques, ce qui a déjà été rapporté dans plusieurs études américaines. Le dépistage de l'ostéoporose doit être envisagé en début de ménopause de manière à identifier les femmes les plus à même de bénéficier avec le THM d'une véritable démarche de prévention primaire.

## MOTS-CLÉS

Ostéoporose, THM, Chute des prescriptions, WHI, Fracture.

## ABSTRACT

## The drop in MHT use: what consequences for the risk of osteoporosis?

Menopause hormone treatment (MHT) has a proven efficacy in preventing the postmenopausal-related bone loss and microarchitectural deteriorations. Furthermore, it has been shown to significantly decrease the incidence of osteoporotic fractures even in women with a low to moderate risk of fracture. The sharp drop in MHT use since the 2002 publication of the WHI raises concerns about an increase in the rate of fracture such as it has already been reported by several studies in the USA. Screening for osteoporosis should be considered at the beginning of menopause in order to identify those women who could benefit from MHT in a true primary prevention strategy.

## KEYWORDS

Osteoporosis, MHT, Drop in prescription rate, WHI, Fracture.

L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette, caractérisée par une fragilité osseuse excessive liée à une diminution de la masse minérale et des altérations de la micro-architecture et exposant à un risque accru de fracture.

Les fractures en sont l'expression clinique et les formes les plus emblématiques sont les fractures de l'extrémité inférieure du radius (fracture de Pouteau-Colles), des vertèbres dorso-lombaires, de l'extrémité supérieure de l'humérus et de l'extrémité supérieure du fémur (ESF). Leur incidence augmente avec l'âge, notamment pour les fractures de l'ESF avec une augmentation exponentielle à partir de l'âge de 75 ans, c'est-à-dire en moyenne 20 à 25 ans après l'installation de la phase post-ménopausique.

L'ostéoporose, et notamment l'ostéoporose post-ménopausique qui en est la forme clinique la plus commune, touche plus de 200 millions de personnes dans le monde. En France, on estime que l'incidence annuelle des fractures vertébrales est de l'ordre de 60 000 à 120 000 et de 50 000 à

80 000 pour celle des fractures de l'ESF, pour un coût d'environ 3 milliards d'euros. L'accroissement prévisible de la fréquence de l'ostéoporose dans les 25 prochaines années, en partie en raison du vieillissement de la population, tout comme ses conséquences en termes de morbidité et de mortalité en font donc un problème de santé publique au même titre que d'autres pathologies liées au vieillissement.

Le traitement hormonal de ménopause (THM) a été pendant longtemps l'option thérapeutique de première intention pour la prévention de cette affection. Dès la fin des années 1940, les travaux américains de Fuller Albright avaient montré que l'administration d'estrogènes chez des femmes en début de ménopause permettait de s'opposer à la perte de taille observée chez les femmes non traitées. L'émergence et la diffusion de l'ostéodensitométrie au début des années 1990 ont contribué à objectiver l'impact de la carence estrogénique de la ménopause sur la perte osseuse et promouvoir l'efficacité préventive du THM. Les années 1990-2000 ont ainsi représenté l'âge d'or du THM et en France, près de 50 à 60 % des femmes en début de ménopause étaient alors traitées. Bien sûr, tout n'était pas parfait et ne serait-ce qu'en ne considérant que l'aspect osseux du traitement, un certain nombre d'auteurs ne manquaient pas de souligner le faible niveau de preuve des études en prévention du risque fracturaire ou la problématique de la dose minimale efficace, voire de la durée du traitement.

\* Responsable du Centre de ménopause au CHU de Toulouse, le Dr Florence Trémollières dirige la seule structure transversale dédiée à la ménopause en France. Elle est spécialiste de la prise en charge de l'ostéoporose et des pathologies métaboliques osseuses, de la prise en charge des risques cardiovasculaires des femmes à la ménopause et de la gestion des aspects purement gynécologiques de la ménopause.

En juillet 2002, la publication des résultats de l'étude WHI <sup>(1)</sup> a représenté un véritable tsunami dans le monde de la gynécologie et plus globalement pour le THM. Cette étude réalisée chez plus 16 000 femmes ménopausées et répondant pour la première fois, à la méthodologie de l'*evidence based medicine*, témoignait d'un impact négatif du THM, en particulier en raison d'une augmentation du risque de cancer du sein mais surtout des accidents cardio-vasculaires, coronariens, AVC, thrombose veineuse ou embolie pulmonaire. Au plan osseux, par contre, elle amenait la preuve irréfutable et définitive de l'efficacité du THM, avec une réduction du risque fracturaire, toutes fractures confondues, de 25 à 30 %, soit une épargne fracturaire de 47 à 56 fractures pour 10 000 femmes et par an <sup>(2)</sup>. Néanmoins, face à la déferlante médiatique qui a suivi la publication de ces résultats, ce bénéfice osseux est largement passé au second plan face à l'augmentation des risques mammaires et cardio-vasculaires. Les recommandations de l'AFSSAPS de janvier 2006 pour la prévention de l'ostéoporose <sup>(3)</sup> soulignent ainsi que le THM ne peut être indiqué que s'il existe des troubles climériques, la durée de la prescription étant fonction de ces troubles ou en cas d'intolérance ou d'inefficacité des autres traitements de l'ostéoporose.

De fait, l'utilisation du THM s'est effondrée dans les années qui ont suivi avec une diminution globalement de 75 % du nombre de femmes traitées. On estime qu'actuellement moins de 10 % des femmes ménopausées prennent un THM.

On peut donc s'interroger sur les conséquences de telles modifications pour la prise en charge des femmes après la ménopause et en particulier pour la prévention de l'ostéoporose.

Rappelons en effet que la carence estrogénique est le déterminant physiopathologique majeur de l'ostéoporose post-ménopausique. Elle entraîne une activation du recrutement des ostéoclastes et de leur activité. Il en résulte une augmentation globale du remodelage osseux lié au couplage physiologique entre les activités cellulaires des ostéoclastes et des ostéoblastes. Néanmoins, la formation osseuse ne peut pas compenser l'hyper-résorption osseuse, ce qui a pour conséquence directe une accélération de la perte osseuse <sup>(4,5)</sup>. L'augmentation du remodelage osseux est également à l'origine d'altérations de la micro-architecture, avec désorganisation, amincissement des travées osseuses et risque de rupture <sup>(6,7)</sup>. Ces perturbations sont parfois présentes très précocement, dès le début de la carence hormonale pour ne s'atténuer qu'à distance de la ménopause. L'hyper-remodelage osseux représente ainsi en tant que tel, et au-delà de la diminution quantitative du capital osseux, un facteur clé du déterminisme fracturaire ultérieur.

L'ensemble de ces modifications sont plus marquées au niveau de l'os trabéculaire (vertèbres, extrémité inférieure du radius) qui est le plus sensible aux variations hormonales du début de la ménopause.

## THM ET PRÉVENTION DE L'OSTÉOPOROSE POST-MÉNOPAUSIQUE

Les estrogènes ont largement fait la preuve de leur efficacité pour prévenir la perte osseuse et les anomalies micro-architecturales liées à la ménopause. L'étude WHI a confirmé sans ambiguïté l'efficacité du THM pour diminuer

## On peut donc s'interroger sur les conséquences de telles modifications pour la prise en charge des femmes après la ménopause et en particulier pour la prévention de l'ostéoporose.

l'incidence des fractures ostéoporotiques à tous les sites osseux <sup>(2)</sup>. Il est de plus important de souligner que le THM est, à ce jour, le seul traitement qui a fait la preuve de son efficacité dans une population à faible risque de fracture, comme en témoigne une incidence 10 à 15 fois plus faible dans l'étude WHI que dans les grands essais thérapeutiques de l'ostéoporose. Seules 10 à 12 % des femmes présentaient une ostéoporose densitométrique (T score < - 2,5), malgré un âge moyen de 63 ans, ce qu'il faut avant tout rapprocher du fort pourcentage de surcharge pondérale et d'obésité de la population.

Il était donc logique de supposer qu'une moindre utilisation du THM en début de ménopause pourrait avoir pour conséquence une augmentation de l'incidence des fractures ostéoporotiques.

## ÉVOLUTION DU RISQUE FRACTURAIRE À L'ARRÊT DU THM

Toutes les études densitométriques avaient déjà montré que l'arrêt du THM était associé à une reprise évolutive de la perte osseuse avec une cinétique de perte variable selon l'âge des patientes, le site osseux considéré, la durée antérieure de prise du traitement et les doses utilisées <sup>(8-10)</sup>. Globalement, le bénéfice densitométrique disparaît dans les 3 à 5 ans suivant l'arrêt d'un THM, en particulier sur les sites osseux riches en os trabéculaire (vertèbres, poignet). Plusieurs études d'observations déjà anciennes avaient également souligné la perte de l'effet anti-fracturaire après cinq ans d'arrêt du THM <sup>(11,12)</sup>. Plus récemment, une analyse complémentaire de l'étude E3N <sup>(13)</sup> a montré que la perte de l'effet protecteur osseux du THM était observée en moyenne après cinq ans d'arrêt sous réserve que le traitement ait été poursuivi au préalable pendant au moins cinq ans (HR = 0,83 ; IC 95 % [0,69-0,99]).

De manière plus intéressante, nous disposons de données issues de plusieurs études sur l'évolution du risque fracturaire, réalisées aux USA dans les années post-WHI.

Dans une étude longitudinale <sup>(14)</sup> réalisée en Californie chez 80 955 femmes de plus de 60 ans (moyenne : 68,8 ans), l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) a été évaluée entre 2002 et 2008. Au cours de cette période, l'utilisation du THM a diminué de 85 % à 18 %. Parallèlement, on retrouve une augmentation significative de l'incidence annuelle standardisée pour l'âge des FESF de 3,9 à 5,67/1 000 femmes. Le risque fracturaire était corrélé positivement à l'âge et négativement à l'IMC avec une augmentation du risque associée à la durée d'arrêt du traitement. En comparaison aux femmes qui ont poursuivi le THM, celles qui l'avaient interrompu avaient

une augmentation du risque de FESF de 52 % après deux ans d'arrêt, de 64 % après trois ans et de 77 % après cinq ans d'arrêt. Cette augmentation du risque était fonction du statut osseux avec, en comparaison au risque des femmes ayant un T-score supérieur à -1 à l'arrêt, un risque 7,6 fois plus élevé en cas de T-score inférieur à -2,5 (HR = 7,59; IC 95 % [4,53-12,71]) et 2,5 fois plus, en cas de T-score compris entre -1 et -2,5 (HR = 2,54 [1,51-4,27]). Ces résultats n'ont pas été modifiés après ajustement pour la prise de bisphosphonates dont la prévalence a augmenté de 8 % à 23 % dans le même temps.

Ils confirment les résultats d'une étude épidémiologique antérieure <sup>[15]</sup> réalisée à partir d'une importante base de données aux USA qui avait comparé l'incidence des fractures entre la période pré- (2000-2002) et post- WHI (2003-2005) chez des femmes de 40 à 69 ans. 919 389 femmes ont ainsi été étudiées à partir de 2000, ce nombre augmentant jusqu'à 2 872 372 en 2005. Plus de 43 000 fractures ont été colligées avec une augmentation significative de leur fréquence dans la période 2003-2005 par rapport à la période 2000-2002 où l'incidence fracturaire était restée stable. L'augmentation la plus importante concernait les fractures du poignet avec une majoration de 44 % de leur incidence ajustée pour l'âge entre 2004 et 2005 par rapport à la période de référence initiale. Même si cette étude n'est pas exempte de biais, il est logique de penser que l'augmentation du nombre des fractures observées peut être rapprochée de la baisse importante du nombre de femmes recevant un THM dans les années post-WHI. Et d'autant que dans le même temps, le dépistage de l'ostéoporose a progressé tout comme la disponibilité des autres traitements, facteurs de nature en principe, à diminuer l'incidence fracturaire.

Ces résultats contribuent à apporter un éclairage supplémentaire sur la balance bénéfique/risque du THM en confirmant une fois de plus la relation étroite existant entre ménopause et risque fracturaire.

Il apparaît de plus que la faible utilisation actuelle du THM s'accompagne d'une augmentation de l'incidence des fractures ostéoporotiques, en particulier de celles des sites osseux riches en os trabéculaire (poignet, vertèbres, côtes) et chez des femmes relativement jeunes, de moins de 65 ans. C'est ce que nous voyons tous les jours en pratique quotidienne et il est à craindre que le nombre de femmes jeunes présentant déjà une fragilité osseuse ne fasse qu'augmenter dans les années à venir.

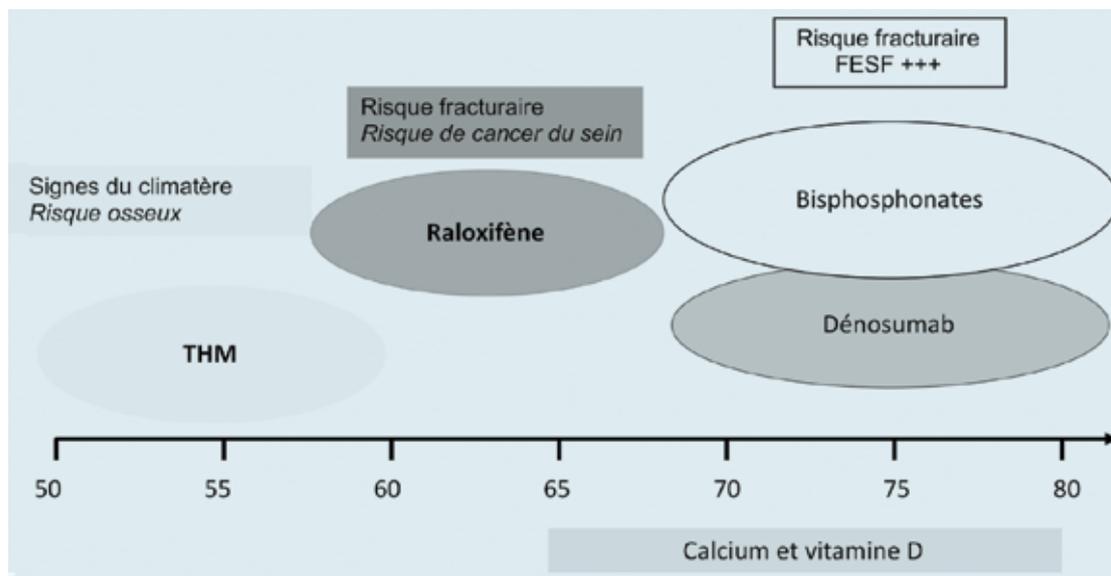
Cette diminution a par ailleurs conduit à augmenter et décaler vers les femmes les plus jeunes, les prescriptions

***Il apparaît que la faible utilisation actuelle du THM s'accompagne d'une augmentation de l'incidence des fractures ostéoporotiques, en particulier de celles des sites osseux riches en os trabéculaire (poignet, vertèbres, côtes) et chez des femmes relativement jeunes, de moins de 65 ans.***

des autres traitements de l'ostéoporose et notamment des bisphosphonates. Or pour la majorité des femmes qui abordent leur ménopause en bonne santé, le risque fracturaire à dix ans ne justifie quasiment jamais, en dehors de quelques exceptions, une telle prescription. Nous ne disposons d'aucune étude étayant l'efficacité anti-fracturaire des bisphosphonates ou du dénosumab chez des femmes jeunes à faible risque de fracture. De plus, la médiatisation là également de certains effets secondaires rares (ostéonécrose de mâchoire, fracture atypique du fémur...) ou autres polémiques (ranélate de strontium) ont biaisé les messages et conduit à une baisse globale des prescriptions. Cette baisse s'intègre ainsi dans une problématique plus générale qui est celle du recul du dépistage de l'ostéoporose. La faute en revient pour partie à des messages déformés sur la nature de la maladie (l'ostéoporose est une maladie « normale » du vieillissement), sur son retentissement réel (sous-estimation de la morbidité des fractures vertébrales) et sur l'intérêt de l'évaluation du risque et des traitements.

À l'inverse, il n'est pas question de revenir à la situation antérieure à l'étude WHI et de prescrire systématiquement le THM à toutes les femmes ménopausées. L'évaluation du risque fracturaire est actuellement de mieux en mieux codifiée. Nous disposons des outils permettant de dépister les femmes qui abordent leur ménopause avec déjà une diminution de leur capital osseux et/ou une perte osseuse évolutive et qui sont les plus à même de bénéficier avec le THM d'une véritable démarche de prévention primaire. Une réévaluation régulière de la réponse osseuse et de la balance bénéfique/risque du THM permet ultérieurement d'envisager si nécessaire, un relais avec les autres traitements de l'ostéoporose et notamment le raloxifène (figure 1, page suivante), lorsque la durée du THM est jugée suffisante et/ou la balance bénéfique/risque moins favorable qu'en début de ménopause <sup>[16]</sup>.

**FIGURE 1** ➤ STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE DU RISQUE FRACTURAIRE CHEZ LES FEMMES À RISQUE DE FRACTURE APRÈS ARRÊT DU THM [6]



## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. *Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial.* JAMA 2002 ; 288 : 321-333.
- [2] Cauley JA, Robbins J, Chen Z et al. *Effects of estrogen plus progestin on the risk of fracture and bone mineral density. The Women's Health Initiative randomized trial.* JAMA 2003 ; 290 : 1729-38.
- [3] *Traitement médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique.* AFSSAPS Actualisation janvier 2006. <http://agmed.sante.gouv.fr>
- [4] Pouilles JM, Trémollières F, Ribot C. *A longitudinal study of the effects of menopause on vertebral bone loss.* Calcif Tissue Int 1993 ; 52 : 340-354.
- [5] Pouilles JM, Trémollières F, Ribot C. *Effects of menopause on femoral and vertebral bone loss.* J Bone Miner Res 1995 ; 10 : 1531-1536.
- [6] Akhter MP, Lappe JM, Davies KM, Recker RR. *Transmenopausal changes in the trabecular bone structure.* Bone 2007 ; 41 : 111-8.
- [7] Wehrli FW, Ladinsky GA, Jones C, et al. *In vivo magnetic resonance detects rapid remodeling changes in the topology of the trabecular bone network after menopause and the protective effect of estradiol.* J Bone Miner Res 2008 ; 23 : 730-40.
- [8] Trémollières F, Pouilles JM, Ribot C. *Withdrawal of hormone replacement therapy is associated with significant vertebral bone loss in postmenopausal women.* Osteoporosis Int 2001 ; 12 : 385-390.
- [9] Sornay-Rendu E, Garnero P, Munoz F, Duboeuf F, Delmas PD. *Effect of withdrawal of hormone replacement therapy on bone mass and bone turnover: the OFELY study.* Bone 2003 ; 1 : 159 - 166.
- [10] Saarelainen J, Hassi S, Honkanen R et al. *Bone loss and wrist fractures after withdrawal of hormone therapy: the 15-year follow-up of the OSTPRE cohort.* Maturitas 2016 ; 85 : 49-55.
- [11] Kiel DP, Felson DT, Anderson JJ, Wilson PW, Moskowitz MA. *Hip fracture and the use of estrogens in postmenopausal women. The Framingham Study.* N Engl J Med 1987 ; 317 : 1169-74.
- [12] Cauley JA, Seeley DG, Ensrud K, et al. *Estrogen replacement therapy and fractures in older women.* Ann Intern Med 1995 ; 122 : 9-16.
- [13] Engel P, Fabre A, Fournier A, Mesrine S, Boutron- Ruault MC, Clavel-Chapelon F. *Risk of osteoporotic fractures after discontinuation of menopausal hormone therapy: results from the E3N cohort.* Am J Epidemiol 2011 ; 174 : 12-21.
- [14] Karim R, Dell RM, Greene DF, Mack WJ, Gallagher JC, Hodis HN. *Hip fracture in postmenopausal women after cessation of hormone therapy: results from a prospective study in a large health management organization.* Menopause 2011 ; 18 : 1172-7.
- [15] Islam S, Liu Q, Chines A, Helzner E. *Trend in incidence of osteoporosis-related fractures among 40- to 69-year-old women: analysis of a large insurance claims database, 2000-2005.* Menopause 2009 ; 16 : 77-83.
- [16] Trémollières F, Pouilles JM, Ribot C. *Proposition d'une stratégie de prévention du risque fracturaire en début de ménopause.* Gyn Obstet Reprod 2009 ; 37 : 50-6.

# Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme

**NOUVEAU**  
**SUPPLÉMENT**  
**AUX DOSSIERS**  
**DE L'OBSTÉTRIQUE**  
**PARUTION**  
**2020**



MÉMENTO  
CLINIQUE



CONDUITE  
À TENIR



THÉRAPEUTIQUE  
& PRESCRIPTIONS

## KIT MÉDIA VPSF 2020

**4 500 000 CONSULTATIONS PAR AN!**

Le **Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme** sera consulté par **15 000 Sages-femmes** pendant 360 jours par an, soit environ **4 500 000 prises en main** de plus de **1 500 produits** par les Sages-femmes.

**Version imprimée - version numérique**

La revue *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 1<sup>re</sup> revue de Sages-femmes, créée en 1974, édite en 2019 un supplément annuel d'aide à la prescription et aux conduites à tenir à l'usage des Sages-Femmes: le *Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme* (VPSF).

**VPSF 2020, c'est LE vademecum**

utile à la sage-femme :

- **Mémento clinique**
- **Conduites à tenir**
- **Thérapeutique et Prescriptions**

**16 domaines de prescription**

- 14 chapitres destinés aux situations normales ou pathologiques rencontrées par les sages-femmes,
- 1500 médicaments,
- 2 chapitres consacrés à l'hygiène des locaux,
- + de 100 stratégies thérapeutiques liées à la naissance, au confort de la maman et au confort du bébé,
- Des arbres de décisions,
- Plus de 1500 médicaments,
- Plus de 400 services ou produits...

Le VPSF s'appuie sur l'expertise du dictionnaire Vidal (avec l'aimable autorisation de Vidal)



MÉMENTO  
CLINIQUE

CONDUITE  
À TENIR

THÉRAPEUTIQUE  
& PRESCRIPTIONS

LES DOSSIERS  
DE L'OBSTÉTRIQUE

Le VPSF 2020 sera accessible également:

- via la plateforme VPSF 2020.
- via une application mobile: VPSF 2020.



LES DOSSIERS  
DE L'OBSTÉTRIQUE

Le Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme est édité par les Éditions ESKA - 12 rue du quatre Septembre - 75002 Paris

**Contacts:** Cécile Grogard - Lamia Boucetta - Alicia Gorrilliot

[www.eska.fr](http://www.eska.fr)

**01 42 86 55 79**

Standard: 01 42 86 55 65

# Pourquoi un Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme ?

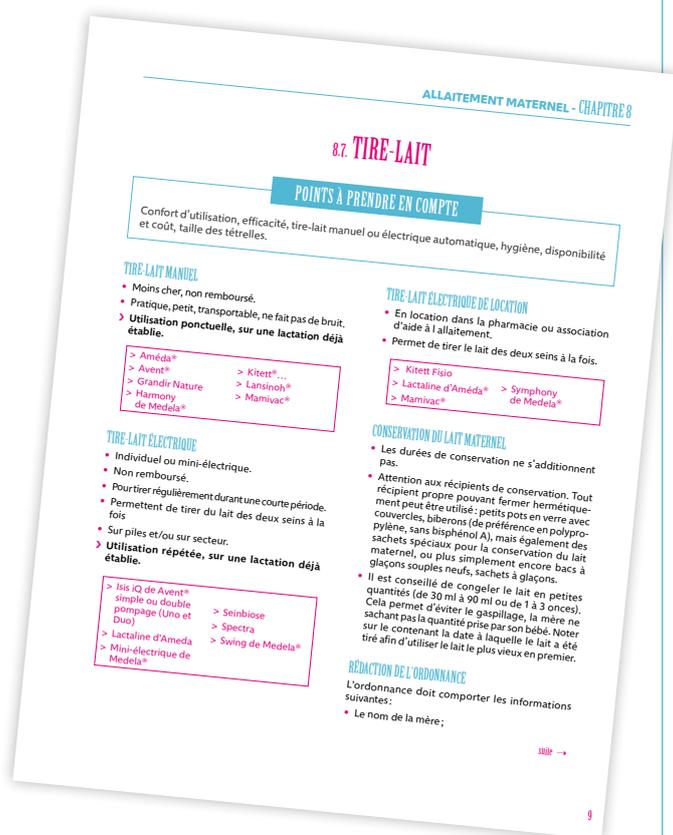
- La sage-femme est au cœur de la périnatalité et de la gynécologie de prévention.
- Sa pratique est au carrefour de la médecine et de l'humanisme.
- Son engagement est entier pour la santé et les droits des femmes.
- Son statut médical lui donne la possibilité et le droit de suivre la grossesse, pratiquer les accouchements eutociques, prendre en charge le nouveau-né et effectuer le suivi gynécologique de prévention.
- Elle participe aussi, sur prescription du médecin et en collaboration avec lui, aux suivis des pathologies obstétricales et gynécologiques.

**Le statut médical de la sage-femme lui confère un droit de prescription autonome des examens complémentaires et un droit de prescription défini par une liste pour les médicaments.**

**Sa pratique l'oblige à bien connaître les médicaments prescrits par le médecin pour la surveillance des pathologies.**

- Le VPSF est un vademecum des prescriptions et des conduites à tenir, à l'usage des sages-femmes.
- Rédigé majoritairement par des sages-femmes, il est destiné à aider la prescription des sages-femmes.
- Il est mis à jour annuellement.
- **Il réunit en un seul ouvrage :**
  - un mémento clinique,
  - un guide de la prescription,
  - un catalogue des équipements nécessaires à la pratique de la sage-femme.

**16 domaines de prescription organisés suivant l'évolution de la grossesse, au service de la santé, de la maman et du bébé.**



Le VPSF s'appuie sur l'expertise du dictionnaire Vidal (avec l'aimable autorisation de Vidal)



Liste actualisée des médicaments tous les mois dans la revue Les Dossiers de l'Obstétrique et sur la plateforme et l'application mobile : VPSF 2020.

# Pré-sommaire

## Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme

### CHAPITRE 1

#### TEST DE GROSSESSE

### CHAPITRE 2

#### PRÉVENTION

- 2.1. Confort urinaire
- 2.2. Équilibre de la flore
- 2.3. Frottis de dépistage
- 2.4. Hygiène féminine
- 2.5. Nutrithérapie : vitamines et oligo-éléments
- 2.6. Préparation à la naissance : matériel
- 2.7. Sport et grossesse
- 2.8. Tabacologie
- 2.9. Troubles du sommeil
- 2.10. Vaccinations

### CHAPITRE 3

#### PETITS MAUX DE LA GROSSESSE

- 3.1. Constipation
- 3.2. Crampes
- 3.3. Lombalgies
- 3.4. Nausées et vomissements
- 3.5. Pyrosis
- 3.6. Sciatique
- 3.7. Syndrome douloureux pelvien
- 3.8. Troubles veineux
- 3.9. Vergetures

### CHAPITRE 4

#### INFECTIOLOGIE PARASITOLOGIE

- 4.1. CMV (cytomégalovirus)
- 4.2. Coqueluche
- 4.3. Grippe
- 4.4. Hépatites
- 4.5. Herpès
- 4.6. Infections génitales basses
- 4.7. Infections urinaires
- 4.8. Rubéole et Grossesse
- 4.9. Streptocoque bêta hémolytique
- 4.10. Syphilis
- 4.11. Toxoplasmose
- 4.12. VIH
- 4.13. Protection des personnels
- 4.14. Désinfection des matériels et locaux

### CHAPITRE 5

#### PATHOLOGIES OBSTÉTRICALES

- 5.1. Anémies
- 5.2. Cholestase gravidique

- 5.3. Diabète gestationnel
- 5.4. Fièvre et grossesse
- 5.5. Hydramnios
- 5.6. Hypertension gravidique
- 5.7. Iso immunisation rhésus
- 5.8. Menace d'accouchement prématuré
- 5.9. Métorragie
- 5.10. Oligoamnios
- 5.11. Phlébite
- 5.12. Placenta bas inséré
- 5.13. Prééclampsie
- 5.14. Prévention de l'allo-immunisation
- 5.15. RCIU
- 5.16. Rupture prématurée des membranes
- 5.17. Thrombopénie
- 5.18. Thyroïde

### CHAPITRE 6

#### PATHOLOGIES ET GROSSESSE

- 6.1. Diabète type 1
- 6.2. Épilepsie
- 6.3. Hémoglobinopathies

### CHAPITRE 7

#### PÉRINÉE

- 7.1. Cicatrisation
- 7.2. Prévention massage
- 7.3. Rééducation
- 7.4. Suture

### CHAPITRE 8

#### ALLAITEMENT MATERNEL

- 8.1. Abcès
- 8.2. Accessoires de confort
- 8.3. Crevasses
- 8.4. Engorgements
- 8.5. Mastites
- 8.6. Nutrithérapie
- 8.7. Tire-lait

### CHAPITRE 9

#### ALLAITEMENT BIBERON

- 9.1. Biberon
- 9.2. Produits lactés pour nourrisson

### CHAPITRE 10

#### PÉDIATRIE

- 10.1. Coliques
- 10.2. Ictère
- 10.3. Portage
- 10.4. Supplémentations vitaminiques
- 10.5. Surveillance poids
- 10.6. Erythème fessier

### CHAPITRE 11

#### GYNÉCOLOGIE

- 11.1. Contraception :
  - de l'adolescence
  - d'urgence
  - de la femme en âge de procréer
  - du post-partum
- 11.2. Endométriose
- 11.3. Incontinence
- 11.4. Ménopause
- 11.5. Prolapsus
- 11.6. Sénologie

### CHAPITRE 12

#### SANTÉ, BEAUTÉ, ENVIRONNEMENT PARAPHARMACIE

- 12.1. Dispositifs à propriétés réparatrices
- 12.2. Dermocosmétique pour la grossesse et la femme
- 12.3. Dermocosmétique pour le bébé

### CHAPITRE 13

#### MATÉRIEL

- 13.1. Appareil de rééducation
- 13.2. Bilirubinomètre
- 13.3. Cardio tographe
- 13.4. Échographie
- 13.5. Kit de suture
- 13.6. Logiciel médical
- 13.7. Pèse-bébé
- 13.8. Sonicaid dopplers
- 13.9. Spéculum
- 13.10. Tables d'examen

### CHAPITRE 14

#### CONSOMMABLES

- 14.1. Doigtiers
- 14.2. Drap d'examen
- 14.3. Gants
- 14.4. Consommables pour la maman
- 14.5. Consommables pour le bébé

### CHAPITRE 15

#### CONFORT DE LA MAMAN ET DU BÉBÉ

- 15.1. Hydratation
- 15.2. Rééducation
- 15.3. Soutien psychologique

### CHAPITRE 16

#### ÉQUIPEMENT ET MANAGEMENT DU CABINET/MATERNITÉ

- 16.1. Logiciels
- 16.2. Imagerie
- 16.3. Lasers
- 16.4. Autres équipements

Le VPSF s'appuie sur l'expertise du dictionnaire Vidal (avec l'aimable autorisation de Vidal)



# Que trouve-t-on dans le Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme ?

- Classement des médicaments par principe actif
- Classement des médicaments par famille pharmacologique
- Index des médicaments par ordre alphabétique
- Rappel des textes réglementaires
- Liste des Centres nationaux de référence (ex.: CRAT...)
- Liste des numéros utiles (ex.: 3919...)
- Liste des Associations professionnelles (ex.: Association Nationale des Sages-femmes libérales...)
- Accès au dictionnaire des médicaments du Vidal
- Accès aux recommandations du Vidal

**PATHOLOGIES OBSTÉTRICALES - CHAPITRE 5**

## 51. ANÉMIE FERRIPRIVE ET GROSSESSE

**DÉFINITION**  
 Hb < 11 g/100 mL au 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> trimestre Ø  
 Hb < 10,5 g/100 mL au 2<sup>e</sup> trimestre Ø  
 Hb < 10 g/100 mL en post-partum

**SIGNES CLINIQUES**

- Pâleur
- Tachycardie
- Vertiges
- Hypotension
- Dyspnée d'effort puis de repos
- Céphalées

**CONDUITE À TENIR**

- Numération formule plaquette + ferritinémie
- **Examens complémentaires de première intention :** Réticulocytes +/- électrophorèse de l'hémoglobine.
- **Éléments diagnostics**
  - Ferritine < 12 µg/l ou 30 µg/l si inflammation
  - Microcytaire : VGM < 80 A
  - Arégénérative : réticulocytes < 100 000/Ml

**Contrôler l'efficacité de la supplémentation après 3 mois de traitement**

- **Correction de l'anémie** ➤ Mesure des paramètres hémoglobine (Hb) et volume globulaire moyen (VGM).
- **Restauration des stocks de fer** ➤ Mesure du fer sérique et saturation de la sidérophiline.

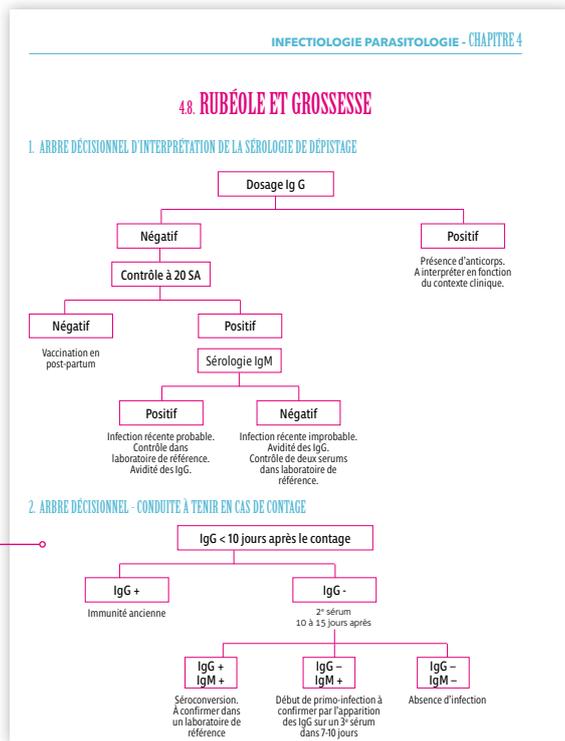
**MÉDICAMENTS**

➤ **TIMOFEROL 50 mg, en comprimé enrobé**  
 ➤ **Principe actif:** 50 mg de fer (sulfate ferreux) et 30 mg d'acide ascorbique par unité de prise.  
 ➤ **Excipient**  
 • Gélule: carbonate de magnésium léger, talc, silice colloïdale, anhydride, amidon de maïs.  
 • Enveloppe: gélatine, dioxyde de titane, bleu patenté jaune de quinoléine.  
 • Comprimé: acide ascorbique, cellulose microcristalline, silice colloïdale anhydride, stéarate de magnésium, amidon de maïs, acétate de polyvinyle, talc, saccharose, gomme arabique, dioxyde de titane, cire de carnauba.  
 ➤ **Laboratoire Elerté**

➤ **FERO-GRAD LP vitaminé C 500 : comprimé (Jaune)**  
 • Sulfate ferreux exprimé en fer: 105 mg  
 • Acide ascorbique (vitamine C): 500 mg  
 ➤ **Laboratoire Teofarma SRL**

• Exemple d'arbre de décision

• Le nom des laboratoires est cité afin d'identifier le distributeur et le fabricant.



## Les Prescriptions de la sage-femme

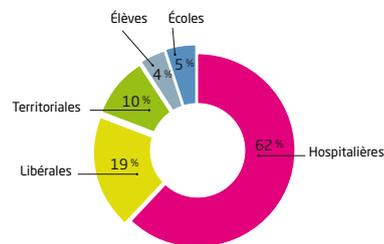
## Diffusion

Le Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme 2020 est édité à 15 000 exemplaires (OJD).

Il est diffusé :

- au lectorat des Dossiers de l'Obstétrique (environ 4 000 abonnés);
- aux maternités;
- aux sages-femmes libérales;
- aux Écoles de Sages-Femmes;
- aux Gynécologues-Obstétriciens;
- sur les Congrès de sages-femmes.

Répartition du Lectorat des Dossiers de l'Obstétrique



## Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme 2020

### BON DE COMMANDE

Cocher les cases correspondantes

Je souhaite :

- M'abonner à la revue **Les Dossiers de l'Obstétrique**, pour 12 mois au tarif de lancement de 50 € (Tarif valable jusqu'au 31 décembre 2019), **incluant le Vademecum des Prescriptions de la Sage-femme 2020** (papier et numérique).
- Recevoir un volume du **Vademecum des Prescriptions de la Sage-femme 2020**, incluant la version numérique (+ 15 € de participation aux frais d'expédition).
- J'envoie par courrier mon règlement par chèque à l'ordre des Éditions Eska.

À retourner daté, signé et revêtu de votre signature, par e-mail à : [congres@eska.fr](mailto:congres@eska.fr) - Tél. : 01 42 86 55 79 ou 01 42 86 55 65

### VOS COORDONNÉES

M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  M. (en lettres capitales)

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville .....

Pays .....

Tél. .... Fax .....

E-mail .....

Exercice professionnel

Libéral  PMI  Hospitalier  Privé  Autre

Adresse de facturation si différente .....

Fait à .....

Le ..... Cachet et signature

# PRÉVENTION DU RISQUE INFECTIEUX ASSOCIÉ AUX ACTES D'ÉCHOGRAPHIE ENDOCAVITAIRE

EXTRAIT DES RECOMMANDATIONS DE LA H.A.S. (HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ)

## 1 PRINCIPES DU TRAITEMENT DES SONDÉS

Depuis 1998, les experts français ont préconisé pour les sondes d'échographie endocavitaire l'usage d'une désinfection de niveau intermédiaire ou la présence d'une gaine de protection associée à une désinfection de bas niveau, en faisant le postulat que ces deux méthodes étaient équivalentes dès lors que l'intégrité visuelle de la gaine était constatée lors de son retrait. Cependant, en 2016, l'étude menée par le Groupe d'Étude des Pratiques en Hygiène Hospitalière GREPHH<sup>1</sup> a mis en évidence le faible niveau d'application de certaines de ces préconisations. Ainsi, les trois quarts des professionnels enquêtés utilisaient une gaine à usage unique, la moitié vérifiait toujours l'intégrité de la gaine après un acte et enfin, en présence d'effraction de la gaine ou de souillure de la sonde, un tiers réalisait toujours une désinfection de niveau intermédiaire. Des constats similaires ont été faits dans les autres pays d'Europe<sup>(1)</sup>.

Les recommandations 2017 de l'European society of radiology (ESR)<sup>(2)</sup> rappellent toutefois que les niveaux de preuve scientifique sont faibles sur ce sujet.

Trois points sont soulignés dans ce document à savoir :

- L'importance de l'hygiène de base pour les professionnels et l'environnement ;
- La nécessité d'une désinfection adaptée des équipements ;
- La réduction du risque au travers de l'usage de protection stérile.

Déoulant des enquêtes de pratiques en Europe, l'ESR préconise le passage à la désinfection de haut niveau pour les sondes d'échographie endocavitaires, niveau qui est similaire à la DNI française en termes de cible microbienne à inactiver.

La conclusion de ces recommandations est la suivante : *“Nous reconnaissons que la mise en œuvre de protocoles de désinfection complète des sondes d'échographie nécessitera un investissement initial et une augmentation des coûts des consommables ainsi qu'une nécessité de formation supplémentaire du personnel. Cependant, nous croyons que la mise en œuvre de recommandations claires rassurera les patients et contribuera à la qualité des soins dont ils bénéficient.”* Les sociétés savantes internationales qui se sont prononcées sur ce sujet depuis 2015 ont toutes fait le même constat et les mêmes propositions.

Compte tenu des données récentes, notamment sur les HPV et sur les pratiques, et du niveau de qualité accru demandé, en particulier en Europe, la question de faire évoluer les recommandations en France s'est posée. Selon la classification française, le niveau d'exigence requis pour les sondes d'échographie endocavitaire est donc désormais le niveau de désinfection intermédiaire. Il correspond à une activité d'efficacité démontrée sur l'ensemble des micro-organismes sauf les spores bactériennes soit une bactéricidie, une fongicide, une virucidie et une mycobactéricidie démontrées selon le modèle normatif en vigueur.

Pour les papillomavirus, une activité virucide démontrée sur des virus natifs oncogènes est la seule façon de garantir

### Désinfection d'une sonde d'échographie endocavitaire

(adapté des recommandations 2017 de l'ESR)

#### Retrait soigneux de la gaine de protection

Éviter toute contamination supplémentaire de la sonde



#### Nettoyage complet de la sonde

Élimination de toutes les salissures macroscopiquement visibles et du gel d'échographie par essuyage humide avec des lingettes détergentes, une compresse imprégnée ou au savon et à l'eau. L'usage d'un support absorbant non abrasif est recommandé



#### Séchage de la sonde (si nécessaire)

Pour éviter de diluer les agents de désinfection appliqués par la suite, ce qui les rend moins efficaces ou totalement inefficaces



#### Désinfection de niveau intermédiaire conforme aux recommandations des fabricants avec l'un des procédés suivants :

- Procédés automatisés de niveau intermédiaire ou supérieur
  - Lingettes désinfectantes
- Tout autre procédé validé de désinfection de niveau intermédiaire



#### Séchage de la sonde

Laisser suffisamment de temps au désinfectant pour obtenir un effet maximal

1 [http://www.grephh.fr/PDF/Sondes/Resultats\\_enquete\\_sondeEE\\_octobre-2016.pdf](http://www.grephh.fr/PDF/Sondes/Resultats_enquete_sondeEE_octobre-2016.pdf)

avec certitude l'efficacité d'un procédé de désinfection vis-à-vis de ces pathogènes. Une seule technique d'évaluation a été décrite au monde à ce jour <sup>(3)</sup> mais elle n'est pas encore intégrée à des standards de normalisation d'activité désinfectante. Tous les types de procédés recommandés dans cette instruction sont évaluables avec cette méthodologie et certains ont déjà fait l'objet de publication de leurs résultats <sup>(4, 5)</sup>.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Nyhsen CM, Humphreys H, Nicolau C, Mostbeck G, Claudon M (2016) *Infection prevention and ultrasound probe decontamination practices in Europe: a survey of the European society of radiology*.
2. Insights Imaging 2016 Dec; 7 (6): 841-847.
3. Nyhsen CM, Humphreys H, Koerner RJ, Grenier N, Brady A, Sidhu P, Nicolau C, Mostbeck G, D'Onofrio M, Gangi A, Claudon M. *Infection prevention and control in ultrasound - best practice recommendations from the European Society of Radiology Ultrasound Working Group*. Insights Imaging. 2017 Dec; 8 (6): 523-535.
4. Meyers J, Ryndock E, Conway MJ, Meyers C, Robison R. *Susceptibility of high-risk human papillomavirus type 16 to clinical disinfectants*. J Antimicrob Chemother. 2014 Jun; 69 (6): 1546-50.
5. Ryndock E, Robison R, Meyers C (2015) *Susceptibility of HPV16 and 18 to high level disinfectants indicated for semi-critical ultrasound probes*. J Med Virol 88 (6): 1076 – 80.
6. Meyers C, Milici J, Robison R. *UVC radiation as an effective disinfectant method to inactivate human papillomaviruses*. PLoS One. 2017 Oct 31; 12 (10): e0187377.

## 2 MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX LORS DE L'ACTE ÉCHOGRAPHIE ENDOCAVITAIRE

### OBJECTIFS

- Respect des recommandations d'hygiène entourant les actes d'échographie endocavitaire et assurer la traçabilité <sup>(4)</sup>.
- Respect des **précautions standard** <sup>(3)</sup> et **prévention du risque de transmission croisée** des micro-organismes liés à un acte d'échographie endocavitaire.

### ACTE ÉCHOGRAPHIE ENDOCAVITAIRE

Examen échographique interne des organes du bassin ou pelvis comme l'utérus, les ovaires, la prostate, la vessie.

Il se pratique par voie rectale ou voie vaginale pour un diagnostic ou une surveillance.

## ÉCHOGRAPHIE ENDOCAVITAIRE

### VOIE RECTALE

### VOIE VAGINALE

### CHRONOLOGIE

1



- FHA/Hygiène des mains/Friction hydro-alcoolique **AVANT** et **APRÈS** l'examen;
- Application du gel stérile sur la sonde (20 mL par sachet);
- Pose de la gaine (CE).

2



- Port de **GANTS** à usage unique.

3



- En fin d'acte:
- Oter délicatement la gaine usagée;
  - Éliminer les gants;
  - FHA, Mettre des gants usage unique non stériles et essuyer le gel restant avec un **support absorbant non abrasif**.

4



- Nettoyer la sonde par essuyage avec une lingette détergente;
- **Procéder à une désinfection de niveau intermédiaire.**

5



- Éliminer les gants;
- FHA;
- Bionettoyage de l'environnement.

## PRÉCISIONS

■ **Entre chaque patient : nettoyer-désinfecter l'environnement proche du patient**

- ① Jeter le drap d'examen à usage unique en déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM) (Déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI) si présence de liquides biologiques/sang).
- ② Réaliser un essuyage humide avec un consommable (lingette, carré d'essuyage, serviette à usage unique...) imprégné de détergent-désinfectant de la table d'examen.
- ③ Changer le drap d'examen.
- ④ Réaliser un essuyage humide avec un consommable imprégné de détergent-désinfectant du clavier, du trackpad et du porte-sonde de l'échographe.

■ **En fin de journée**

- ① Nettoyage-désinfection soigneuse de l'ensemble du poste incluant la partie couverte de la sonde après retrait de la gaine avec la gestuelle décrite

dans le rapport Haut Conseil de Santé Publique du 14 décembre 2007 (le manche de la sonde, le support de fixation de celle-ci sur le poste d'échographie, le clavier, etc.) (4).

- ② Nettoyage de la sonde/Rinçage/Réaliser 1 désinfection de niveau intermédiaire (DNI).
- ③ Réaliser le bionettoyage (nettoyage-désinfection de toutes les surfaces hautes et du sol) de la salle d'examen.
- ④ Réapprovisionner en consommables si besoin.
- ⑤ Assurer la traçabilité.

■ **Évaluation (4)**

- ① Audit GREPHH 2016.
- ② Prélèvements de surfaces si besoin (surveillance de l'environnement).
- ③ Suivi des déclarations d'infection liée à l'acte (épidémiologie).
- ④ Suivi des déclarations de matériovigilance.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Hygiène des mains et soins : du choix du produit à son utilisation et sa promotion - hygiènes - volume XXVI - n° 1 2018
2. Entretien des locaux dans les établissements de santé et établissements médico-sociaux. Recommandations de bonnes pratiques. CPIAS Occitanie/CPIAS Nouvelle Aquitaine. Novembre 2017ps SF2H 2017
3. Actualisation des précautions standard - hygiènes - volume XXV - n° hors-série - juin 2017.
4. Instruction n° DGS/VSS/VSS1/DGOS/PF/PF2/2016/145 du 10 mai 2016 relative aux échographies endocavitaires.
5. Guide pour le choix des désinfectants - Hygiènes - volume XXII - n° 6 2015

3 **BON USAGE DU GEL D'ÉCHOGRAPHIE**

**Un agent couplant entre la sonde d'échographie et la structure échographiée est indispensable pour éviter une interposition aérique source de mauvaise transmission des ultrasons.**

■ **GELS**

Il s'agit en général de gels aqueux utilisant de l'eau désionisée, dont la viscosité est réalisée grâce à des polymères. Le PH est stabilisé par des substances comme le tri-éthanolone. Un dérivé du glycol assure la rétention d'humidité et un agent conservateur est souvent présent.

Des bactéries peuvent survivre et se développer dans ce milieu ce qui peut être une source de contamination.

Le risque de transmission d'agents infectieux par le gel est extrêmement faible mais réel comme en témoignent quelques publications.

Un gel est considéré comme stérile si cela est indiqué sur son emballage et que celui – ci n'est pas ouvert. Ce n'est pas le cas d'un flacon standard même non entamé.

Des précautions d'emploi sont donc indispensables ayant conduit à des recommandations par de nombreuses sociétés savantes.

■ **UTILISATION DES GELS**■ **UTILISATION DU GEL STANDARD**

Les flacons à usage unique (250 mL) doivent se substituer à ceux remplis à partir de grand conteneur (5 L), qui exposent

à un risque accru de prolifération microbienne. Les gels livrés en grands conteneurs ne doivent plus être utilisés.

L'utilisation de gel non stérile est suffisante si le transducteur est en contact avec une peau intacte, sans infection ou pathologie correspondant à un examen non critique.

La date de péremption doit être vérifiée. Les flacons utilisés pendant la journée doivent être éliminés à la fin de la journée. Un nouveau flacon doit être mis en service en début de journée. L'inscription sur le flacon de sa date et heure d'ouverture permet la traçabilité.

Le contact du flacon et notamment de son ouverture avec la peau du patient ou toute autre source de contamination doit être évité.

Le flacon ouvert doit être mis au déchet en fin de journée, même s'il n'est pas complètement vide.

### ■ UTILISATION DU GEL STÉRILE

Du gel stérile en conditionnement individuel est obligatoirement utilisé pour les examens semi-critiques et critiques mettant en contact le transducteur avec une muqueuse :

- Tout examen endocavitaire (endovaginal ou endorectal) ;
- Tout contact ou risque de contact avec des fluides corporels ;
- Toute procédure d'intervention (ponction/biopsie) guidée ;
- Plaie cutanée ou cicatrice opératoire récente ;
- Échographie per opératoire.

Le gel stérile est recommandé également à l'intérieur de la gaine protectrice de la sonde pour couvrir le risque de perforation ou de porosité possible. Il peut s'agir du même sachet stérile que celui utilisé pour l'extérieur de la sonde.

### ■ CONSERVATION ET CHAUFFAGE DU GEL

Les flacons et sachets de gel doivent être conservés à température ambiante. L'élévation de température favorise la multiplication des germes transformant les chauffe-biberons en incubateurs. Le chauffage des gels pour un meilleur confort des patients doit donc être réservé aux flacons à usage immédiat.

Les chauffe-biberons, accouplés ou non à l'échographe, doivent être secs car ceux à liquide sont plus facilement contaminables. Le risque de transmission croisée doit être limité en mettant dans le chauffe-biberon le flacon, ouverture en haut, pour éviter le dépôt de gel au fond ; gel qui peut être contaminé par un contact avec un patient.

Les chauffe-biberons doivent être régulièrement nettoyés en enlevant toute trace de gel et désinfectés comme l'ensemble de l'échographe en respectant les recommandations du constructeur.

### ■ GEL ET DÉSINFECTION DES SONDES

La désinfection d'une sonde, quel que soit le procédé utilisé, commence par son nettoyage en enlevant d'abord le gel avec un chiffon non pelucheux.

Il est ensuite essentiel d'enlever toute trace de gel avec du savon et de l'eau courante ou des lingettes détergentes avant l'application de désinfectants.

L'utilisation de détergents aidera à l'élimination des restes de gel invisibles à l'œil que les désinfectants ne peuvent pas pénétrer et qui peuvent contenir des agents pathogènes.

L'utilisation de papier sec pour nettoyer les transducteurs n'est pas recommandée car moins efficace que les lingettes détergentes ou du savon et peut abîmer la surface des transducteurs. •

## BIBLIOGRAPHIE

1. Oleszkowicz SC, Chittick P et al (2012) *Infections associated with use of ultrasound transmission gel. Proposed guidelines to minimize risk.* Infect Control Hosp Epidemiol 33 (12) : 1235 - 1237
2. Hignett M, Claman P (1995) *High rates of perforation are found in endovaginal ultrasound probe covers before and after oocyte retrieval for in vitro fertilization-embryo transfer.* J Assist Reprod Genet 12 (9) : 606 - 609.
3. Muradali D, GoldWL PA, Wilson S (1995) *Can ultrasound probes and coupling gel be a source of nosocomial infection in patients undergoing sonography? An in vivo and in vitro study.* Am J Roentgenol 164 : 1521 - 1524.
4. Cheng A, Sheng W-H, Huang Y-C, Sun H-Y, Tsai Y-T, Chen M-L et al (2016) *Prolonged postprocedural outbreak of Mycobacterium Massiliense infections associated with ultrasound transmission gel.* Clin Microbiol Infect 22 : 382.e1 - 382.11.
5. Chittick P, Russo V, SimsMet al (2012) *Outbreak of Pseudomonas aeruginosa respiratory tract infections in cardiovascular surgery associated with contaminated ultrasound gel used for transesophageal echocardiography - Michigan, December 2011 - January 2012.* MMWR Morb Mortal Wkly Rep 61 : 262 - 264.
6. Olshtain-Pops K, Block C, Temper V et al (2011) *An outbreak of Achromobacter xylosoxidans associated with ultrasound gel used during transrectal ultrasound guided prostate biopsy.* J Urol 185 : 144 - 147.
7. Jacobson M, Wray R, Kovach D, Henry D, Speert D, Matlow A (2006) *Sustained endemicity of Burkholderia cepacia complex in a pediatric institution, associated with contaminated ultrasound gel.* Infect Control Hosp Epidemiol 27 : 362 - 366
8. Hutchinson J, Runge W, Mulvey M et al (2004) *Burkholderia cepacia infections associated with intrinsically contaminated ultrasound gel: the role of microbial degradation of parabens.* Infect Control Hosp Epidemiol 25 : 291 - 296.
9. Weist K, Wendt C, Petersen L, Versmold H, Ruden H (2000) *An outbreak of pyoderma among neonates caused by ultrasound gel contaminated with methicillin-susceptible Staphylococcus Aureus.* Infect Control Hosp Epidemiol 21 : 761 - 764.
10. Gaillot O, Maruéjols C, Abachin E et al (1998) *Nosocomial outbreak of Klebsiella Pneumoniae producing SHV-5 extended-spectrum beta-lactamase, originating from a contaminated ultrasonography coupling gel.* J Clin Microbiol 36 : 1357 - 1360.

# Exercice libéral : pratique clinique mais pas que...

PAR **LAURENCE GUILLAUME**, SAGE-FEMME LIBÉRALE À BRIEY (54),  
FORMATRICE ET RESPONSABLE PÉDAGOGIQUE MÉDIC FORMATION

*Pourquoi avoir envie de quitter une structure pour s'installer en libéral? Ou bien même pourquoi ne pas vouloir passer par la structure et avoir, en sortie de diplôme, une activité en ville?*

*Peut-être pour l'absence de contraintes, de hiérarchie, d'horaires... absence de toute entrave à une activité épanouissante.*

*C'est peut-être là où se situe l'erreur...*

**N**ON, l'activité libérale ne se définit pas par une absence mais bien par l'existence d'un véritable statut, qui n'est ni inculqué ni rapporté en formation initiale. Ce n'est qu'après plusieurs mois de pratique que le professionnel se rend compte qu'il est entré dans un engrenage infernal :

*« Je fais des heures, je gagne de l'argent, je gagne de l'argent je paie des charges, je paie des charges, j'ai besoin d'argent, j'ai besoin d'argent je fais de plus en plus d'heures... ».*

Il commence à percevoir les dommages, mais un peu tard. Voici la roue infernale du professionnel libéral non informé.



**La première chose** dont il faut avoir conscience, lorsque vous vous installez en libéral, c'est qu'avant toute activité professionnelle, la compétence nécessaire est celle d'un chef d'entreprise.

En effet, pour que vous puissiez exercer votre art, votre cabinet doit fonctionner et vos recettes doivent dépasser vos dépenses afin de pouvoir percevoir un salaire.

Et c'est bien d'argent dont nous parlons... mot souvent difficile (voire absent) dans le langage des sages-femmes.

Combien d'entre elles n'osent demander un règlement à leur patiente, sous différents prétextes mais toujours de bonnes excuses :

*« C'est une dame avec de faibles revenus... Je ne l'ai vue que quelques minutes... Le bébé n'est pas encore inscrit à la mutuelle donc je ne fais pas de tiers-payant donc je ne facture pas... ».*

Des exemples que l'on pourrait multiplier !

Alors, comment faire pour obtenir une activité sereine, qui rapporte, qui laisse du temps libre pour une vie personnelle et qui épanouit ?

Eh bien, il faut **GÉRER** : gérer son temps, gérer son argent, gérer ses patientes, en résumé gérer son entreprise, et cela s'apprend !

**La première chose dont il faut avoir conscience, lorsque vous vous installez en libéral, c'est qu'avant toute activité professionnelle, la compétence nécessaire est celle d'un chef d'entreprise.**



En amont du début d'activité ou en cours dans les premières semaines, une formation professionnelle sur la gestion d'entreprise et sur la gestion d'une activité de sage-femme est **INDISPENSABLE**.

Beaucoup de sages-femmes débutent leur activité avec des formations pratiques telles que rééducation du périnée, suivi gynécologique ou préparation à la naissance et c'est très bien. Mais si on ne sait pas faire fonctionner l'entreprise, on va très vite être confronté à des soucis d'ordre économique et souvent d'épuisement personnel.

Et le bouche-à-oreille, pour cette connaissance-là, ne suffit pas. Les sages-femmes demandent à leurs collègues déjà installées comment elles ont fait, qui elles ont contacté, comment elles pratiquent et hop... c'est parti !

*« Je fais comme on m'a dit, puis au fur et à mesure j'ajuste selon comme bon me semble »* et l'on se retrouve avec des professionnels épuisés, pour des chiffres d'affaires relativement bas et qui souvent, en toute bonne foi, font des erreurs de gestion, de cotations (à leur désavantage!) et autres.



**Avant toute chose, se poser les bonnes questions :**

- Qu'est-ce qui va me faire plaisir dans mon travail ?
- Quelle activité est-ce que je veux avoir ?
- Quel revenu est-ce que je souhaite ?
- Quelle proportion de mon temps vais-je consacrer à mon travail ?
- Quelles sont les obligations de gestion ?
- Avec qui ai-je envie de travailler ?

Autant de questions, et peut-être bien d'autres sont nécessaires pour savoir ce que vous souhaitez, et une fois cela défini, comment vous y parvenez.



**L'activité libérale est épanouissante par sa relative liberté d'expression et de pratique. Mais si — et seulement si — elle vous apporte satisfaction personnelle et financière à hauteur de vos objectifs.**

**Quels sont les moyens que je me donne pour atteindre mes objectifs ?**

Seuls des professionnels du secteur de l'entrepreneuriat pourront vous aiguiller sur une faisabilité intéressante.

Puis, sur l'aspect purement sage-femme, seuls des professionnels ayant ajouté cette expertise à leur champ de compétences pourront donner des informations justes. Calculer ses besoins, borner son planning pour y arriver, s'y tenir, prévoir l'année d'activité en termes de charges, d'assurance, de matériel, mais aussi se faire connaître pour remplir son agenda.

Car, en libéral, vous ne travaillerez pas seul(e), vous ferez partie d'un réseau où chacun des protagonistes a sa place.

Et pour introduire ou créer un réseau, il faut multiplier les relations. **Ne pas avoir peur de la concurrence. Au contraire, savoir se démarquer pour se rendre visible et faire reconnaître son expertise et sa crédibilité.**

Cela passe par l'utilisation des médias et outils actuels (tout en respectant la déontologie), communiquer sans "faire de publicité" mais aussi par la collaboration avec d'autres professionnels, par l'écriture d'articles dans la presse ou d'interviews données sur un sujet qui caractérise.

L'activité libérale est épanouissante par sa relative liberté d'expression et de pratique. Mais si — et seulement si — elle vous apporte satisfaction personnelle et financière à hauteur de vos objectifs.

Et, encore une fois, cela passe par une bonne préparation en amont. Prévoyez un peu plus de temps au démarrage et d'argent dans vos frais d'installation, afin de vous former pour optimiser votre avenir.

Croyez-moi, c'est la formation la plus "rentable" que vous ferez de toute votre vie professionnelle et ça, ce n'est pas moi qui le dis mais les stagiaires en fin de formation!

Je vous souhaite une belle installation et une activité pérenne et heureuse! •

**Joie™**

**OPTEZ POUR LE TRIO GAGNANT**  
avec la citadine tout-terrain

chrome™

poussette

coque gemm™  
aussi compatible avec les coques i-Gemm™ et i-Level™

nacelle chrome™

Avec son assise réversible vous aurez le choix de faire voyager votre enfant face à vous ou face au monde. Hyper pratique, elle se plie avec son assise quel que soit le sens.

Fournie avec les adaptateurs, et son habillage de pluie.

**Confort et sécurité garantis avec ce pack 3 en 1.**

bring the kids™  
plus d'informations sur  
fr.joiebaby.com

suivez-nous @Joie Baby  
astucieux, tout simplement.

# Organisation des soins d'urgence : création du nouveau diplôme d'assistant de régulation médicale

PAR SYLVIE MOREL, SOCIOLOGUE (P.H.D), CHERCHEUSE ASSOCIÉE AU CENTRE NANTAIS DE SOCIOLOGIE (CENS, UMR 6025), UNIVERSITÉ DE NANTES (44)

*La création du nouveau diplôme d'assistant de régulation médicale comme réponse politique à « l'affaire Musenga <sup>1</sup> » : une solution technique qui occulte la dimension relationnelle du problème.*

La mort tragique de Naomi Musenga le 29 décembre 2017 a mis sur le devant de la scène publique et médiatique, un métier jusqu'alors peu connu de la population, celui d'assistant de régulation médicale (ARM).

*La jeune femme de 22 ans, traitée avec mépris par une opératrice du SAMU, avait vu sa prise en charge retardée de « près de 2 heures 20 » selon un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) <sup>2</sup>.*

Suite à cette mise en cause publique de l'opératrice, le gouvernement a inscrit sur l'agenda politique la nécessité d'une réforme de la formation de ces professionnels afin de « sécuriser » et « renforcer la qualité la régulation médicale » au sein des SAMU-centre 15. Celle-ci s'est traduite par la publication du décret n° 2019-747 du 19 juillet 2019 <sup>3</sup> définissant les contours d'une nouvelle formation qui doit entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2019.

*« Basée sur un référentiel de certification construit avec les représentants de la profession, les urgentistes, les organisations syndicales de la fonction publique hospitalière et les partenaires institutionnels, la formation d'une année comprend 1 470 heures, réparties à parts égales entre l'enseignement théorique et l'enseignement pratique via des stages découverte et des stages métier <sup>4</sup> ».*

La création de ce diplôme qui sera dispensé dans dix centres agréés par le ministère des Solidarités et de la Santé fait suite aux propositions d'amélioration des procédures

du Samu remises à Agnès Buzyn <sup>5</sup> le 2 juillet 2018 par les représentants des urgentistes (Samu-Urgences de France, la Société française de médecine d'urgence (SFMU), et le Conseil national de l'urgence hospitalière (CNUH)).

Selon Patrick Pelloux, président de l'Association des médecins urgentistes de France, ce drame révélait en effet « les défaillances dans l'ensemble du système » <sup>6</sup> et la nécessité de réformer l'organisation des secours en augmentant les moyens pour les services de régulation, en réfléchissant à une meilleure coordination du Samu (15) et des pompiers (18), ainsi qu'à une amélioration de la formation initiale et continue des assistants de régulation médicale comme préconisée dans un rapport d'information du Sénat sur les urgences hospitalières rendu le 26 juillet 2017 qui alertait déjà sur le manque de formation de ces professionnels <sup>7</sup>. François Braun, président du syndicat SAMU-Urgences de France reprenait en partie seulement cette interprétation du problème. Même s'il estimait que l'organisation du SAMU pouvait être améliorée, il n'allait toutefois pas jusqu'à réclamer une réforme, préférant définir le problème comme le résultat d'une « succession de dysfonctionnements » <sup>8</sup> et d'un « cas isolé et personnel » <sup>9</sup>. Concernant ce dernier point, dans un article publié sur *The Conversation*, j'attirais l'attention sur les limites d'une approche individuelle du problème qui privilégie la thèse de la « faute grave » <sup>10</sup> due au non-respect des protocoles et au « ton indigne », « méprisant <sup>11</sup> » employé par l'assistante de régulation du Samu.

1. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/apres-laffaire-musenga-un-nouveau-diplome-pour-les-assistants-de-regulation-medecale-arm-en>

2. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/apres-laffaire-musenga-un-nouveau-diplome-pour-les-assistants-de-regulation-medecale-arm-en>

3. <http://www.anfh.fr/reglementation/decret-ndeg-2019-747-du-19-juillet-2019-creation-du-diplome-d-assistant-de-regulation-medecale-arm>

4. <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/article/samu-centres-15-vers-une-formation-diplomante-pour-les-assistants-de-regulation>

5. [https://www.sfmou.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/regulation-medecale-les-organisations-d-urgentistes-demandent-la-creation-d-un-diplome-d-etat-pour-les-arm/new\\_id/61236](https://www.sfmou.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/regulation-medecale-les-organisations-d-urgentistes-demandent-la-creation-d-un-diplome-d-etat-pour-les-arm/new_id/61236)

6. [https://www.francetvinfo.fr/sante/mort-de-naomi-musenga/mort-de-naomi-musenga-plus-qu-un-dysfonctionnement-selon-patrick-pelloux\\_2745811.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/mort-de-naomi-musenga/mort-de-naomi-musenga-plus-qu-un-dysfonctionnement-selon-patrick-pelloux_2745811.html)

7. <https://amp.lepoint.fr/2217433>

8. [http://www.lemonde.fr/sante/article/2018/05/09/mort-de-naomi-patrick-pelloux-denonce-un-manque-de-moyens-dans-les-centres-d-appels-du-samu\\_5296487\\_1651302.html](http://www.lemonde.fr/sante/article/2018/05/09/mort-de-naomi-patrick-pelloux-denonce-un-manque-de-moyens-dans-les-centres-d-appels-du-samu_5296487_1651302.html)

9. [http://www.lemonde.fr/sante/article/2018/05/09/mort-de-naomi-patrick-pelloux-denonce-un-manque-de-moyens-dans-les-centres-d-appels-du-samu\\_5296487\\_1651302.html](http://www.lemonde.fr/sante/article/2018/05/09/mort-de-naomi-patrick-pelloux-denonce-un-manque-de-moyens-dans-les-centres-d-appels-du-samu_5296487_1651302.html)

10. <https://www.lci.fr/sante/mort-de-naomi-musenga-agnes-buzyn-denonce-un-comportement-indigne-et-une-faute-grave-samu-strasbourg-2086769.html>

11. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/apres-laffaire-musenga-un-nouveau-diplome-pour-les-assistants-de-regulation-medecale-arm-en>

En effet, cette définition du problème qui lance l'opprobre sur la seule assistante de régulation médicale du 15, occultait un fait notoire à savoir que l'opératrice du centre de traitement de l'alerte des sapeurs-pompiers (18) n'avait pas été moins railleuse ou moqueuse envers Naomi<sup>12</sup>. L'écoute des bandes-son démontrait que son attitude envers Naomi avait été d'emblée suspicieuse, elle ne la prenait pas au sérieux et l'a fait savoir à sa collègue qui a repris cette grille de lecture de la situation<sup>13</sup>. À la lumière de ces données, une analyse de la mort de Naomi en termes de « cas isolé » ou encore d'« erreur individuelle » apparaissait dès lors exclue. D'ailleurs, l'analyse des réactions suscitées parmi la population dans les jours suivants le décès de cette jeune femme de 22 ans a permis d'invalider définitivement la thèse de l'erreur individuelle.

### « ON NE M'A PAS PRIS AU SÉRIEUX » : UN FAIT COLLECTIF

Durant plusieurs jours, la presse a relayé les témoignages de personnes affirmant avoir vécu une situation similaire à celle de Naomi. Leur point commun : on ne les a « pas pris au sérieux » comme le rapporte l'un d'eux qui a été étiqueté comme alcoolique par une assistante de régulation médicale en raison d'une difficulté d'articulation due, en réalité, à un AVC. Ainsi, les propos « indignes » ou « moqueurs » des opératrices étaient vraisemblablement loin d'être le fait d'actes isolés ou d'une faute individuelle. On était bien ici en présence d'un comportement collectif. À l'instar de ces personnes, Naomi non plus n'a pas été prise au sérieux. Elle n'a pas appelé le bon numéro en premier, elle ne parvenait pas à décrire ses symptômes et à répondre aux questions de l'opératrice du 18, puis de l'assistante de régulation du 15. En cela, elle n'était pas conforme à la norme attendue d'un « bon » patient et fut alors d'emblée suspectée d'abuser du numéro d'urgence.

L'assistante de régulation du 15, qui a débuté sa carrière comme ambulancière<sup>14</sup>, était expérimentée<sup>15</sup> ce qui permet de penser que la question de la formation n'était sans doute pas en jeu dans ce cas précis. À ce stade de l'analyse, la définition technique – dominante – de la mort de Naomi Musenga (dysfonctionnement, procédure) adoptée par les pouvoirs publics semblait non seulement loin d'épuiser l'explication du problème mais elle en occultait sa dimension relationnelle.

Sur ce dernier point, dans les deux jours qui suivirent le décès de Naomi, une autre interprétation a irrigué le débat, celle d'une traduction concrète du « syndrome méditerranéen »<sup>16</sup>.

**On ne les a « pas pris au sérieux » comme le rapporte l'un d'eux qui a été étiqueté comme alcoolique par une assistante de régulation médicale en raison d'une difficulté d'articulation due, en réalité, à un AVC.**

Il s'agit d'un outil théorique emprunté à l'anthropologie qui désigne une situation où un professionnel de santé perçoit un patient comme ayant un comportement exagérément plaintif et plus largement, non conforme aux normes médicales françaises attendues du « bon » patient. Néanmoins, au regard des différents témoignages dont la presse s'était fait l'écho, force était de constater que les profils des personnes concernées étaient variés. Aussi, la thèse du syndrome méditerranéen ne pouvait rendre compte là aussi de l'ensemble des situations.

*La question restait donc entière : comment expliquer l'existence de représentations et de discours collectifs de défiance des professionnels envers des appelants suspectés d'abuser ou encore, de profiter des numéros d'urgence ?<sup>17</sup> Une défiance pouvant conduire à un retard de prise en charge et dans certains cas, à la mort.*

Pour répondre à cette question, il m'apparaissait opportun de revenir sur l'analyse d'un autre problème exposée dans ma thèse de sociologie, celui de l'engorgement des services d'urgences hospitaliers et de la construction d'une figure, celle de l'usager des urgences.

### LA CONSTRUCTION SOCIALE DE LA FIGURE DE L'USAGER CONSOMMATEUR DE SOINS D'URGENCE

Au cours des années 1990, l'augmentation continue du nombre de passages dans les services d'urgence hospitaliers a conduit les pouvoirs publics à inscrire sur l'agenda politique le problème de l'« engorgement » de ces services. Cette problématisation publique s'est traduite entre autres, par la commande auprès de la DREES de la première grande enquête nationale sur les urgences publiée en janvier 2002 intitulée : « *Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale*<sup>18</sup> ». Menant une recherche en immersion sur le terrain ambulancier depuis plusieurs années, l'emploi de la notion d'« usager » dans le titre même du premier volet de l'enquête (« *Les usagers des urgences* ») pour désigner les « patients » ou les « malades » m'interpellait. En effet, l'emploi de ce terme m'interrogeait d'une part en tant que soignante et d'autre part, en tant que sociologue. Utilisé en lieu et place de celui de patient, il n'était pas neutre socialement ce que

12. [https://www.francetvinfo.fr/sante/mort-de-naomi-musenga/mort-de-naomi-musenga-l-operatrice-du-samu-est-effondree\\_2744715.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/mort-de-naomi-musenga/mort-de-naomi-musenga-l-operatrice-du-samu-est-effondree_2744715.html)

13. <http://www.europe1.fr/societe/mort-de-naomi-que-sait-on-de-l-operatrice-du-samu-qui-a-pris-l-appel-3648560>

14. [https://www.francetvinfo.fr/sante/mort-de-naomi-musenga/mort-de-naomi-musenga-l-operatrice-du-samu-est-effondree\\_2744715.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/mort-de-naomi-musenga/mort-de-naomi-musenga-l-operatrice-du-samu-est-effondree_2744715.html)

15. [https://www.francetvinfo.fr/sante/mort-de-naomi-musenga/mort-de-naomi-musenga-l-operatrice-du-samu-est-effondree\\_2744715.html](https://www.francetvinfo.fr/sante/mort-de-naomi-musenga/mort-de-naomi-musenga-l-operatrice-du-samu-est-effondree_2744715.html)

16. [https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/mort-de-naomi-musenga-samu-les-blagues-et-les-insultes-nous-polluent\\_2007537.html#fbxWMuMWtwLakOr.01](https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/mort-de-naomi-musenga-samu-les-blagues-et-les-insultes-nous-polluent_2007537.html#fbxWMuMWtwLakOr.01)

17. <https://www.dna.fr/faits-divers/2018/05/10/nous-pouvons-tous-un-jour-etre-agaces-par-l-appel-de-trop>

18. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-usagers-des-urgences-premiers-resultats-d-une-enquete-nationale>

confirmait une analyse de la littérature sociologique. Dans un ouvrage paru en 2000, le sociologue François-Xavier Schweyer démontre en effet que la notion d'usager est une catégorie davantage administrative que professionnelle.

Selon cet auteur, depuis quelques décennies le terme d'« usager » connaît, dans les discours et les écrits publics sur la santé, un large usage au point de s'être progressivement substitué à ceux de malades et de patients<sup>19</sup>. Il souligne que cette catégorie s'est construite dans un contexte historiquement et professionnellement déterminé et que son avènement relève avant tout d'une logique politico-administrative visant à rationaliser/maîtriser les dépenses publiques et non à démocratiser le système de soins au nom de la figure de l'usager. Il précise enfin que l'usager « est aussi un enjeu symbolique utilisé dans les confrontations autour de la maîtrise des dépenses de santé. Les professionnels résistent aux projets de restructuration au nom des usagers ; les pouvoirs publics, eux se retournent vers les usagers pour les rendre responsables de leur état de santé. »

Suivant cette analyse, les termes employés dans les sources institutionnelles pour définir le problème de l'engorgement des urgences – tout comme d'ailleurs pour celui du « trou de la Sécurité sociale » – conduisent à focaliser l'attention de la population sur les comportements « déviants » et leur responsabilité individuelle. De fait, les facteurs structurels à l'origine de ce problème public et repérés par d'autres sociologues sont laissés dans l'ombre. Les propos récents d'Agnès Buzyn concernant la « crise » des services d'urgence l'attestent encore une fois. Sur l'échelle des responsabilités, l'usager semble de son point de vue occuper la première place :

« Agnès Buzyn a souligné qu'un changement était nécessaire pour adapter l'organisation des urgences hospitalières au changement de comportement des usagers : « La consommation de soins des Français a évolué, ils consomment des soins aux urgences parce que c'est plus rapide, parce qu'on a du mal à trouver un médecin généraliste avec des consultations sans rendez-vous<sup>20</sup>. »

Or, ce discours diffusé depuis des décennies pour légitimer les politiques de restrictions budgétaires produit des effets concrets sur les représentations et les pratiques des professionnels de santé. Ces préjugés construits socialement et intériorisés par les soignants interfèrent qu'on le veuille ou non dans la relation de soin en ce qu'ils sont projetés sur les sujets en détresse. L'acte de soin que constitue la réponse à une détresse ne peut être en effet réduit à un simple acte technique encadré par des procédures, il s'agit aussi d'un acte traversé par le politique, le social. En ce sens, « l'erreur » dont il a été question dans « l'affaire Naomi » peut être analysée comme un symptôme du lien social. Plus précisément, ladite « erreur » serait ici un lapsus révélateur de la détérioration du lien social, de l'affaiblissement des solidarités dans une société marquée par la défiance envers l'autre engendrée par des « politiques du soupçon<sup>21</sup> ».

Ces préjugés ne traversent d'ailleurs pas uniquement le champ de la santé. S'agissant du discours public sur le chômage, de l'assurance santé pour les migrants, des aides au logement, etc., il n'est malheureusement pas rare, loin s'en faut, que le spectre de l'individu irresponsable, profiteur, abuseur, fraudeur soit brandi pour justifier en retour des mesures limitant la solidarité nationale.

Au regard de tous ces éléments, la mort de Naomi ne peut être appréhendée uniquement d'un point de vue technique, autrement dit, en termes de respect des procédures et d'organisation. Les solutions qui découlent d'une telle interprétation du problème nous semblent en effet n'être que des pansements appliqués sur une plaie béante qui trouverait son origine dans la politique d'austérité menée depuis plusieurs décennies à l'hôpital<sup>22</sup>. Le mouvement de grève des services d'urgence qui s'est développé dans tout le pays est aujourd'hui là pour nous rappeler s'il en était besoin que les restrictions budgétaires appliquées aux hôpitaux au nom de la maîtrise des dépenses de santé, conduisent les professionnels, comme l'a souligné Patrick Pelloux<sup>23</sup>, à travailler dans des conditions telles que l'erreur est sans cesse redoutée.

Dans ce contexte, la pression des urgences est redoublée par la pression managériale dont l'objectif est d'optimiser les lits, de respecter la « durée moyenne de séjour », de rentabiliser les services. Ce discours managérial qui s'accompagne le plus souvent d'un discours stigmatisant les « patients abusifs » ou encore, les « mauvais malades » (polypathologiques, alcooliques, précaires, etc.), est à la source de conditions de travail pressurisées<sup>24</sup> conduisant les soignants à faire des « erreurs » et à être maltraitants comme le montre l'histoire de Naomi.

Dès lors, pour ce cas précis, la nouvelle formation d'ARM jointe à la création en urgence de 10 IFARM fait certes partie des solutions à apporter au regard de la faiblesse, voire de l'absence jusqu'à aujourd'hui, de formation de ces professionnels, mais elles ne suffisent pas. On peut d'ailleurs regretter qu'il ait fallu un drame médiatisé pour que la politique d'austérité s'efface quelque peu, cette fois-ci, devant la nécessité de « prendre le temps » « d'investir » dans la formation des professionnels. Toutefois, pour prévenir ce type de drame, il est fondamental aussi de ne pas occulter une autre approche du problème, celle qui fait le pari sur le relationnel, l'humain. Il s'agit bien là d'un pari au regard de la complexité de l'affaire : dans ce cadre en effet, la solution ne se trouve pas à l'extérieur de nous, dans la mise en place d'outils techniques ou de procédures. Elle enjoint chacun de nous à s'interroger sur nos propres préjugés qui ne manquent pas de s'immiscer dans la relation de soin ou, plus largement, dans notre relation à l'autre qu'il soit en détresse ou non. Cette réflexivité individuelle peut être pensée comme un pendant utile de l'action collective. •

19. Cresson G., Schweyer F.-X., dir., *Les usagers du système de soins*, Éditions ENSP, 2000

20. <https://www.ladepêche.fr/2019/08/28/un-grand-bouleversement,8380177.php>

21. <https://journals.openedition.org/lectures/8416>

22. Juven P.-A., Pierru F., Vincent F., *La casse du siècle. À propos des réformes de l'hôpital public*, Raisons d'Agir, 2019.

23. [http://www.lemonde.fr/sante/article/2018/05/09/mort-de-naomi-patrick-pelloux-denonce-un-manque-de-moyens-dans-les-centres-d-appels-du-samux\\_5296487\\_1651302.html](http://www.lemonde.fr/sante/article/2018/05/09/mort-de-naomi-patrick-pelloux-denonce-un-manque-de-moyens-dans-les-centres-d-appels-du-samux_5296487_1651302.html)

24. [http://etudiant.lefigaro.fr/article/omerta-a-l-hopital-un-tableau-glacant-des-violences-subies-par-les-etudiants-en-sante\\_e6edfae2-fdbc-11e6-a4b9-7c0c24f826d2/](http://etudiant.lefigaro.fr/article/omerta-a-l-hopital-un-tableau-glacant-des-violences-subies-par-les-etudiants-en-sante_e6edfae2-fdbc-11e6-a4b9-7c0c24f826d2/)

# 47<sup>es</sup> Journées Jean Cohen 2019

En collaboration avec la  
Société française de Gynécologie

## 8<sup>e</sup> Journée. Les Dialogues de l'Obstétrique

Une réunion des Sages-Femmes Gynécologues Obstétriciens  
sous l'égide de la revue Les Dossiers de l'Obstétrique

JEUDI 14 NOVEMBRE 2019

### SESSION I : PRESCRIPTIONS ET DIRECTIVES QUALITÉ

- Traitement des données médicales et les obligations juridiques RGPD (en établissement de santé et en cabinet libéral)
- La mise au point du calendrier vaccinal
- L'« hésitation vaccinale » : freins et acceptations des patients
- L'« hésitation vaccinale » : freins et acceptations des professionnels
- L'extension des compétences en matière de vaccination (Une confrontation Orateur Pour Discutant Contre)
- Le point sur l'extension du droit de prescription pour les SF : état des avancées
- Débat autour des médecines alternatives avec le mouvement « FakeMed »
- Perturbateurs endocriniens : incidences sur la femme, l'homme, le fœtus/nouveau-né
- Lecture du rythme cardiaque fœtal par une approche de la physiologie fœtale

### SESSION II : PERTINENCE DES SOINS / BIEN-TRAITANCE

- Violences faites aux femmes, violences obstétricales : définitions, champ d'application
- Faisabilité de « la peau à peau » en cours de césarienne
- Soins de développement néonataux : ce qui se fait en néonatalogie/réanimation est-il transposable en maternité
- Allaitement maternel : une approche anthropologique et sociologique (influence des cultures, freins, allaiter en public, lactation induite dans les couples homosexuels)
- Accompagnement des parents dans le cadre du deuil périnatal

### ATELIERS

- Atelier 1 :** Pose de DIU
- Atelier 2 :** Pose d'un implant de contraception
- Atelier 3 :** Manœuvres obstétricales : simulation avec un mannequin
- Atelier 4 :** Mise en pratique de la lecture du RCF avec approche physiologique
- Atelier 5 :** La mise en place d'un Dossier Médical Partagé - un exemple en pratique
- Atelier 6 :** L'installation en pratique libérale
- Atelier 7 :** La gestion Comptable et administrative du Cabinet Libéral
- Atelier 8 :** La responsabilité juridique de la Sage-femme
- Atelier 9 :** La santé des soignants
- Atelier 10 :** L'allaitement
- Atelier 11 :** Les prescriptions difficiles pour la SF



SOUS LA COORDINATION DU  
COMITÉ DE RÉDACTION ET DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

## 7<sup>e</sup> Journée. Les événements de l'année en infectiologie

Prévention et prise en charge de l'Infection  
chez la femme

JEUDI 14 NOVEMBRE 2019

### MATIN

- 8h30 – 9h00 Accueil des participants — Café  
9h00 – 11h00 **SESSION 1 : RISQUE INFECTIEUX ET PAPILLOMAVIRUS**  
**Modérateur : Bruno Pozzetto**
- HPV et hésitation vaccinale en France : le casse-tête .....**Amandine Gagneux-Brunon**
  - Bénéfices de la vaccination HPV et retombées en santé publique .....**Jean-Marc Bohbot**
  - Risque HPV en PMA .....**Thomas Bourlet**
  - Désinfection des sondes d'échographie à usage endocavitaire .....**Pierre Parneix**
- 11h00 – 11h30 Pause - Visite des stands  
11h30 – 13h00 **SESSION 2 : VACCINS, SOIGNANTS ET FEMMES ENCEINTES**  
**Modérateur : Elisabeth Botelho-Nevers**
- Le point de vue de la sage-femme .....**Sage-femme\***
  - Le point de vue de l'infectiologue .....**Odile Launay**
  - Débat avec la salle

### APRÈS-MIDI

- 13h00 – 14h00 Déjeuner  
14h00 – 16h00 **SESSION 3 : RISQUES OBSTÉTRICAUX & INFECTIONS BACTÉRIENNES**  
**Modérateur : Raphaëlle Girard**
- Infections urinaires : quoi de neuf .....**Manuel Etienne\***
  - Infections à streptocoques du groupe A : Semmelweis au XXI<sup>e</sup> siècle .....**Philippe Berthelot**
  - Infections à Streptocoques du groupe B : Interêt du dépistage à l'accouchement .....**Emmanuelle Vigier**
  - Un risque obstétrical méconnu : la fièvre Q .....**Matthieu Mignon\***
- 16h00 – 16h30 Pause - Visite des stands  
16h30 – 18h00 **SESSION 4 : FEMMES ENCEINTES ET VOYAGES**  
**Modérateur**
- Risque viral (hépatite E, Zika, autres arboviroses) .....**Bruno Hoën**
  - Risques parasitaires et grossesse .....**Daniel Camus**
  - Risques non infectieux, femmes enceintes et voyage en avion
- 18h00 **Conclusion** .....**Philippe Berthelot**

\* orateurs pressentis

Sous la présidence de : **PHILIPPE BERTHELOT,**  
**ELISABETH BOTELHO-NEVERS,**  
**RAPHAËLLE GIRARD, BRUNO POZZETTO**

AVEC LE SOUTIEN DE LA SPILF  
SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE DE LANGUE FRANÇAISE

Lieu : UIC-P, 16 rue Jean Rey, 75015 Paris



Des Journées du Centre de Formation des Editions ESKA. Inscription CFEF adressée aux Editions ESKA-CONGRES -  
Serge KEBABTCHIEFF, Cécile GROGNARD, Alicia GORRILLIOT, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris - Tél : 01 42 86 55 79 - Fax : 01 42 60 45 35  
E-mail : congres@eska.fr - Site : www.congres.eska.fr  
AGRÉÉ PAR LE CONSEIL RÉGIONAL DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE - CFEF : N° 11753436775

# 47<sup>es</sup> Journées Jean Cohen 2019

En collaboration avec la  
Société française de Gynécologie

X<sup>e</sup> Journée.

Gynécologie Obstétrique et Reproduction

PRÉSIDENT : JEAN-MARIE ANTOINE

COORDINATION SCIENTIFIQUE : JOËLLE BELAISCH-ALLART

VENDREDI 15 NOVEMBRE 2019

MATIN. SALLE LIST

8h30 - 9h00

ACCUEIL DES PARTICIPANTS – CAFÉ

9h00 - 10h30

SESSION INFERTILITÉ : ÉPIDÉMIE D'INSUFFISANCE OVARIENNE PRÉMATURÉE ?

Modérateurs : J.-M. ANTOINE et M. LACHOWSKY

L'AMH est-elle Le marqueur de la réserve ovarienne ?

.....J. BELAISCH ALLART

Comment explorer l'IOP?.....G. PLU BUREAU

Désir d'enfant : les nouveaux protocoles de prise en charge,

la préservation de la fertilité .....C. YAZBECK

10h30 - 11h00

PAUSE – VISITE DES STANDS

11h00 - 12h30

SESSION GYNÉCO ACTUALITÉ

Modérateurs : B. LETOMBE et G. BOUTET

Surveillance post conisation : les nouvelles recommandations

.....H. BORNE

Tempête sur les macro progestatifs ? .....C. JAMIN

Infections à HPV comment informer les patientes ?

.....J.-L. MERGUI

CMV - revisité - dépistage - prévention conséquences .....Y. VILLE

12h30 - 13h00

ALLOCATION DU PRÉSIDENT J.-M. ANTOINE

13h00 - 14h15

DÉJEUNER

APRÈS-MIDI. SALLE LIST

14h15 - 18h30

SESSIONS CONTROVERSES

Modérateurs : J.-L. BENIFLA et P. LOPES

14h15 - 15h00

L'échographie doit-elle faire partie de la surveillance systématique après la ménopause ?

.....J. CREQUAT - discutant P. MADELENAT

15h00 - 15h45

Endométriose post ménopausique. Quelle prise en charge ? .....L. MARIÉ SCEMAMA - discutant C. JAMIN

15h45 - 16h30

Le Diagnostic prénatal non invasif (DPNI) officiel en France est-il satisfaisant ?.....B. SIMON BOUY - discutant N. FRIES

16h30 - 17h00

PAUSE – VISITE DES STANDS

17h00 - 17h45

Le dépistage organisé du cancer du col

.....J.-J. BALDAUF - discutant P. LOPES

17h45 - 18h30

La loi de bioéthique. Ou en sommes-nous ?

.....I. NISAND - discutant P. MERVIEL

SAMEDI 16 NOVEMBRE 2019

MATIN. SALLE LIST

8h30 - 9h00

ACCUEIL DES PARTICIPANTS – CAFÉ

9h00 - 12h30

SESSION PLÉNIÈRE : CONTRACEPTION : QUESTIONS-RÉPONSES, QUESTIONS SANS RÉPONSES

Session parrainée par la Société Francophone de Contraception

Modérateurs : D. SERFATY, H. CHELLI, M. BOUZEKRINI, B. THIEBA-BONANE, M. BENNIS

1. Un pas de plus dans la prévention ? Préservatif

masculin remboursé par la Sécurité sociale ..... D. HASSOUN

2. Evolution du marché de la contraception en France :

« Vous avez dit hormonophobie ? » .....D. SERFATY

3. Qu'est-ce que l'anneau vaginal Annovera®

.....R. SITRUK-WARE, Ph. BOUCHARD (Population Council)

10h30 - 11h00

PAUSE VISITE DES STANDS

4. Spécificité de la contraception chez les sportives

de tous niveaux.....C. MAITRE

5. La pilule contraceptive pour homme .....D. SERFATY

6. Les media et la contraception en 2019 .....P. MERVIEL

7. Depuis l'avènement de la contraception hormonale, peut-on dire

que les ménorragies fonctionnelles ont vécu ? .....P. MERVIEL

8. Concept de « Multipurpose Prevention Technologies en contraception

(MPT).....R. SITRUK-WARE, Ph. BOUCHARD (Population Council)

9. Existe-t-il un risque de leucémie chez les enfants issus

de grossesses survenues sous pilule ou dès après l'arrêt

de la pilule ? .....M. ESPIÉ

ATELIERS DE VENDREDI ET SAMEDI. SALLE 203

VENDREDI 15 NOVEMBRE 2019

9h00 - 10h30

ATELIERS SAGES FEMMES :

Intervenants : A. PROUST et C. FOULHY

– Auto-palpation mammaire chez les femmes de 18-25 ans dans les Alpes-

Maritimes : état des lieux de leur connaissances et pratique .....C. FINON

– Suivi gynécologique et santé sexuelle des femmes ayant des rapports

sexuels avec des femmes .....C. GILES

– La sage-femme et PMA .....I. DERRENDER

11h00 - 12h30

ATELIERS IMPLANTS (AVEC LE SOUTIEN DE MSD)

Intervenant : N. CASTAING

Atelier implant contraceptif

SAMEDI 16 NOVEMBRE 2019

9h00 - 10h30

ATELIERS FERTILITÉ : Intervenants : P. MERVIEL,

F. SCHEFFLER et C. YAZBECK (Programme en cours)

11h00 - 12h30

ATELIERS LE SEIN : Intervenants : M. ESPIÉ,

C. DE BAZELAIRE, O. NGUYEN

Et si on parlait des lésions bénignes et des pathologies à risque ?

FIN DU CONGRÈS : 12H30

L'INSCRIPTION DONNE ACCÈS AUX 3 JOURNÉES

Lieu : UIC-P, 16 rue Jean Rey, 75015 Paris



Des Journées du Centre de Formation des Editions ESKA. Inscription CFEE adressée aux Editions ESKA-CONGRES - Serge KEBABTCHIEFF, Cécile GROGNARD, Alicia GORRILLIOT, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris - Tél : 01 42 86 55 79 - Fax : 01 42 60 45 35 E-mail : congres@eska.fr - Site : www.congres.eska.fr  
AGRÉÉ PAR LE CONSEIL RÉGIONAL DE FORMATION MÉDICALE CONTINUE - CFEE : N° 11753436775

## LA FABRIQUE DU CRÉTIN DIGITAL LES DANGERS DES ÉCRANS POUR NOS ENFANTS MICHEL DESMURGET

La consommation du numérique sous toutes ses formes par les nouvelles générations est astronomique. Dès 2 ans, les enfants des pays occidentaux cumulent chaque jour presque 3 heures d'écran. En cumuls annuels, ces usages représentent autour de 1000 heures pour un élève de maternelle (soit davantage que le volume horaire d'une année scolaire), 1700 heures pour un écolier de cours moyen (2 années scolaires) et 2400 heures pour un lycéen du secondaire (2,5 années scolaires).

Contrairement à certaines idées reçues, cette profusion d'écrans est loin d'améliorer les aptitudes de nos enfants. Bien au contraire, elle a de lourdes conséquences : sur la santé (obésité, développement cardio-vasculaire, espérance de vie réduite...), sur le comportement (agressivité, dépression, conduites à risques...) et sur les capacités intellectuelles (langage, concentration, mémorisation...). Autant d'atteintes qui affectent fortement la réussite scolaire des jeunes.

« *Ce que nous faisons subir à nos enfants est inexorable. Jamais sans doute, dans l'histoire de l'humanité, une telle expérience de décérébration n'avait été conduite à aussi grande échelle* », estime Michel Desmurget. Ce livre, première synthèse des études scientifiques internationales sur les effets réels des écrans, est celui d'un homme en colère. La conclusion est sans appel : attention écrans, poisons lents !

Michel Desmurget est docteur en neurosciences et directeur de recherche à l'Inserm. Il est l'auteur de *TV Lobotomie* (Max Milo, 2011) et de *L'Antirégime* (Belin, 2015), qui ont tous deux remporté un large succès public.



### Le Seuil

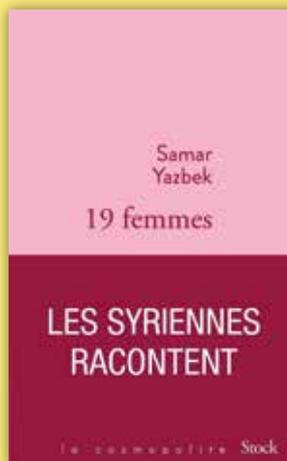
Science et nature  
Date de parution 29 août 2019  
20 € TTC - 432 pages  
EAN 9782021423310  
[www.seuil.com](http://www.seuil.com)

## DIX-NEUF FEMMES, LES SYRIENNES RACONTENT SAMAR YAZBEK

« 19 femmes » est le fruit d'une série d'entretiens que j'ai menés avec des Syriennes dans leurs pays d'asile, ainsi qu'à l'intérieur du territoire syrien. À chacune j'ai demandé de me raconter "leur" révolution et "leur" guerre. Toutes m'ont décrit le terrible calvaire qu'elles ont vécu. Je suis hantée par le devoir de constituer une mémoire des événements qui contrerait le récit qui s'emploie à justifier les crimes commis, une mémoire qui, s'appuyant sur des faits incontestables, apporterait la preuve de la justesse de notre cause. Ce livre est ma façon de résister. » Samar Yazbek

Avec ce document unique, capital, sur le rôle des femmes dans la révolution, Samar Yazbek rend leur voix aux Syriennes, la voix de la résistance, la voix de l'espoir.

Née en 1970 à Jableh en Syrie, Samar Yazbek est écrivain et journaliste. Elle a publié en France *Un parfum de cannelle* (Buchen/Chastel, 2013), *Feux croisés, journal de la révolution syrienne* (Buchen/Chastel, 2012), *Les Portes du néant* (Stock, 2016), lauréat du Prix du Meilleur livre étranger, et *La Marcheuse* (Stock, 2018). Ses livres sont traduits et primés dans le monde entier. En 2012, elle a créé la fondation Women Now for Development qui vient en aide aux femmes sur le terrain, en Syrie et dans les camps de réfugiés. Elle vit désormais à Paris.



### Éditions Stock

Collection La Cosmopolite  
Date de parution: 11 septembre 2019  
22,50 € TTC - 300 pages  
Format: 136 x 215 mm  
EAN 9782234086043  
[www.editions-stock.fr](http://www.editions-stock.fr)

### ● AUTOMNE-HIVER 2019

BORDEAUX

16<sup>e</sup> Journée Événements de l'Année en Gynécologie-Obstétrique  
[congres.eska.fr](http://congres.eska.fr)

### ● 3 OCTOBRE 2019

PARIS - INSTITUT MONTSOURIS

Journée Scientifique "Mortalité maternelle - Mieux comprendre pour mieux prévenir"

Infos : [enemm@inserm.fr](mailto:enemm@inserm.fr)

### ● 9-10-11 OCTOBRE 2019

METZ

36<sup>es</sup> Journées d'Études de l'Association Nationale des Sages-Femmes Coordinatrices

[ansfe.fr](http://ansfe.fr)

### ● 7-8 NOVEMBRE 2019

MONACO

Congrès international des Sages-Femmes - CISaF

[cerc-congres.com](http://cerc-congres.com)

### ● 14 NOVEMBRE 2019

PARIS 15<sup>e</sup>

Les Dialogues de l'Obstétrique par *Les Dossiers de l'Obstétrique*

[congres.eska.fr](http://congres.eska.fr)

### ● 14 NOVEMBRE 2019

PARIS 15<sup>e</sup>

7<sup>e</sup> Journée "Les événements de l'année en infectiologie"

[congres.eska.fr](http://congres.eska.fr)

### ● 15-16 NOVEMBRE 2019

PARIS

47<sup>es</sup> Journées Jean Cohen Gynécologie Obstétrique et Reproduction

[congres.eska.fr](http://congres.eska.fr)

### ● 15-16 NOVEMBRE 2019

PARIS

Cancers au Féminin - 9<sup>e</sup> Congrès

[congres.eska.fr](http://congres.eska.fr)

### ● 15-16 NOVEMBRE 2019

TROYES

23<sup>es</sup> Journées de l'ANCIC

[avortementancic.org](http://avortementancic.org)

### ● 29 NOVEMBRE 2019

20<sup>es</sup> Journées sur l'Assistance

Médicale à la Procréation de l'Hôpital Américain de Paris

[congres.eska.fr](http://congres.eska.fr)

### ● 6-7 DÉCEMBRE 2019

XIX<sup>e</sup> Colloque GYPSY

Thème : « Confiance, Défiance, Trahison... »

René Frydman et Muriel Flis-Treves

[gypsy-colloque.com](http://gypsy-colloque.com)

# LE REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN

PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME

**Les restrictions de la définition des symptômes du RGO pathologique chez les nourrissons sont dues aux limites du langage et répondent à la nécessité du signalement par un tiers et au choix des critères de référence utilisés pour pouvoir diagnostiquer un RGO pathologique.**

## DÉFINITION

C'est la remontée trop fréquente du contenu gastrique dans l'œsophage, en dehors d'efforts de vomissement.

Chez le nourrisson, il s'agit d'un phénomène le plus souvent transitoire, maturatif. Le RGO du nourrisson peut être extériorisé et visible par les rejets ou vomissements ou occulte, compliqué ou non.

Il est défini comme simple et appelé alors aussi régurgitations quand il est sans douleur et ne nuit pas à la croissance du nourrisson. C'est le plus fréquent et sans danger.

On rapporte dans la littérature des chiffres d'environ 30 % des nourrissons consultant pour des régurgitations contre 8 % d'enfants ayant un RGO pathologique en pH-métrie.

## COMPLICATIONS DIGESTIVES

La plus fréquente est l'œsophagite. Elle se manifeste par des douleurs récurrentes à distance des repas et une mauvaise prise alimentaire, plus rarement par des vomissements sanglants. Elle pose donc le problème diagnostique des pleurs et des difficultés alimentaires du nourrisson.

## SIGNES CLINIQUES D'UN RGO COMPLIQUÉ

- Régurgitation après la tétée;
- Douleurs ou irritabilité au moment des boires ou après ceux-ci;
- Pleurs inexplicables. La difficulté face aux pleurs et aux troubles digestifs est importante. En effet, le trouble digestif peut être à l'origine des pleurs et de l'insomnie, ou les troubles digestifs et du sommeil relèvent d'une pathologie commune de retard d'acquisition des rythmes biologiques du bébé, et d'expression somatique de difficultés interactives. Il peut être aussi nécessaire de rechercher un lien entre les symptômes du bébé et les difficultés interactives périnatales parents/bébé. Les examens complémentaires sont de peu d'aide et intrusifs dans ces situations. Le traitement digestif empirique peut être utile pour en démêler les composantes.

- Troubles du sommeil;
- Mauvaise prise de poids;
- Vomissements en jet (envisager une sténose du pylore);
- Vomissements teintés de bile (jaunâtres ou verdâtres);
- Toux, une voix rauque, laryngite ou pharyngite chroniques;
- Étouffements, pneumonies ou bronchospasmes à répétition;
- Otites moyennes séreuses à répétition
- Traces de sang dans les régurgitations, signe d'œsophagite;
- Refus de s'alimenter.

## AFFÉCTIONS ASSOCIÉES

Les affections associées entraînant le plus grand risque de RGO pathologique sévère et chronique compliqué chez l'enfant :

- Atteinte neurologique,
- Atrésie œsophagienne opérée,
- Mucoviscidose,
- Hernie hiatale,
- Obésité
- Antécédents familiaux de RGO pathologique ou de ses complications.

## TRAITEMENTS NON MÉDICAMENTEUX (en première intention)

- Épaississants;
- Positionnement. Garder le bébé à la verticale pendant quelques minutes après la tétée ou le repas en le plaçant dans un siège incliné vers l'arrière ou dans une chaise haute, s'il est en âge de s'asseoir, pendant environ 30 minutes. Les porte-bébés peuvent aussi être une bonne façon de garder le bébé à la verticale;
- Fractionnement des repas en lui faisant faire 3 ou 4 pauses pour lui permettre de roter et d'évacuer l'air;
- Éviter de faire pression sur le ventre lors du change, ne pas serrer trop la couche.

## TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Les médicaments prokinétiques n'ont pas prouvé leur efficacité. Parmi les médicaments anti-acides, les inhibiteurs de la pompe à protons constituent le meilleur choix mais leurs indications ne sont pas clairement établies. •

## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 11 JUILLET 2019



## DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

## Le test HPV recommandé chez les femmes de plus de 30 ans

En actualisant ses recommandations de 2010 sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, la HAS propose aux pouvoirs publics une stratégie nationale de dépistage incluant le test HPV. Ce test est recommandé en première intention chez les femmes de plus de 30 ans – chez lesquelles il s'avère plus efficace que l'examen cytologique.

**L'**infection aux papillomavirus humain (HPV) est une infection sexuellement transmissible très fréquente puisqu'**environ 80 % des personnes (hommes et femmes confondus) seront infectées au cours de leur vie**. La plupart de ces infections disparaissent spontanément, mais chez une petite proportion de femmes, le papillomavirus persiste. S'il s'agit d'un HPV dit « à haut risque », il peut évoluer en cancer. On dénombre en France **plus de 3 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et plus de 1 000 décès par an**.

La HAS a émis en 2010 des recommandations sur la prévention et le dépistage du cancer du col de l'utérus. Mais le taux de dépistage – d'environ 60 % – reste insuffisant. Elle publie aujourd'hui une actualisation de ces recommandations, avec notamment pour objectif le positionnement du test HPV dans la stratégie de dépistage. À la différence de l'examen cytologique, qui s'intéresse à la morphologie des cellules, le **test HPV cherche la présence d'ADN du virus HPV à haut risque** chez les femmes.

La HAS maintient sa recommandation d'un dépistage chez toutes les femmes de 25 à 65 ans qu'elles soient vaccinées ou non, mais en fait évoluer les modalités pour les femmes de plus de 30 ans. Chez ces dernières, le test HPV remplace l'examen cytologique en première intention.

### Un test plus efficace pour les femmes de plus de 30 ans

La HAS recommande l'utilisation du test HPV en première intention lors du dépistage du cancer du col de l'utérus à partir de 30 ans. Comme l'examen cytologique, il est réalisé à partir d'un prélèvement cervico-utérin. Chez les femmes de plus de 30 ans, il s'avère nettement plus efficace pour réduire l'incidence du cancer du col de l'utérus. De plus, en cas de test négatif, le recours au test HPV permet d'allonger l'intervalle entre deux dépistages – passant de tous les 3 ans à tous les 5 ans après 30 ans. En revanche, avant 30 ans, il n'est pas recommandé car les infections à HPV transitoires sont

très fréquentes chez les femmes jeunes. Leur détection exposerait de fait à des traitements inappropriés, augmentant ainsi les risques de complications lors de grossesses ultérieures. Le test HPV présente un autre avantage : **il peut aussi se faire à partir d'un auto-prélèvement vaginal**. Les femmes pourraient avoir accès à des kits pour réaliser elles-mêmes le prélèvement. La HAS recommande cette modalité pour les femmes de plus de 30 ans qui ne se font pas dépister régulièrement ou qui sont éloignées du système de soins. Des expérimentations d'utilisation de ces tests d'auto-prélèvement devront être menées en population générale afin d'en évaluer l'acceptabilité, l'efficacité et l'efficience dans le contexte français.

### Des conditions au bon déploiement du dépistage par test HPV

La HAS a identifié des conditions au déploiement de ses recommandations afin de garantir la qualité du dépistage du cancer du col de l'utérus et le libre choix éclairé des femmes

concernées. Elle recommande ainsi la **mise en place d'un système d'assurance-qualité, s'appuyant notamment sur une accréditation des laboratoires de biologie médicale**. Elle recommande également que des **actions de communication et d'information** soient menées auprès des professionnels de santé et des femmes concernées par le dépistage du cancer du col de l'utérus. Leur objectif sera de les accompagner au mieux dans l'évolution des modalités de dépistage et plus largement de continuer de les informer sur l'infection à HPV (mode de transmission, évolution dans le temps et potentielles conséquences...). À cela devra s'ajouter une **évolution de la codification de l'acte de dépistage et une prise en charge intégrale** par l'assurance maladie, sans avance de frais, pour la réalisation du test HPV tous les 5 ans chez les femmes de 30 à 65 ans.

### POUR EN SAVOIR PLUS

<https://www.has-sante.fr>

## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 4 SEPTEMBRE 2019

## ACCUEIL DES ENFANTS À L'HÔPITAL

## Un rapport inédit proposant des pistes d'amélioration

Chaque année, près de 2 millions d'enfants et adolescents sont hospitalisés dans un établissement public de santé. Leur hospitalisation est encadrée par un corpus de textes réglementaires assez complet mais qui reste perfectible.

**S**uite à un dialogue constructif avec le Défenseur des Droits sur l'application des droits de l'enfant dans les établissements de santé, la commission des usagers de la FHF s'est emparée du sujet en menant une enquête auprès de ses établissements adhérents.

**L'objectif** : comprendre la manière dont ils appliquaient les textes, écouter leurs difficultés et, enfin, recueillir des expériences vertueuses afin de pouvoir élaborer des recommandations. Ces travaux, réalisés en étroite collaboration avec l'Union nationale des associations familiales (UNAF) et l'association SPARADRAP,

permettent ainsi de proposer un rapport inédit proposant des pistes d'amélioration concrètes. Le rapport « *L'accueil des enfants à l'hôpital public* » se veut autant un guide et une aide pour les établissements qu'un outil d'interpellation des pouvoirs publics afin d'accorder aux équipes les moyens leur permettant de mettre réellement en œuvre des actions concrètes d'amélioration de l'accueil des enfants dans les établissements publics de santé.

### Les propositions sont regroupées en 5 axes orientés sur :

- 1 **La valorisation de l'accueil des enfants à l'hôpital.** Parmi les propositions phares, se trouve la garantie pour l'enfant hospitalisé de la **présence de l'un de ses parents à ses côtés**, ce qui aujourd'hui n'est pas encore systématique. Citons aussi la nécessité de faire participer les parents ou les enfants à l'élaboration du projet de service ou encore aussi la nécessité de garantir un environnement adapté aux enfants combinant des équipements spécifiques et l'intervention d'éducateurs de jeunes enfants, d'enseignants, d'associations.
- 2 **L'information de l'enfant sur sa maladie et ses soins** avec également, la réalisation d'un livret d'accueil spécifique pour les enfants.
- 3 **L'écoute de l'enfant** en vue notamment d'obtenir son consentement aux soins ou de recueillir son ressenti sur son hospitalisation à des fins d'amélioration de son accueil.
- 4 **Le renforcement des formations pour les professionnels** pour qu'ils maîtrisent les spécificités de la pédiatrie.
- 5 **La coordination de la prise en charge des mineurs non accompagnés**, problématique complexe à laquelle les équipes soignantes et socio-éducatives des hôpitaux sont peu préparées.

Une des forces de ce rapport réside dans son élaboration en concertation avec les principaux acteurs impliqués dans la protection et l'amélioration de l'accueil des enfants à l'hôpital. Le Défenseur des Droits, l'UNAF, l'association SPARADRAP et la FHF ont chacun pu apporter leurs compétences afin que ce rapport – comme les propositions qui en découlent – puisse être suivi d'effets.

L'hospitalisation n'est jamais un moment anodin dans la vie d'un enfant et de ses parents. Cette période est stressante, elle peut être exceptionnelle ou régulière, mais elle représente toujours une rupture dans la vie quotidienne de l'enfant et de sa famille, c'est pourquoi il est si important de veiller à ce qu'elle se passe dans les meilleures conditions. Cette démarche de co-construction entre la FHF, l'UNAF, l'association SPARADRAP et le Défenseur des Droits,

démontre l'intérêt de **réfléchir ensemble dans une dynamique collaborative qui nous pousse à aller plus loin pour le bien-être de l'enfant et de sa famille**. « *Nous souhaitons que cette collaboration se prolonge car, au-delà des propositions que nous avons pu faire, il nous faut maintenant les traduire dans les faits, c'est un engagement collectif que nous devons prendre envers les enfants et leurs familles* » précise Marie-Andrée Blanc, présidente de l'UNAF.

### Des propositions aux actions

À de nombreuses reprises, les différentes parties prenantes évoquent dans ce rapport la nécessité de transformer les recommandations avancées en actes et d'obtenir les moyens nécessaires pour les mettre en œuvre. C'est dans cet esprit qu'un partenariat a été mis en place entre la Ligue de football professionnel (LFP) et la Fédération hospitalière de France afin de financer, dans le cadre de l'opération « *1 but et au lit!* » (cf. ci-dessous).

## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 4 SEPTEMBRE 2019

# La Ligue de Football Professionnel (LFP) lance, avec la Fédération Hospitalière de France, le programme « 1 but et au lit! »

Le 4 septembre, la Ligue de Football Professionnel et la Fédération Hospitalière de France ont signé une convention de partenariat pour le lancement d'un nouveau programme RSE « 1 but et au lit! » afin d'améliorer l'accueil des enfants à l'hôpital.

Le football professionnel mène depuis des années un travail de fond avec des structures associatives locales, des collectivités territoriales et des bénévoles. Dans le cadre de son plan stratégique 2017-2022, la LFP s'est lancée dans une démarche ambitieuse en matière de responsabilité sociale et environnementale (RSE) afin de révéler ces nombreuses initiatives portées par les clubs professionnels sur leur territoire.

Pour poursuivre cet objectif, la LFP, en partenariat avec la FHF, lance aujourd'hui un nouveau programme national intitulé « 1 but et au lit! ». **Pour chaque but marqué en Ligue 1 Conforama et Domino's Ligue 2, 100 € sont versés pour financer les lits d'accompagnants** dans les unités pédiatriques des hôpitaux du réseau de la FHF, permettant ainsi aux parents de rester auprès de leur enfant pendant la durée de l'hospitalisation.

En effet, chaque année, près de 2 millions d'enfants et adolescents sont hospitalisés dans un établissement public de santé. La Fédération hospitalière de France, en tant que représentant de l'ensemble des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, est attachée à l'amélioration continue de la qualité d'accueil de ces enfants et de leur famille. C'est la raison pour laquelle, en étroite collaboration avec l'Union nationale des associations

familiales (UNAF) et l'association SPARADRAP, la FHF a réalisé un rapport inédit proposant des pistes d'amélioration concrètes (faire lien vers rapport sur site FHF). Parmi les propositions phares, se trouve la **garantie pour l'enfant hospitalisé de la présence de l'un de ses parents à ses côtés**, ce qui aujourd'hui n'est pas encore systématique notamment en raison d'un manque de « lit accompagnant ». Depuis le début de la saison, 222 buts ont été marqués dans les deux championnats, soit déjà **22 200 € récoltés pour améliorer les conditions d'accueil des enfants hospitalisés et de leurs parents accompagnants**.

### RETROUVEZ LES ACTUALITÉS DE LA FHF SUR :

- [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)
- Twitter : @LaFHF
- Facebook : [federationhospitalieredefrance](https://www.facebook.com/federationhospitalieredefrance)
- LinkedIn : Fédération hospitalière de France



## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 3 SEPTEMBRE 2019

## Polluants du quotidien : données inédites chez les enfants et les adultes

Bisphénols, phtalates, parabènes, éthers de glycol, retardateurs de flamme bromés et composés perfluorés... Pour la première fois, Santé publique France mesure la présence de ces polluants dans l'organisme des enfants et des adultes, auprès d'un large échantillon. Près de 70 biomarqueurs ont ainsi été étudiés. Cette étude permet également d'identifier comment ces personnes ont été exposées à ces substances. Les résultats publiés aujourd'hui montrent que ces polluants du quotidien sont présents dans l'organisme de tous les Français.

### Première photographie des imprégnations en population générale

**D**ans le cadre du Grenelle de l'environnement, un programme de biosurveillance s'appuyant sur l'enquête Esteban a été mis en place pour répondre aux préoccupations des Français et **mesurer la présence de polluants de l'environnement dans le corps humain.**

Les travaux ont été menés sur un échantillon représentatif de la population générale composée de 1 104 enfants et 2 503 adultes. Cette étude comprend des prélèvements biologiques (urines, sérum et cheveux) et l'administration d'un questionnaire sur les habitudes de vie, les consommations alimentaires, les caractéristiques des participants. L'analyse croisée des résultats des prélèvements et des questionnaires permet de quantifier la présence de ces polluants dans la population et mieux connaître les sources d'exposition. Les résultats concernant les polluants du quotidien publiés aujourd'hui constituent le premier volet de cette grande étude de Biosurveillance menée par Santé publique France. Ils seront suivis de deux autres volets sur les métaux et les pesticides.

### Des polluants détectés dans l'ensemble de la population

Les bisphénols (A, F et S), les phtalates, les parabènes, les

éthers de glycol, les retardateurs de flamme et les composés perfluorés sont pour certains des perturbateurs endocriniens ou des cancérigènes, avérés ou suspects. Santé publique France a choisi de mesurer ces substances présentes dans notre environnement. Les principaux résultats montrent que :

- Ces polluants sont présents dans **l'organisme de l'ensemble des adultes et des enfants.**
- **Les niveaux d'imprégnation mesurés sont comparables à ceux d'autres études menées à l'étranger,** notamment aux États-Unis et au Canada à l'exception des retardateurs de flamme bromés, des bisphénols S et F et des parabènes.
- **Des niveaux d'imprégnation plus élevés sont retrouvés chez les enfants.** Plusieurs hypothèses issues de la littérature pourraient expliquer ces niveaux : des contacts cutanés et de type « main bouche » plus fréquents pour des produits du quotidien (jouets, peintures...); des expositions plus importantes liées par exemple à une exposition accrue aux poussières domestiques ou à un poids corporel plus faible par rapport à leurs apports alimentaires, comparativement aux adultes.

### Des sources d'expositions différentes selon les substances

Les modes d'expositions sont

cohérents avec ceux documentés dans d'autres études et avec les connaissances disponibles. Les résultats montrent notamment que :

- L'alimentation n'apparaît pas comme une source d'exposition exclusive à ces substances.
- L'utilisation de produits cosmétiques et de soins augmente les niveaux d'imprégnation des parabènes et des éthers de glycol.
- La fréquence de l'aération du logement a une influence sur les niveaux d'imprégnation des perfluorés et des retardateurs de flamme bromés : plus le logement est aéré, plus les niveaux d'imprégnation sont bas.

### Des valeurs de référence pour un meilleur suivi de la population française et de la réglementation

Cette étude permettra d'établir pour la première fois des valeurs de référence d'imprégnation dans la population générale. La répétition de ces études est nécessaire pour suivre dans le temps les évolutions des expositions de la population et contribuer à estimer l'impact des politiques publiques visant à réduire les expositions.



#### PLUS D'INFORMATIONS :

- [www.santepubliquefrance.fr/](http://www.santepubliquefrance.fr/)

## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 3 SEPTEMBRE 2019

## GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRES 25<sup>e</sup> anniversaire de la Maison Shalom à Kigali

**D**u 5 au 7 septembre 2019 a été célébré le 25<sup>e</sup> anniversaire de la Maison Shalom à Kigali au Rwanda. Une délégation de Gynécologie sans Frontières était présente. Maggy Barankitse a **créé la Maison Shalom à la suite des atrocités du génocide Hutu/Tutsi de 1993.** Elle a accueilli et pris en charge plus de 47 000 orphelins et enfants abandonnés. Gynécologie Sans Frontières a rencontré Maggy à l'Hôpital Réma qu'elle a construit à Ruyigi, au Burundi et voué à la Mère et à l'enfant. De 2009 à 2015, plusieurs fois par an, GSF était présente dans cet hôpital pour accompagner les équipes sur place. Très vite, l'Hôpital Réma fut reconnu dans le Burundi comme un hôpital de référence et d'excellence. Le taux de mortalité maternelle, si élevé en Afrique, était devenu aussi faible que dans les pays du Nord. Puis 2015 et la Présidence de Nkurunziza briguant un 3<sup>e</sup> mandat et le cycle infernal de la haine recommença. **L'Hôpital Réma fut pillé et les équipes de médecins durent fuir avec Maggy, elle-même menacée de mort, à Kigali au Rwanda.** Infatigable, Maggy a rassemblé à Kigali, dans son *Oasis of Peace*, les enfants de l'exil et a recommencé leur formation et leur intégration dans ce pays, en attendant un possible retour. Dans le camp de réfugiés Burundais de Mahama, au Rwanda, elle a su apporter à des centaines d'hommes, de femmes et d'enfants, une dignité. Le 5 septembre, nous étions aux côtés de Maggy et de tous nos amis Burundais pour leur dire **notre soutien et notre engagement dans la lutte contre les violences faites aux femmes et aux enfants.**

Dr Claude Rosenthal,  
Président de GSF

## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 6 SEPTEMBRE 2019



## « Zéro alcool pendant la grossesse », l'entourage peut y aider

À l'occasion de la Journée mondiale de sensibilisation au Syndrome d'alcoolisation fœtale, le 9 septembre, Santé publique France sensibilise les femmes et leur entourage aux différents risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse. Depuis 2015, les campagnes recommandent, par précaution, de s'abstenir de consommer toute boisson alcoolisée pendant la grossesse. Dans cette perspective, l'entourage peut être d'un très grand soutien aux femmes concernées.

### Prévention, l'entourage des femmes enceintes a un rôle à jouer

Consommer de l'alcool pendant la grossesse est toxique pour le fœtus et peut entraîner diverses complications (retard de croissance, atteintes du système nerveux central, malformations...), dont le syndrome d'alcoolisation fœtale est la forme la plus grave.

À partir du 9 septembre et durant tout le mois, Santé publique France lance une nouvelle campagne d'information pour promouvoir le message « Par précaution, zéro alcool pendant la grossesse ». Le dispositif s'appuie sur un message pédagogique, transparent et accessible avec pour objectif de renforcer la connaissance des risques sans culpabiliser les femmes.

Il comprend :

- Un spot publicitaire développé en partenariat avec les chaînes du Groupe M6. Il met en scène les deux animateurs Norbert Tarayre et Julia Vignali. Parents eux-mêmes, ils témoignent de l'aide essentielle que l'entourage (familles, amis) peut apporter aux femmes enceintes pour rester abstinentes face aux nombreuses sollicitations auxquelles elles sont confrontées tout au long de leur grossesse (sorties, festivités...).
- Un important volet digital avec un temps fort lors de la journée du 9 septembre et un fil rouge jusqu'à la fin du mois pour promouvoir par précaution l'abstinence en ciblant plus particulièrement la consommation occasionnelle d'alcool pendant la grossesse.

Pour les régions ultramarines, Santé publique France met en place un dispositif complémentaire comprenant un spot radio et de l'affichage.

### Une campagne bien accueillie et incitative

Santé publique France évalue la perception par la population via des « post-tests » de chacune de ses campagnes. La campagne « alcool et grossesse 2018 » a été jugée convaincante pour arrêter de consommer de l'alcool pendant la grossesse par 88 % des métropolitains et 75 % des habitants des DROM qui y ont été exposés. Par ailleurs, près de neuf personnes sur dix ont déclaré être incitées par la campagne à conseiller aux femmes enceintes de leur entourage de ne pas boire d'alcool.

### Alcool Info Service, le dispositif d'aide à distance de Santé publique France, toujours actif

Des questions sur la consommation d'alcool ? Besoin d'en parler ? Le dispositif d'aide à distance Alcool Info Service (téléphone et internet) y répond 7 jours/7 en apportant :

- un soutien et un accompagnement par des professionnels expérimentés dans ce domaine.
- une rubrique « alcool & grossesse » sur le site internet [www.alcool-info.service.fr](http://www.alcool-info.service.fr) qui délivre de manière simple, au travers d'articles et de vidéos pédagogiques, les recommandations et les aides concrètes en cas de difficultés.
- un annuaire permettant de trouver une structure d'aide spécialisée la plus proche de chez soi :

<http://www.alcool-info-service.fr/alcool-et-vous/alcool-grossesse/accueil>.



## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 10 SEPTEMBRE 2019

## Installation du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes pour son 3<sup>e</sup> mandat

Les nouvelles et nouveaux membres du Haut Conseil à l'Égalité, à parité de femmes et d'hommes, sont spécialistes et expert.e.s des droits des femmes, des représentant.e.s des associations féministes, des élu.e.s du Parlement et des associations d'élu.e.s, ainsi que des représentant.e.s d'institutions et de l'État.

Tout d'abord, le HCE prendra toute sa part dans le **Grenelle des violences conjugales** et construira, dans une démarche collective, un ensemble d'indicateurs pour **mesurer, et interroger l'efficacité des dispositifs mis en place pour les femmes victimes de violences**, depuis la libération du récit et l'accès aux droits, la mise en sécurité, l'accompagnement pendant le parcours judiciaire, jusqu'à la sortie effective et durable de l'emprise.

Même engagement déterminé du HCE pour **défendre les droits sexuels et reproductifs des femmes, menacés en France et dans le monde**, pour faire décroître toutes les manifestations du sexisme dans la société, que ce soit dans les médias, l'éducation, le sport ou la vie politique, enfin pour travailler à la mise en place d'une parité non seulement de représentations mais aussi de partage effectif du pouvoir. Le Haut Conseil accompagnera la **mise en place d'une « diplomatie féministe »** et sera entièrement mobilisé à l'occasion des 25 ans de la conférence mondiale sur les femmes de Pékin (Pékin + 25). Il évaluera également la Stratégie internationale de la France en matière d'égalité femmes-hommes (2018-2022).

Enfin, le HCE **émettra des avis sur les lois susceptibles de renforcer les droits des femmes** : loi de bioéthique et soutien à la PMA pour toutes les femmes, loi sur l'audiovisuel public et proposition pour améliorer l'image des femmes dans les médias, loi sur le statut de l'élu.e, loi sur l'émancipation économique des femmes et le partage du pouvoir au plus haut niveau des entreprises.



# Surveillance fœtale par auscultation intermittente pendant le travail. Revue systématique visant à identifier les méthodes, les effets et la précision

*Intermittent auscultation fetal monitoring during labour: A systematic scoping review to identify methods, effects, and accuracy*

## BACKGROUND

Intermittent auscultation (IA) is the technique of listening to and counting the fetal heart rate (FHR) for short periods during active labour and continuous cardiotocography (CTC) implies FHR monitoring for longer periods. Although the evidence suggests that IA is the best way to monitor healthy women at low risk of complications, there is no scientific evidence for the ideal device, timing, frequency and duration for IA. We aimed to give an overview of the field, identify and describe methods and practices for performing IA, map the evidence and accuracy for different methods of IA, and identify research gaps.

## METHODS

We conducted a systematic scoping review following the Joanna Briggs methodology. Medline, EMBASE, Cinahl, Maternity & Infant Care, Cochrane Library, SveMed +, Web of Science, Scopus, Lilacs and African Journals Online were searched for publications up to January 2019. We did hand searches in relevant articles and databases. Studies from all countries, international guidelines and national guidelines from Denmark, United Kingdom, United States, New Zealand, Australia, The Netherlands, Sweden, Denmark, and Norway were included. We did quality assessment of the guidelines according to the AGREEMENT tool. We performed a meta-analysis assessing the effects of IA with a Doppler device vs. Pinard device using methods described in The Cochrane Handbook, and we performed an overall assessment of the summary of evidence using the GRADE approach.

## RESULTS

The searches generated 6408 hits of which 26 studies and 11 guidelines were included in the review. The studies described slightly different techniques for performing IA, and some did not

provide detailed descriptions. Few of the studies provided details of normal and abnormal IA findings. All 11 guidelines recommended IA for low risk women, although they had slightly different recommendations on the frequency, timing, and duration for IA, and the FHR characteristics that should be observed. Four of the included studies, comprising 8436 women and their babies, were randomised controlled trials that evaluated the effect of IA with a Doppler device vs. a Pinard device. Abnormal FHRs were detected more often using the Doppler device than in those using the Pinard device (risk ratio 1.77; 95 % confidence interval 1.29-2.43). There were no significant differences in any of the other maternal or neonatal outcomes. Four studies assessed the accuracy of IA findings. Normal FHR was easiest to identify correctly, whereas identifying periodic FHR patterns such as decelerations and saltatory patterns were more difficult.

## CONCLUSION

Although IA is the recommended method, no trials have been published

that evaluate protocols on how to perform it. Nor has any study assessed interrater agreements regarding interpretations of IA findings, and few have assessed to what degree clinicians can describe FHR patterns detected by IA. We found no evidence to recommend Doppler device instead of the Pinard for IA, or vice versa.

*Blix E, Maude R, Hals E, Kisa S, Karlsen E, Nohr EA, de Jonge A, Lindgren H, Downe S, Reinart LM, Foureur M, Pay ASD, Kaasen A.*

**PLOS ONE. 2019 JUL 10; 14 (7): E0219573. DOI: 10.1371/JOURNAL.PONE.0219573. ECOLLECTION 2019.**

## LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

*Accuracy* : précision - *Although* : bien que - *Device* : dispositif - *Gaps* : lacunes - *Relevant* : pertinent - *Assessing* : évaluant - *Slightly* : légèrement - *Provide* : fournir - *Whereas* : alors que.

# Facteurs influençant les dons à la banque de lait maternel. Revue systématique des facilitateurs et des obstacles

*Factors Influencing Donations to Human Milk Bank: A Systematic Review of Facilitators and Barriers*

## INTRODUCTION

Mother's own milk has long been accepted as the best source of nutrition for the newborn. In those cases where mother's milk is not available, the best choice is the human milk provided by selected

donors. Human milk banks are the most institutionalized method of milk sharing and play a vital role for neonates that cannot be breastfed. This study aims at systematically reviewing factors influencing donation to human milk banks.

## MATERIALS AND METHODS

A systematic review of the literature was performed on authentic electronic resources, including PubMed, Scopus, Embase, ScienceDirect, and Web of Science with no time limitation. To increase the sensitivity and to find additional studies for systematic review, the reference list of the published studies was examined as well. Data extraction and quality appraisal were carried out by two independent reviewers. The study was qualitatively summarized to generate descriptive and explanatory themes that emerged from the literature.

## RESULTS

From a total of 1,157 articles, 31 met the inclusion criteria in which 64 factors are

extracted. From these, 26 factors act as barriers and 38 factors act as facilitators of milk donation. Having excess milk, altruism, and helping other babies are found to be the most important facilitators of milk donation, while the most important barriers are religious and cultural concerns.

## CONCLUSION

Developing practical strategies to attract milk donors are crucial for successfully establishing human milk banks. These include providing reliable information regarding the milk bank goals and functions and developing breastfeeding policies with regard to differences in countries' contexts and trying to resolve any uncertainties regarding milk

donation, especially those arising for religious concerns.

*Doshmangir L, Naghshi M, Khabiri R.*

**BREASTFEED MED.** 2019 JUN; 14 (5): 298-306. DOI: 10.1089/BFM.2019.0002. EPUB 2019 MAR 21.

## LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

*Available*: disponible - *Provided*: fourni - *Sharing*: partage - *Breastfed*: allaité - *Increase*: augmenter - *As well*: aussi - *Appraisal*: évaluation/appréciation - *Summarized*: résumés - *Explanatory themes*: thèmes explicatifs - *Arising*: découlant.

# Facteurs de risque maternels et statut du nouveau-né en vitamine D. Revue de la littérature

## *Maternal risk factors and newborn infant vitamin D status: a scoping literature review*

Low vitamin D (VitD) status is common among newborn infants, more so in temperate latitudes with evidence that maternal VitD deficiency is a major risk factor given that the neonate relies solely on maternal-fetal transfer of VitD. This scoping review was conducted to provide an overview of the latest evidence from studies regarding the impact of maternal risk factors on infant 25-hydroxyvitamin D [25 (OH) D] concentrations with a focus on studies in Canada and the United States.

Several maternal risk factors that contribute to low maternal-fetal 25 (OH) D concentrations have been reported over many decades, but no clear pattern has been established for multiethnic populations. For example, darker skin pigmentation and ethnicity are common risk factors for low VitD status.

Studies in predominantly white women showed that supplementation of VitD during pregnancy causes significant

increases in maternal serum 25 (OH) D which often improves cord serum 25 (OH) D values. In addition, VitD recommendations by health care professionals and adherence to supplementation by pregnant women appear to positively influence maternal and infant 25 (OH) D concentrations.

Conversely, winter season, obesity, lower socioeconomic status including lifestyle factors (smoking), and use of medication pose risk for lower maternal-fetal transfer of VitD. However, there is still a dearth of pertinent data on the relationship between some of the maternal risk factors and newborn 25 (OH) D concentrations, for instance, relationships between gestational diabetes and neonatal VitD status. Additional research is required to determine if the same target for 25 (OH) D concentrations applies for pregnant women, neonates, and infants.

*Sotunde OF, Laliberte A, Weiler HA.*

**NUTR RES.** 2019 MAR; 63: 1-20. DOI: 10.1016/J.NUTRES.2018.11.011. EPUB 2018 DEC 7.

## LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

*Relies solely*: repose uniquement - *To provide*: fournir - *Overview*: aperçu - *Pattern*: modèle - *Increases*: augmentations - *Improves*: améliore - *Conversely*: inversement - *Dearth*: pénurie.

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](mailto:congres@eska.fr)

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](mailto:congres@eska.fr)



## FORMATIONS ANSFL 2019

Organisme de formation enregistré  
sous le n° 93 05 00814 05  
Ce numéro n'est pas agrément de l'Etat

TARIFS, DATES, ADHÉSION [www.ansfl.org](http://www.ansfl.org)

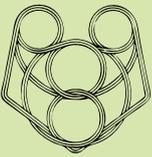
---

**TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"**

<p><b>ÉCHOGRAPHIE ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE</b></p> <p><b>Intervenantes :</b> Évelyne Rigaut (SF-Écho) Lorraine Guénédal (Biologiste)</p> <p><b>Date et lieu :</b> Organiser un groupe: contactez-nous</p> <hr style="border: 0.5px solid gray;"/> <p><b>L'INSTALLATION EN LIBÉRAL</b></p> <p><b>Intervenante :</b> Laurence Platel (SF).</p> <p><b>Date et lieu :</b> 23 sept 2019 à Clermont Ferrand (63)</p> <hr style="border: 0.5px solid gray;"/> <p><b>LA PRATIQUE LIBÉRALE : CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS</b></p> <p><b>Intervenante :</b> Laurence Platel (SF).</p> <p><b>Date et lieu :</b> 17 octobre 2019 à Reims</p> <hr style="border: 0.5px solid gray;"/> <p><b>LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES À BAS RISQUES</b></p> <p><b>Intervenante :</b> Amélie Battaglia (SF)</p> <p><b>Date et lieu :</b> Organiser un groupe: contactez-nous</p> <hr style="border: 0.5px solid gray;"/> <p><b>INITIATION A LA PENSÉE CRITIQUE</b></p> <p><b>Intervenante :</b> Amélie Battaglia (SF)</p> <p><b>Date et lieu :</b> 11-12 octobre 2019 à St Avertin (37) 31 oct - 1<sup>er</sup> nov 2019 - Le Cannel (06)</p> <hr style="border: 0.5px solid gray;"/> <p><b>LA SEXOLOGIE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE NOS PATIENTES ET DE LEURS CONJOINTS</b></p> <p><b>Intervenante :</b> Nicole Andrieu (SF)</p> <p><b>Date et lieu :</b> 29-30-31 janvier à Lyon (69)</p>	<p><b>EUTONIE : RÉÉDUCATION EN POSTNATAL</b></p> <p><b>Intervenante :</b> Martine Gies (SF)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Session I :</b> Découverte <b>Date et lieu :</b> Organiser un groupe: contactez-nous</li> <li>• <b>Session II :</b> Les pathologies urinaires (Pré requis: session I) <b>Date et lieu :</b> 13-14 janvier 2020 à Rouen</li> <li>• <b>Session III :</b> Retrouver la mobilité et le dynamisme (Pré requis: session II) <b>Date et lieu :</b> Organiser un groupe: contactez-nous</li> <li>• <b>Session IV :</b> Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre (Pré requis: session III) <b>Date et lieu :</b> Organiser un groupe: contactez-nous</li> </ul> <hr style="border: 0.5px solid gray;"/> <p><b>ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ</b></p> <p><b>Intervenante :</b> Odile Tagawa (SF)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Session I :</b> Prénatal</li> <li>• <b>Session II :</b> Postnatal <b>Date et lieu :</b> Organiser un groupe: contactez-nous</li> </ul>
--	---

**Toutes nos formations : FIF-PL**

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.

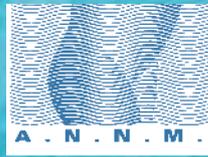
**RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTIONS**

Tél. : 01 42 01 68 20

Mail : [cirdhfv@haptonomie.org](mailto:cirdhfv@haptonomie.org)

[www.haptonomie.org](http://www.haptonomie.org)





## Association Nationale Natation & Maternité

PIONNIÈRE DEPUIS 1977

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

Formations bi-annuelles

**Prochaines formations**

- ▶ Clamart (92)
  - **Stage prénatal :** les 21, 22, 23 octobre 2019
  - **Stage postnatal :** le 24 octobre 2019

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

**Programme et inscription**

6, Allée de la Tournelle - 91370 Verrières le Buisson

Message : 01 69 30 98 01 - Courriel : [infos@annm.fr](mailto:infos@annm.fr)

Site internet : <http://annm.fr>

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

**FORMATION**



**Medic Formation**

Formation professionnelle continue médicale

*Les sages-femmes et le suivi gynécologique*



**Suivi gynécologique et contraception**



3 jours

**Suivi gynécologique et contraception, approfondissement**



3 jours

**Urgences gynécologiques et consultations inopinées**



3 jours

**Faire face aux résistances à la contraception**



3 jours

**Consultations gynécologiques et contraception des adolescents**



4 jours

**Suivi gynécologique et santé sexuelle des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes**



2 jours

**Endométriose Dépister Aborder Orienter**



3 jours

**Thérapeutique non pharmacologique de la ménopause et périménopause**



2 jours

**IVG médicamenteuse**



2 jours

Retrouvez les programmes, lieux et dates sur [www.medicformation.fr](http://www.medicformation.fr)

**FORMATIONS EN INTRA**

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

**NOUS CONTACTER POUR UN DEVIS**



Medic Formation - Email : [contact@medicformation.fr](mailto:contact@medicformation.fr) - Site : [www.medicformation.fr](http://www.medicformation.fr) - Tél : 01 40 92 72 33

N° de déclaration d'activité 11 95 04903 95 - Agréé ODPC 1251 - Agréé DOKELIO/Intercatit-oref Rét - CF-11646 - Référencé DataDock 006 70 55



American Hospital of Paris



**Vendredi 29 novembre 2019**

**20<sup>ème</sup> Journée sur l'Assistance Médicale à la Procréation de l'Hôpital Américain de Paris**

**ALLONS-NOUS VERS UNE MODIFICATION DES INDICATIONS EN AMP ?**

**Auditorium de l'Hôpital Américain de Paris  
55, boulevard du Château - 92200 Neuilly-sur-Seine**

**PRÉSIDENTE : Laura RIENZI**

**COMITÉ SCIENTIFIQUE**

**Dr Edouard AMAR, Dr Charles BRAMI, Dr Sandrine Cohen SCALI,  
Dr Frida ENTEZAMI, Dr André GAUTHIER, Dr Florence HERVE, Dr Julien LEPAGE,  
Dr Carine PESSAH, Dr Clémence ROCHE, Dr François ROLET, Dr Eric SEDBON,  
Dr Alain THEBAULT, Dr Jean THOREL, Dr Charles TIBI,  
Dr Meryl TOLEDANO, Dr Pierre ZITOUN**

**COMITE D'ORGANISATION**

**Dr Edouard AMAR, Dr Charles BRAMI, Dr Frida ENTEZAMI,  
Dr Carine PESSAH, Dr Eric SEDBON, Dr Charles TIBI, Dr Alain THEBAULT**

**MATIN**

- 8h30 – 8h40 **Mot de bienvenue**
- 8h45 – 9h30 **Introduction**
- 9h00 – 10h30 **SESSION 1 : ÂGE MATERNEL AVANCÉ EN FIV**
  - Présent et futur .....**Laura Rienzi**
  - L'apport de l'intelligence artificielle dans le choix des embryons .....**Cristina Hickman**
- 10h30 – 11h00 **Pause - Visite des stands**
- 11h00 – 12h30 **SESSION 2 : INFERTILITÉ MASCULINE**
  - Focus sur les chromosomes spermatiques .....**Elena García Mengual**
  - Quelles hormones pour l'homme ? .....**Geoffroy Robin**
- 12h30 – 14h15 **Déjeuner**

**APRÈS-MIDI**

- 14h15 – 16h00 **SESSION 3 : PROTOCOLES DE STIMULATION**
  - Personnalisation :
    - le pour .....**Nikolaos Polyzos**
    - le contre.....**Annalisa Racca**
- 16h00 – 16h30 **Pause - Visite des stands**
- 16h30 – 18h00 **SESSION 4 : ENDOMÉTRIOSE ET INFERTILITÉ**
  - Endométriose profonde : chirurgie et fertilité .....**Horace Roman**
  - Endométriomes : Chirurgie, sclérothérapie ou FIV : le pour, contre, synthèse .....**Dominique de Ziegler, Benjamin Merlot, Chadi Yazbeck**
  - Douleurs et endométriose .....**Jean-Michel Wattier**
- 18h00 – 18h15 **Conclusions et synthèse**





## Euromédial, créateur du set complet de pose avec stérilet depuis 2010!

Chère Madame, Cher Monsieur,

Vous avez très certainement eu connaissance, par le biais de l'ANSM ou de différentes associations de Gynécologues et de Sage-femmes, voire même avez été confronté(e) au problème de fabrication des stérilets Eurogine que nous distribuions (rupture des stérilets Novaplus et Ancora au moment de l'extraction).

Nous souhaitons, à travers ce communiqué, vous présenter nos excuses, ainsi qu'à vos patientes, pour les conséquences que cela a pu engendrer, et vous informer que nous avons pris toutes nos dispositions et cessé nos relations avec ce fabricant espagnol de DIU, au cuivre et argent, Eurogine.

Euromédial Gynécologie continue, bien évidemment, ses activités de promotion et de commercialisation de sa gamme SETHYGYN, créée en 2010, avec toujours le même concept novateur du DIU avec set de pose, sans surcoût pour la patiente ou le professionnel de santé.

Toujours désireux d'apporter un service supplémentaire aux patientes et aux professionnels de santé, nous vous proposons maintenant un stérilet avec hystéromètre que vous retrouverez dans les références ci-après.

Nous vous remercions pour votre confiance et restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Au plaisir de vous revoir sur notre stand lors des prochains congrès !

Mélanie et Christophe NORMAND

		Avec set de pose		Sans set de pose	
		Dénomination	Référence	Dénomination	Référence
DIU cuivre		Sethygyne T 380 A	9712162	Euromédial T 380 A	9707534
		Sethygyne T 380 Cu - Normal	9712179	Euromédial T 380 Cu - Normal	9707563
		Sethygyne T 380 Cu - Mini	9712185	Euromédial T 380 Cu - Mini	9707557
		Sethygyne T 375 Cu - Normal	9712156	Euromédial T 375 Cu - Normal	9707540
DIU Cuivre + Argent		Sethygyne T 380 Ag - Normal	9712127	Euromédial T 380 Ag - Normal	9712015
		Sethygyne T 380 Ag - Mini	9712110	Euromédial T 380 Ag - Mini	9712021
		Sethygyne T 380 Ag - Maxi	9712188	Euromédial T 380 Ag - Maxi	9712009



Conseil de prescription : " dénomination du stérilet + référence "



# GRANDIR NATURE

votre partenaire de confiance  
pour accompagner les allaitements

NUMÉRO DÉDIÉ AUX PROFESSIONNELS



03 88 50 07 99

**Ensemble, œuvrons pour que chaque allaitement devienne  
une expérience unique et une source de bien-être.**

Grandir Nature propose une large  
sélection de tire-lait électriques\*,  
livrés gratuitement partout en France,  
pour répondre aux besoins des mamans.



## Valérie et Laura,

nos consultantes en lactation  
IBCLC, nos équipes de conseillères  
formées et passionnées sont  
à votre disposition :

 [consultante-lactation@grandir-nature.com](mailto:consultante-lactation@grandir-nature.com)



**GRANDIR NATURE**

aider les mamans

**NUMÉRO DÉDIÉ AUX MAMANS**  
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

**N° Vert 0 800 622 833**



[www.grandir-nature.com](http://www.grandir-nature.com)

[www.leblogallaitement.com](http://www.leblogallaitement.com)

\* Tous nos tire-lait électriques sont des dispositifs médicaux de classe IIa qui portent au titre de cette réglementation le marquage CE.  
LPPR : code 1129440 (7,50€) pour la location hebdomadaire; code 1140252 (12€) pour le set de pompage simple. Grandir Nature est un prestataire conventionné n° FINESS 672656030