

LES **DO**

LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE



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

#495 OCTOBRE 2019

46^e année ISSN 0767-8293



DOSSIER
**GRAND PRIX
EVIAN 2019**

MAÏEUTIQUE Homéopathie en suites de couches : quelle est la demande des patientes ?

PÉDIATRIE La mort inattendue du nourrisson

GYNÉCOLOGIE/OBSTÉTRIQUE **DOSSIER** ● 28^e édition du Grand Prix evian des Sages-Femmes

SANTÉ PUBLIQUE Casser les tabous en osant parler des soins pour la toilette intime ! ●
Restructuration des maternités : trop de questions sans réponse

SCIENCES HUMAINES Baisse récente de la fécondité en France : tous les âges et tous les niveaux
de vie sont concernés

ALLAITEMENT Pérenniser l'allaitement maternel : « Approches pratiques et prouvées,
de l'hôpital à la maison »

Savoir distinguer le vrai du faux sur le liniment

Tous les liniments sont identiques.

FAUX. La Pharmacopée Française VIII^{ème} édition définit le liniment comme une "préparation liquide contenant divers principes médicamenteux dissous ou en suspension dans un véhicule approprié. Il est généralement constitué par une huile médicinale ou par un mélange de corps gras, parfois simplement par des liquides alcooliques ou savonneux".

Ainsi sur un plan purement pharmaceutique, le liniment représente plus une classe de produits qu'un produit en lui-même, d'où la diversité en son temps des formules et des composants.

D'autre part ces préparations étaient dites magistrales (fabrication à l'officine) et ne nécessitent ni stabilisant ni conservateur car utilisées immédiatement et sur une période de 8 à 15 jours.

Devenues des produits de consommation courante à grande échelle, ces préparations ont été stabilisées par des conservateurs et des agents de suspension pour éviter leur déphasage et leur contamination microbienne au cours du temps et lors de leur usage.

L'aspect industriel de ces produits complexifie donc la formulation et conduit à des formules très différentes les unes des autres.

Le liniment "oléocalcaire" peut être composé de n'importe quelle huile.

FAUX. Le liniment "oléocalcaire" est une préparation bien spécifique de la classe des liniments. Il répond à la formule définie par le Formulaire National : Huile d'olive vierge 50 g / Eau de chaux (hydroxyde de calcium en solution) 50 g. D'où son nom :

- "oléo" pour l'huile d'olive
- "calcaire" pour l'eau de chaux ou hydroxyde de calcium en solution.

Or, sur le marché il n'est pas rare de rencontrer des liniments dits "oléocalcaires" dont la phase huileuse n'est pas de l'huile d'olive et dont la concentration entre les deux phases est totalement différente, en particulier une phase aqueuse (eau de chaux) en concentration supérieure à celle de la phase huileuse, ne répondant pas ainsi à la définition d'un véritable liniment oléocalcaire.

Il ne faut pas rincer le liniment "oléocalcaire" après application.

VRAI. Le liniment "oléocalcaire" est considéré comme un savon liquide surgras.

Le savon est formé par réaction à froid entre l'eau de chaux et l'huile d'olive (réaction de saponification).

La quantité formée est très faible (0,6%) et est dispersée dans l'huile non saponifiée restante (48,7%), donnant le côté "surgras" à la préparation.

La faible teneur en savon résulte de la faible concentration en hydroxyde de calcium dissous dans l'eau (0,16%) et ayant réagi sur l'huile d'olive.

Face à ces éléments, il est clair qu'il n'est pas nécessaire de rincer les fesses des bébés après application du liniment, ce qui permet de maintenir le film gras formé à la surface de la peau. Grâce à l'huile d'olive, ce dernier forme une barrière mécanique protectrice vis à vis des urines de pH acide et des selles.

Ce film lipidique permet donc de prévenir les rougeurs sur les fesses.

On peut utiliser le liniment "oléocalcaire" à chaque change.

VRAI. Pour les raisons énoncées précédemment, le liniment "oléocalcaire" peut être utilisé à chaque change si celui-ci, outre les composants cités dans le Formulaire National, contient des additifs sûrs pour la peau des bébés.

Il est donc nécessaire de bien regarder la liste des ingrédients des liniments.

Cette liste (liste INCI), présente sur l'étiquetage, est obligatoire dans le cadre d'un statut cosmétique, tel est le cas du liniment oléocalcaire GIFRER.

Soumis à des tests cosmétiques, la fréquence d'utilisation du liniment GIFRER a été déterminée ainsi que sa parfaite innocuité lors d'applications répétées sur des bébés. En parallèle, une évaluation toxicologique par un expert indépendant du laboratoire a été réalisée.

Faire son liniment maison, c'est mieux pour les bébés.

FAUX. Il est bon de rappeler que le liniment oléocalcaire est obtenu par réaction de saponification entre les composants de l'huile d'olive et l'eau de chaux (ou hydroxyde de calcium en solution). Même si la quantité d'hydroxyde de calcium solubilisée dans l'eau est faible, 1,69 g/litre, le pH d'une telle solution est très basique, de l'ordre de 12, ce pH serait très agressif pour la peau.

Si la maman se trompe dans les pesées ou que celles-ci soient très approximatives, le pH du produit final peut s'en trouver perturbé, supérieur à 8, rendant le liniment plus agressif pour la peau des bébés.

Les liniments du commerce ont toujours le pH ajusté entre 7 et 8 pour respecter le pH de la peau des bébés.

Article réalisé en collaboration avec Laurence Paris, pharmacien et expert indépendant en formulation de produits pharmaceutiques.

La référence en liniment
depuis 25 ans*

Huile d'olive
vierge extraite par pression à froid

99%

d'ingrédients
d'origine
naturelle

0%

PEGs, huiles minérales,
parfums



Gifrer, authentique par nature



- 04** **ÉDITORIAL**
BENOÎT LE GOEDEC
- 06** **MAÏEUTIQUE**
Homéopathie en suites de couches: quelle est la demande des patientes ?
ÉLISABETH COLIN
- 13** **PÉDIATRIE**
VOLET PÉDAGOGIQUE
La mort inattendue du nourrisson
BENOÎT LE GOEDEC
- 18** **GYNÉCOLOGIE | OBSTÉTRIQUE**
DOSSIER 28^e ÉDITION DU GRAND PRIX EVIAN DES SAGES-FEMMES
- 18** Comment les Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) sur l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané s'inscrivent-elles dans la pratique des sages-femmes et des coordinatrices sages-femmes de la région X ?
BARBARA DURET-ROBERT
- 19** Vaccinations contre la coqueluche et contre la grippe en périnatalité: évaluation des stratégies et des couvertures vaccinales, de l'information donnée aux femmes, de l'intention et des freins à ces vaccinations. Étude de cohorte observationnelle multicentrique.
ELORA AUBERT
- 20** Vaincre la barrière linguistique aux urgences: revue systématique de la littérature scientifique
CAROLINE DUPUY
- 21** Jeunes parents et futurs parents: connaissances, questionnements et représentations des étudiants en matière de santé environnementale et santé reproductive
BLANDINE FAUROUX
- 22** Perception du débat sur les violences obstétricales par les professionnels, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens
AMANDINE MACIAS
- 23** Le circulaire du cordon pendant le travail et ARCF: cohorte de 436 patientes en 2018
MARION VOLLE
- 24** **SANTÉ PUBLIQUE**
24 Casser les tabous en osant parler des soins pour la toilette intime !
ÉTUDE EDELMAN INTELLIGENCE
- 29** Restructuration des maternités: trop de questions sans réponse
CIANE
- 32** **SCIENCES HUMAINES**
Baisse récente de la fécondité en France: tous les âges et tous les niveaux de vie sont concernés
INSEE
- 35** **ALLAITEMENT**
Pérenniser l'allaitement maternel: « Approches pratiques et prouvées, de l'hôpital à la maison »
MICHELLE PASCALE HASSLER

- 38** KIOSQUE
- 38** AGENDA EN BREF
- 39** FICHE TECHNIQUE
Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple
- 43** COMMUNIQUÉS
- 44** RECHERCHE
- 47** FORMATION



LES DO

ÉDITIONS ESKA

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

Photo de couverture:
Grand Prix Evian

POUR VOUS ABONNER, RETOURNEZ-NOUS LE BULLETIN EN PAGE 4.

ANNONCEURS

- C2** Gifrer
- C3** Evian
- C4** Grandir Nature
- 02** Congrès Jean Cohen
- 03** 20^{es} Journées de l'AMP
- 05** Congrès "Les Dialogues de l'Obstétrique" (D.O.)
- 12** 18^{es} Journées du Collège National des Sages-Femmes
- 25** Lancement du "Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme" 2020
- 37** Euromédial
- 47** Institut Naissance & Formation
- 47** Formations ANSFL
- 47** CIRDH
- 48** Médicformation

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 Frémontière, Enseignant Chercheur, ESF Marseille
Jocelyne Guermuer, 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.kebabcchieff@eska.fr

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

FABRICATION

Marise URBANO - agpaedit@eska.fr

ADMINISTRATION/ABONNEMENTS

adv@eska.fr

PUBLICITÉ - CONGRÈS COMMUNICATION

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

MARKETING - CONGRÈS PUBLICITÉ

Alicia GORRILLIOT
T. 01 42 86 55 69 - agpaedit@eska.fr
Serge KEBABTCHIEFF - T. 01 42 86 55 66
serge.kebabcchieff@eska.fr

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Elora AUBERT, Sage-femme
Élisabeth COLIN, Sage-femme, Metz
Caroline DUPUY, Sage-femme

Barbara DURET-ROBERT, Sage-femme
Blandine FAUROUX, Sage-femme
Michelle Pascale HASSLER, Sage-femme enseignante, Aix-Marseille Université, École de maïeutique, Marseille, France
Amandine MACIAS, Sage-femme
Alexandra MUSSO, Sage-femme enseignante, Nice
Marion VOLLE, Sage-femme

FONDATEUR DE LA REVUE

Jean OSSART

Périodicité mensuelle

11 numéros par an. Tous les mois sauf août.
Vente au numéro 8,50 euros
Tous droits réservés. Les articles et tableaux ne peuvent être reproduits qu'avec l'autorisation de l'éditeur. Ceci recouvre: copie papier, intranet, internet, etc. L'ensemble des contributions constituant cette publication ainsi que le copyright et les droits d'auteurs sont la 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: Octobre 2019

47^{es} Journées Jean Cohen 2019

En collaboration avec la
Société française de Gynécologie

X^e 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 fertilitéC. 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 conséquencesY. 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®

.....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 hommeD. SERFATY

6. Les media et la contraception en 2019P. 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) 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 pratiqueC. FINON

– Suivi gynécologique et santé sexuelle des femmes ayant des rapports

sexuels avec des femmesC. GILES

– La sage-femme et PMAI. 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

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

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

Pour tous les abonnés aux *Dossiers de l'Obstétrique et à Reproduction Humaine et Hormones* :
ENTRÉE GRATUITE, Inscrivez-vous !
Nombre de places limitées

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





American Hospital of Paris



Cornell University

Pour tous les abonnés aux **Dossiers de l'Obstétrique et à Reproduction Humaine et Hormones** :
ENTRÉE GRATUITE,
Inscrivez-vous !
Nombre de places limitées

Vendredi 29 novembre 2019

20^{ème} 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 Vincent IZARD,
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**
Modérateurs : Eric Sedbon, Frida Entezami, Carine Pessah
- 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**
Modérateurs : Edouard Amar, Vincent Izard
- Focus sur les chromosomes spermatiques**Elena García Mengual**
 - Quelles hormones pour l'homme ?**Geoffroy Robin**
- 12h30 – 14h00 **Déjeuner**

APRÈS-MIDI

- 14h00 – 15h30 **SESSION 3 : PROTOCOLES DE STIMULATION**
Modérateurs : Clémence Roche, Alain Thebault, Meryl Tolédano
- Personnalisation :
 - le pour**Nikolaos Polyzos**
 - le contre**Annalisa Racca**
- 15h30 – 16h00 **Pause - Visite des stands**
- 16h00 – 17h30 **SESSION 4 : ENDOMÉTRIOSE ET INFERTILITÉ**
Modérateurs : Charles Brami, Charles Tibi, Frédéric Chiche
- 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**
- 17h30 – 17h45 **Conclusions et synthèse**



Journées organisées par le Centre de Formation des Editions ESKA - CFEF : N° 11753436775

Inscription CFEF adressée aux Editions ESKA CONGRÈS - Serge KEBABTCHIEFF
12, rue du Quatre Septembre - 75002 PARIS - Tél. 01 42 86 55 69 - Fax 01 42 60 45 35
E-mail : inscriptions et renseignements: congres@eska.fr - Site : www.eska.fr

L'égalité des chances entre les femmes et les hommes : un combat permanent

En 1999, la loi française oblige à créer une délégation des droits des femmes dans chaque assemblée.

L'égalité des chances entre les femmes et les hommes reste pourtant, vingt ans plus tard, un combat permanent. Les féministes deviennent même une cible dans bon nombre de pays.

Une des étapes à atteindre maintenant serait que ces délégations qui étudient, réfléchissent, analysent l'effet des lois sur les droits des femmes, puissent en proposer directement des amendements et consolident ce qui rassemble dans l'engagement politique en bousculant chacune leur groupe. N'oublions pas que la loi de parité n'est pas venue des partis politiques mais de femmes de tout bord, d'un engagement féministe politique transpartisan.

Et c'est ainsi qu'une place peut être faite aux femmes, certes, mais surtout à ce qu'elles portent comme possibilités de transformations sociales.

Laurence Rossignol rappelle, lors du 20^e anniversaire de la délégation du Sénat, que les droits des femmes se sont conquis par l'insolence politique, avec de la déstabilisation de l'ordre, du pouvoir tel qu'il était quand les femmes politiques y sont entrées.

Les luttes pour l'égalité professionnelle, pour la parité et bien sûr celle contre les violences faites aux femmes restent des thèmes majeurs.

Au moment des oppositions, à tendance homophobe, de certains, malgré le vote très majoritaire de l'ouverture de la PMA aux femmes célibataires et aux couples de femmes, au moment de la disparition de l'Observatoire des violences faites aux femmes, soyons d'autant plus vigilant.e.s afin de continuer à accueillir chacune avec le même respect, droit et protection.

Benoît Le Goedic, Sage-femme

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

17
janvier

LES DIALOGUES DE L'OBSTÉTRIQUE

ANCIENNEMENT "JE SUIS LA SAGE FEMME"

2020

Vendredi 17 janvier 2020

ICM, Hôpital Pitié Salpêtrière,
47 Boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris

Une réunion des Sages-Femmes et autres professionnels de la naissance

- PSYCHOLOGIE DE LA FEMME ENCEINTE
- PRATIQUES ET TECHNIQUES
- NOUVELLES APPROCHES DE L'ACCOUCHEMENT
- ÉCHOGRAPHIE
- ALLAITEMENT
- ANTISEPSIE ET DÉSINFECTION
- PÉRINÉE
- PRÉMATURITÉ
- MÉDECINE PÉRINATALE
- LES MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES
- LA PRATIQUE LIBÉRALE
- LA PRATIQUE PMI
- LE RÔLE DES COORDINATRICES
- LA FORMATION ET LA REFORMATION DES SAGES-FEMMES
- MAÏEUTIQUE
- PÉDIATRIE
- SANTÉ PUBLIQUE
- SCIENCES HUMAINES
- HISTOIRE
- ACTUALITÉS ...



Des journées du centre de Formation des Editions ESKA de la revue DO.
Inscription CFEÉ adressée aux Editions ESKA-CONGRÈS
Contacts : Serge KEBABTCHIEFF, Cécile GROGNARD, 12, rue du Quatre-Septembre,
75002 Paris - Tél. : 01 42 86 55 69/79 - Fax : 01 42 60 45 35
E-mail : congres@eska.fr - Site : www.eska.fr



Pour tous
les abonnés aux
Dossiers de l'Obstétrique
et à *Reproduction*
Humaine et Hormones :
ENTRÉE GRATUITE,
Inscrivez-vous !
Nombre de places
limitées

Homéopathie en suites de couches : quelle est la demande des patientes ?

ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE OBSERVATIONNELLE TRANSVERSALE QUANTITATIVE BICENTRIQUE PAR QUESTIONNAIRE AUPRÈS DE 200 PATIENTES DANS DEUX MATERNITÉS DE TYPE II EN MOSELLE EN 2018.

PAR ÉLISABETH COLIN, SAGE-FEMME, METZ

RÉSUMÉ

INTRODUCTION > L'homéopathie, très utilisée par la population française, peine à trouver sa place en milieu hospitalier. Les femmes souhaitent une médecine plus naturelle et inoffensive pour leur enfant. Alors que dans certaines maternités, l'homéopathie est systématiquement proposée, dans d'autres, la prescription est moins fréquente. L'objectif principal était d'évaluer la demande des patientes en homéopathie en suites de couches.

MÉTHODE > Une étude épidémiologique quantitative a été réalisée par questionnaire auprès de 200 patientes dans deux maternités de type II en Moselle de novembre 2018 à mars 2019. Les critères d'inclusion étaient : patiente majeure ou mineure, toute parité, hospitalisée en suites de couches et ayant accouché par voie basse ou césarienne. Les patientes avec une barrière linguistique, ayant eu une IMG ou donné naissance à un enfant non vivant n'ont pas été incluses. Le critère d'évaluation principal était le nombre de patientes en demande de traitements homéopathiques.

RÉSULTATS > 200 patientes ont participé à l'étude, 100 issues de la maternité A et 100 de la maternité B. Il existait une différence significative concernant le désir d'avoir davantage de traitements homéopathiques (43.6 % maternité A vs 64.1 % maternité B, $p = 0.026$), l'information reçue sur l'homéopathie par les sages-femmes hospitalières (67.7 % maternité A vs 5.2 % maternité B, $p = 0.037$) et l'utilisation de traitements homéopathiques durant l'hospitalisation (78 % maternité A vs 13.5 % maternité B, $p = 2.70.10^{-19}$). Respectivement 79.4 % et 90 % des patientes des maternités A et B ont approuvé leur efficacité.

CONCLUSION > L'étude a démontré la disposition des femmes à recevoir davantage de traitements homéopathiques en suites de couches. Elle a montré une forte prescription par les sages-femmes libérales avec une efficacité et une satisfaction élevées. Il serait pertinent de comprendre les difficultés de mise en place de l'homéopathie dans certains services.

MOTS-CLÉS

Homéopathie – Traitement – Suites de couches – Sage-femme – Prescription.

ABSTRACT

Title > Homeopathy in puerperium : What is the demand of patients ? - Transverse quantitative bicentric observational epidemiological study by questionnaire with 200 patients in two type II maternity hospitals in Moselle in 2018.

INTRODUCTION > Homeopathy, widely used by the French population, is struggling to find its place in hospitals. Women want a more natural and harmless medicine for their child. While in some maternity hospitals, homeopathy is systematically offered, in others, prescription is less frequent. The main objective was to assess the demand of homeopathy patients in puerperium.

METHOD > A quantitative epidemiological study was carried out by questionnaire with 200 patients in two type II maternity hospitals in Moselle from November 2018 to March 2019. The inclusion criteria were major or minor patients, all parity, hospitalized in puerperium and having given birth by vaginal or caesarean section. Patients with a language barrier, having had a medical abortion or given birth to a non-living child were not included. The primary endpoint was the number of patients requesting homeopathic treatments.

RESULTS > 200 patients participated in the study, 100 from Maternity A and 100 from Maternity B. There was a significant difference regarding the desire for more homeopathic treatments (43.6 % maternity A vs 64.1 % maternity B, $p = 0.026$), the information received on homeopathy by hospital midwives (67.7 % maternity A vs 5.2 % maternity B, $p = 0.037$) and the use of homeopathic treatments during hospitalization (78 % maternity A vs 13.5 % maternity B, $p = 2.70.10^{-19}$). Respectively 79.4 % and 90 % of patients in maternity A and B approved of their effectiveness.

CONCLUSION > The study showed that women are more likely to receive homeopathic treatments puerperium. It has shown a strong prescription by liberal midwives with high efficiency and satisfaction. It would be relevant to understand the difficulties of setting up homeopathy in certain hospital services.

KEYWORDS

Homeopathy – Treatment – Puerperium – Midwife – Prescription.

INTRODUCTION

Décrite comme un « art de soigner »^[1], la thérapie homéopathique a été mise au point par Samuel Hahnemann, médecin allemand, à la fin du XVIII^e siècle. Cette médecine alternative, qui perdure depuis plus de deux cents ans, suscite de nombreux débats. Néanmoins, l'homéopathie reste très utilisée par la population. Selon l'étude Ipsos 2018, 77 % des Français ont déjà pris de l'homéopathie au cours de leur vie^[2].

De nos jours, les femmes veulent davantage être actrices de leur santé et s'impliquer dans leur prise en charge. Elles sont de plus en plus réticentes à l'allopathie, notamment durant leur grossesse et l'allaitement. Elles souhaitent des médecines plus naturelles. Chaque femme a des besoins et des attentes qui lui sont propres. Le professionnel se doit d'être à l'écoute, d'informer et d'accompagner les patientes dans leur choix thérapeutique, dans la mesure où il ne représente aucun danger pour elles et leur nouveau-né.

L'homéopathie, reconnue comme une médecine « respectueuse de la physiologie et sans danger pour les femmes enceintes »^[3] et allaitantes, est prescrite régulièrement par 78 % des sages-femmes libérales, selon l'étude Imago 2013^[6]. Malgré l'importance de ce taux, l'homéopathie ne fait pas l'unanimité auprès de tous en milieu hospitalier. Alors que certaines sages-femmes sont convaincues de ses bienfaits et en prescrivent, d'autres refusent totalement de s'y intéresser. Pourtant, depuis 2011, les sages-femmes peuvent proposer des traitements homéopathiques à leurs patientes^[4].

Face à une volonté des patientes d'un retour à une médecine non-conventionnelle, on peut se demander : quelle est la demande des patientes en homéopathie en service de suites de couches ?

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'objectif principal de l'étude était d'évaluer la demande des patientes en homéopathie en service de suites de couches.

Les objectifs secondaires étaient de déterminer les connaissances des patientes en homéopathie, d'évaluer l'utilisation des traitements homéopathiques par les patientes durant leur grossesse et lors de leur hospitalisation en service de suites de couches et d'évaluer les pratiques de dispensation des traitements homéopathiques.

Les hypothèses posées étaient les suivantes :

- **H1** > Les patientes sont en demande de traitements homéopathiques.
- **H2** > Les patientes ont une connaissance de l'homéopathie.
- **H3** > Les patientes ont reçu une information sur les traitements homéopathiques par les sages-femmes du service de suites de couches.
- **H4** > Les patientes utilisent des traitements homéopathiques durant leur grossesse et en sont satisfaites.
- **H5** > Les patientes utilisent des traitements homéopathiques en service de suites de couches et en sont satisfaites.
- **H6** > Les sages-femmes proposent des traitements homéopathiques de manière systématique.

Afin de répondre à la problématique, une étude épidémiologique, observationnelle, quantitative, transversale, bicentrique, par questionnaire a été réalisée auprès de 200 patientes dans deux maternités de type II en Moselle du 7 novembre 2018 au 13 mars 2019.

L'étude incluait les patientes majeures ou mineures, quelle que soit leur parité, hospitalisée dans le service de suites de couches et ayant accouché par voie basse ou par césarienne. Les patientes avec une barrière linguistique, ayant eu recours à une IMG ou ayant donné naissance à un enfant non vivant n'ont pas été incluses. Enfin, les patientes refusant de participer à l'étude ont été exclues.

Les critères de jugement étaient les suivants :

- Nombre de patientes en demande de traitements homéopathiques.
- Score des connaissances des patientes en homéopathie : score/7. Les patientes répondant « non » ou « ne sait pas » à la question 9 sont exclues ; un score ≥ 5 signifie « bonne connaissance ».
- Nombre de patientes ayant reçu une information sur les traitements homéopathiques par les sages-femmes du service de suites de couches.
- Nombre de patientes utilisant des traitements homéopathiques durant leur grossesse et en étant satisfaites.
- Nombre de patientes utilisant des traitements homéopathiques en service de suites de couches et en étant satisfaites.
- Nombre de patientes à qui les sages-femmes ont proposé des traitements homéopathiques.

Les données ont été recueillies de manière anonyme grâce à des questionnaires standardisés. Ils ont été distribués en mains propres aux patientes après explications de la démarche et accord oral tacite de celles-ci puis récupérés au bout d'une heure.

L'analyse des données a été réalisée avec les logiciels Microsoft Office Excel 2016 et Epi Info. Les variables qualitatives ont été analysées à l'aide des tests du Chi², de Fisher et de Kruskal-Wallis et les variables quantitatives grâce au test de Mann-Whitney Wilcoxon. Les tests statistiques ont été réalisés à partir du site de BiostaTGV. Une p-value inférieure à 0.05 a été définie comme étant le seuil de différence statistiquement significative entre les deux maternités. Les données quantitatives ont été analysées selon la moyenne et la médiane.

RÉSULTATS

DESCRIPTION DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

La population comportait 200 patientes : 100 issues de la maternité A et 100 de la maternité B. Elle était majoritairement d'origine française (75.4 %, n = 150/199), de niveau d'études BAC à BAC + 2 ou plus (80.7 %, n = 159/197) et de profession employée (52.6 %, n = 103/196).

La plupart des femmes étaient primipares (47.0 %, n = 94/200), avaient accouché par voie basse (78.5 %, n = 157/200) et en étaient au premier ou deuxième jour du post-partum. L'allaitement maternel était le mode d'alimentation le plus fréquent (65.0 %, n = 130/200).

► **CONNAISSANCE DE L'HOMÉOPATHIE**

Environ 86 % des femmes ont déjà entendu parler d'homéopathie (Tableau I). Les femmes avaient le plus souvent été informées par l'intermédiaire d'une sage-femme ou de leur famille, amis ou collègues. Un score des connaissances en homéopathie a été établi pour les 172 patientes ayant déjà entendu parler d'homéopathie : score/7.

51 patientes ont eu une « bonne connaissance » en homéopathie, c'est-à-dire un score ≥ 5 . Le score moyen était de 3,6.

► **UTILISATION DE L'HOMÉOPATHIE DANS LE QUOTIDIEN**

Sur les 172 patientes connaissant l'homéopathie, environ 44 % ont pris des traitements homéopathiques dans le quotidien ($p = 0.349$).

► **UTILISATION DE L'HOMÉOPATHIE PENDANT LA GROSSESSE**

Environ 48 % ($n = 83/172$) des patientes ayant connaissance de l'homéopathie ont reçu une information sur le

sujet pendant leur grossesse ($p > 0.064$). Près de 55 % des femmes ont utilisé des traitements homéopathiques durant leur grossesse, prescrits majoritairement par la sage-femme libérale qui suivait la grossesse (Tableau II). Sur les 75 patientes n'en ayant pas pris, 44 femmes n'en ont pas eu besoin, 27 n'ont pas eu de proposition de traitements et 4 n'en ont pas voulu. La prise des traitements a eu lieu surtout en fin de grossesse, pendant le travail et l'accouchement. Seulement 10 % des patientes n'ont pas trouvé les traitements efficaces et 9 % n'ont pas été satisfaites (Figures 1 - 2).

► **UTILISATION DE L'HOMÉOPATHIE EN SERVICE DE SUITES DE COUCHES**

Sur une échelle allant de 0 à 10, le degré de douleur moyen était de 3,8 avec une EVN minimum à 0 et maximum à 10. Les principaux symptômes évoqués étaient les tranchées, l'asthénie, les troubles du sommeil et les douleurs périnéales.

Afin de soulager ces maux, 72 % ($n = 139/193$) des mères avaient pris un traitement allopathique ($p = 0.039$) en faveur de la maternité A (78.6 %, $n = 77/98$ versus

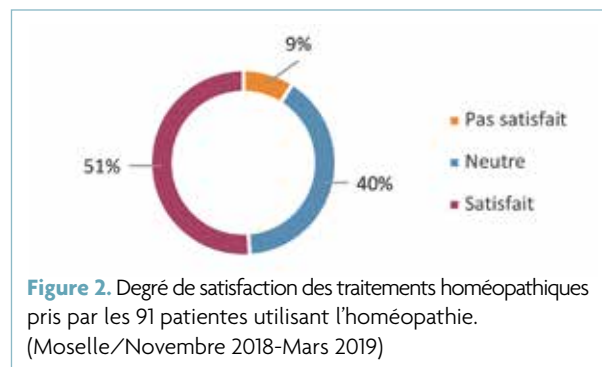
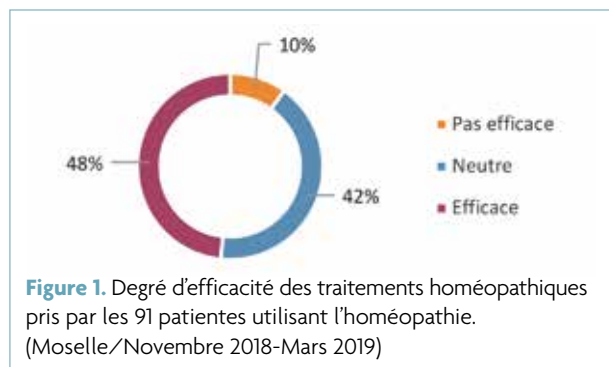


TABLEAU I ► CONNAISSANCE DE L'HOMÉOPATHIE DES 200 PATIENTES DE L'ÉTUDE (MOSELLE – NOVEMBRE 2018 - MARS 2019)

	MATERNITÉ A Effectifs (%) n = 100	MATERNITÉ B Effectifs (%) n = 100	TOTAL Effectifs (%)	p-value
Connaissance (n = 200)				
Oui	89 (89.0)	83 (83.0)	172 (86.0)	p = 0.221*
Non	11 (11.0)	17 (17.0)	28 (14.0)	

n = effectif; *Chi2

TABLEAU II ► UTILISATION DE TRAITEMENTS HOMÉOPATHIQUES PENDANT LA GROSSESSE DES 172 PATIENTES CONNAISSANT L'HOMÉOPATHIE (MOSELLE – NOVEMBRE 2018 - MARS 2019)

	MATERNITÉ A Effectifs (%) n = 85	MATERNITÉ B Effectifs (%) n = 81	TOTAL Effectifs (%)	p-value
Utilisation (n = 166)				
Oui	53 (62.4)	38 (46.9)	91 (54.8)	p = 0.046*
Non	32 (37.6)	43 (53.1)	75 (45.2)	

n = effectif; *Chi2

65.3 %, n = 62/95 pour la maternité B). Les patientes ont été interrogées sur leur utilisation en service de suites de couches (Tableau III - IV).

Sur les 104 patientes n'ayant pas utilisé de traitements homéopathiques durant le post-partum, 43 femmes ont déclaré ne pas avoir eu de proposition de traitements, 30 n'ont pas eu besoin de médicaments, 12 n'ont pas pensé à en prendre, 2 n'en ont pas voulu et 1 n'a pas osé en demander.

Les sages-femmes ont principalement prescrit ces traitements homéopathiques.

La majorité des patientes ont été satisfaites des traitements utilisés durant le séjour (Tableau V, page suivante).

POINT DE VUE SUR L'HOMÉOPATHIE

Les patientes ne connaissant pas l'homéopathie ont reçu

des informations lors de la distribution des questionnaires afin de pouvoir donner leur point de vue (Tableau VI, page suivante).

DISCUSSION

RÉPONSE AUX HYPOTHÈSES

Par le biais de cette étude, l'objectif était de répondre aux six hypothèses auparavant énoncées.

- L'étude a permis de vérifier l'hypothèse H1 qui était : « les patientes sont en demande de traitements homéopathiques » de manière statistiquement significative ($p = 0.037$) puisque 43.5 % (n = 40/92) des femmes de la maternité A et 64.1 % (n = 59/92) de la maternité B désiraient avoir davantage de traitements homéopathiques.

TABLEAU III > INFORMATIONS REÇUES SUR L'HOMÉOPATHIE DURANT LES SUITES DE COUCHES DES 200 PATIENTES HOSPITALISÉES (MOSELLE – NOVEMBRE 2018 - MARS 2019)

	MATERNITÉ A Effectifs (%) n = 96	MATERNITÉ B Effectifs (%) n = 96	TOTAL Effectifs (%)	p-value
Information (n = 192)				
Oui	65 (67.7)	5 (5.2)	70 (36.5)	p = 2.28.10 ^{-21*}
Non	31 (32.3)	86 (89.6)	117 (60.9)	
Ne sait pas	0 (0.0)	5 (5.2)	5 (2.6)	
Proposition de traitement (n = 192)				
Oui	75 (78.1)	5 (5.2)	80 (41.7)	p = 3.86.10 ^{-27*}
Non	21 (21.9)	90 (93.8)	111 (57.8)	
Ne sait pas	0 (0.0)	1 (1.0)	1 (0.5)	

n = effectif; *Fisher

TABLEAU IV > UTILISATION DE TRAITEMENTS HOMÉOPATHIQUES PAR LES 200 PATIENTES DE L'ÉTUDE DURANT LEUR HOSPITALISATION EN SUITES DE COUCHES (MOSELLE – NOVEMBRE 2018 - MARS 2019)

	MATERNITÉ A Effectifs (%) n = 96	MATERNITÉ B Effectifs (%) n = 96	TOTAL Effectifs (%)	p-value
Utilisation (n = 192)				
Oui	75 (78.1)	13 (13.5)	88 (45.8)	p = 2.70.10 ^{-19*}
Non	21 (21.9)	83 (86.5)	104 (54.2)	
Symptômes soulagés (n = 88)				
Douleur	14 (18.7)	5 (38.5)	19 (21.6)	p = 0.029**
Tranchées	25 (33.3)	0 (0.0)	25 (28.4)	
Œdèmes	16 (21.3)	2 (15.4)	18 (20.4)	
Cicatrisation	2 (2.7)	1 (7.7)	3 (3.4)	
Hémorroïdes	10 (13.3)	0 (0.0)	10 (11.4)	
Stimulation lactation	10 (13.3)	0 (0.0)	10 (11.4)	
Inhibition lactation	22 (29.3)	3 (23.1)	25 (28.4)	
Complications allaitement	5 (6.7)	2 (15.4)	7 (7.9)	
Fatigue physique, psychologique	10 (13.3)	0 (0.0)	10 (11.4)	
Difficulté à uriner	7 (9.3)	0 (0.0)	7 (7.9)	

n = effectif; *Chi2; **Fisher; " Plusieurs réponses possibles

TABLEAU V ➤ **DEGRÉ D'EFFICACITÉ ET DE SATISFACTION DES 88 PATIENTES AYANT PRIS DES TRAITEMENTS HOMÉOPATHIQUES DURANT LEUR HOSPITALISATION EN SUITES DE COUCHES (MOSELLE – NOVEMBRE 2018 - MARS 2019)**

	MATERNITÉ A Effectifs (%) n = 68	MATERNITÉ B Effectifs (%) n = 10	TOTAL Effectifs (%)	p-value
Efficacité homéopathie (n = 78)				
0	4 (5.9)	1 (10.0)	5 (6.4)	p = 0.036*
1	1 (1.5)	0 (0.0)	1 (1.3)	
2	9 (13.2)	0 (0.0)	9 (11.5)	
3	22 (32.4)	2 (20.0)	24 (30.8)	
4	19 (27.9)	5 (50.0)	24 (30.8)	
5	13 (19.1)	2 (20.0)	15 (19.2)	
Satisfaction homéopathie (n = 77)				
0	4 (6.0)	1 (10.0)	5 (6.4)	p = 0.029*
1	1 (1.5)	0 (0.0)	1 (1.3)	
2	9 (13.4)	0 (0.0)	9 (11.7)	
3	17 (25.4)	1 (10.0)	18 (23.4)	
4	20 (29.8)	5 (50.0)	25 (32.5)	
5	16 (23.9)	3 (30.0)	19 (24.7)	

n = effectif; *Mann-Whitney Wilcoxon

TABLEAU VI ➤ **POINT DE VUE DES 200 PATIENTES DE L'ÉTUDE SUR L'HOMÉOPATHIE (MOSELLE – NOVEMBRE 2018 - MARS 2019)**

	MATERNITÉ A Effectifs (%) n = 96	MATERNITÉ B Effectifs (%) n = 93	TOTAL Effectifs (%)	p-value
Davantage d'infos (n = 182)				
0	25 (27.4)	8 (8.8)	33 (18.1)	p = 0.026*
1	6 (6.6)	7 (7.7)	13 (7.1)	
2	17 (18.7)	16 (17.6)	33 (18.1)	
3	20 (22.0)	23 (25.3)	43 (23.7)	
4	14 (15.4)	19 (20.9)	33 (18.1)	
5	9 (9.9)	18 (19.7)	27 (14.9)	
Davantage d'homéopathie (n = 184)				
0	28 (30.4)	11 (12.0)	39 (21.2)	p = 0.037*
1	5 (5.4)	5 (5.4)	10 (5.4)	
2	19 (20.7)	17 (18.5)	36 (19.6)	
3	19 (20.7)	24 (26.1)	43 (23.4)	
4	11 (12.0)	21 (22.8)	32 (17.4)	
5	10 (10.8)	14 (15.2)	24 (13.0)	
Bonnes connaissances (n = 183)				
0	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	p = 2.48.10-16*
1	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
2	4 (4.2)	0 (0.0)	4 (2.2)	
3	9 (9.4)	1 (1.1)	10 (5.5)	
4	27 (28.1)	2 (2.4)	29 (15.8)	
5	26 (27.1)	1 (1.1)	27 (14.8)	
Pas d'infos	30 (31.2)	83 (95.4)	113 (61.7)	

n = effectif; *Kruskal-Wallis; **Chi2

- **L'hypothèse H2** : « *les patientes ont une connaissance sur l'homéopathie* » n'a pas pu être vérifiée. 86 % (n = 172/200) des patientes connaissaient l'homéopathie mais seulement 51 patientes sur les 172 avaient eu une « bonne connaissance » en homéopathie. Ce résultat était inférieur à celui retrouvé dans l'étude réalisée par Colombé A. en 2013 où 97.1 % des femmes connaissaient l'homéopathie ^[5]. Ce pourcentage élevé était dû au fait que la population étudiée a été suivie par des professionnels ayant recours à l'homéopathie.
- **L'hypothèse H3** qui était : « *les patientes ont reçu une information sur les traitements homéopathiques par les sages-femmes du service de suites de couches* » a été validée pour la maternité A puisqu'environ 68 % (n = 65/96) des accouchées de suites de couches au sein de la maternité A ont reçu une information sur l'homéopathie par les sages-femmes du service versus 5.2 % (n = 5/96) dans la maternité B. Une différence statistiquement significative a été démontrée en faveur de la maternité A avec $p = 2.28.10^{21}$.
- Cette étude a permis de confirmer **L'hypothèse H4** : « *les patientes utilisent des traitements homéopathiques durant leur grossesse et en sont satisfaites* ». En effet, 62.4 % (n = 85) des femmes ont pris des médicaments homéopathiques durant leur grossesse dans la maternité A et 46.9 % (n = 81) dans la maternité B avec $p = 0.046$. Seulement 10 % (n = 9/91) des 91 utilisatrices trouvaient que le traitement n'avait pas été efficace et 9 % (n = 8/91) disaient être non satisfaites. Ces résultats étaient statistiquement significatifs. L'étude d'Englert O. élaborée en 2014 appuyait ce résultat. Elle notait un taux de 84.2 % de femmes satisfaites des médicaments homéopathiques pris ^[6].
- Environ 78 % (n = 75/96) des mères ont utilisé des thérapeutiques homéopathiques durant leur séjour en suites de couches au sein de la maternité A versus 13.5 % (n = 13/96) dans la maternité B avec $p = 2.70.10^{-19}$. 79.4 % (n = 54/68) des femmes hospitalisées dans la maternité A et 90 % (n = 9/10) dans la maternité B jugeaient l'efficacité du traitement entre 3 et 5 avec $p = 0.036$. Relatif à la satisfaction, 79.2 % (n = 53/67) des femmes de la maternité A étaient satisfaites des thérapeutiques reçues et 90 % (n = 9/10) de la maternité B avec $p = 0.029$. **L'hypothèse H5** : « *les patientes utilisent des traitements homéopathiques en service de suites de couches et en sont satisfaites* » est affirmée de manière statistiquement significative. L'étude d'Englert O. confortait les résultats avec un taux de 64.3 % de femmes satisfaites de la prescription homéopathique reçue en suites de couches ^[6].
- Enfin, **L'hypothèse H6** qui était : « *les sages-femmes proposent des traitements homéopathiques de manière systématique* » n'a pas été complètement vérifiée. La proposition de médicaments homéopathiques était statistiquement significative ($p = 3.86.10^{-27}$) en faveur de la maternité A (78.1 %, n = 75/96 vs 5.2 %, n = 5/96 pour la maternité B). Cependant, toutes les patientes ne s'étaient pas vues proposer un traitement par les sages-femmes du service. Une étude menée directement auprès des sages-femmes permettrait de vérifier le terme « systématiquement ».

■ FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

La principale force de l'étude était le mode de recrutement des patientes. Les questionnaires ont été distribués directement en mains propres aux patientes après explications de la démarche et accord oral tacite de celles-ci puis récupérés au bout d'une heure. Cette démarche a été effectuée par le même investigateur durant toute la période de l'étude. De plus, un nombre important de patientes a participé à l'étude.

À propos des limites de cette étude, une période plus longue aurait permis d'obtenir une population plus importante et donc d'augmenter la puissance de l'étude. De même, enquêter dans d'autres maternités induirait des résultats plus homogènes à la population générale. Cette analyse ne concernant que les patientes, il est impossible de connaître le nombre de professionnel formé dans les deux groupes. Cette information aurait été utile pour évaluer la nécessité de former le personnel afin d'améliorer la qualité des informations délivrées.

■ BIAIS DE L'ÉTUDE

Les questionnaires ont été distribués en mains propres afin de minimiser les biais de non-réponse. Toutefois, un certain nombre ont été mal remplis ou incomplets.

Les patientes qui ont rempli les questionnaires n'en étaient pas au même jour du post-partum. Cela a pu influencer les degrés de satisfaction et d'efficacité. Ainsi, proposer une étude en interrogeant les patientes à J2 pourrait être pertinent. En outre, les chiffres (%) publiés en homéopathie proviennent des deux laboratoires qui la commercialisent, ce qui a pu induire un conflit d'intérêts.

CONCLUSION

L'étude a montré que les femmes avaient un désir de traitements homéopathiques et qu'elles souhaitaient recevoir davantage d'informations sur cette médecine alternative. Ont été également mis en évidence, une forte prescription de ces thérapeutiques par les sages-femmes libérales lors de la grossesse et des taux d'efficacité et de satisfaction élevés pour toutes les utilisatrices.

Face à ces résultats, il serait pertinent de réaliser une étude permettant de comprendre les difficultés de mise en place de cette thérapeutique dans certaines maternités. De plus, la réalisation de petits protocoles de poche permettrait aux sages-femmes d'intégrer l'homéopathie dans leur pratique. •

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Latour E, Tétou M. *Guide homéopathique de la sage-femme*. Paris : Le Manuscrit ; 2011.
- [2] Barthélémy L, Desforges Z. *Les Français et l'homéopathie*. Ipsos. Nov 2018. [En ligne]. (Consulté le 29/11/2018); Disponible sur : https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2018-11/les_francais_et_lhomeopathie_2018.pdf
- [3] Besnard-Charvet C. TLM, *Un nouveau rendez-vous : l'homéopathie à la maternité*. Doc Homéo & Gynéco : le blog du Dr Christelle Besnard-Charvet. Fév 2017. [En ligne]. (Consulté le 17/05/2018); Disponible sur : <https://dochohomeogyneco.com/category/obstetrique/>
- [4] Code de la santé publique. Article L4151-4 (version à jour au 17 mai 2018).
- [5] Colombé A. *L'utilisation de l'homéopathie par les femmes enceintes : enquête descriptive dans une maternité de type III de la région aquitaine*. [Mémoire]. École de sage-femme de Bordeaux. Université Victor Segalen Bordeaux 2. 2013 ; 66p.
- [6] Englert O. *La réalité de la prescription homéopathique : évaluation des pratiques professionnelles des sages-femmes des secteurs obstétricaux de la maternité régionale de Nancy de mai à août 2013*. [Mémoire]. École de Sage-Femme Albert Fruhinsholz de Nancy. Université de Lorraine. 2014 ; 77 p.

**NOUVEAU LIEU
NOUVELLES DATES**

Le CNSF a 20 ans !



CNSF
Collège National
des Sages-Femmes
de France

20/21

JANV. 2020

**CITE DES SCIENCES
et de l'INDUSTRIE**

ESPACE CONGRÈS
30 avenue C. Cariou

PARIS (19^e)

**18^{es} Journées du
Collège National
des Sages-Femmes de France**

PROGRAMME *

LUNDI 20 JANVIER

- 8 : 00 Accueil
- 9 : 00 **Ouverture des journées - Adrien GANTOIS, Président**
- ORGANISATION DE LA SANTÉ PÉRINATALE**
 - A l'international - Franka CADEE, Présidente ICM
 - En France évolution des décrets - DGOS
- 10 : 45 **Pause et visite des stands**
- 11 : 15 **SANTÉ MENTALE PENDANT LA GROSSESSE ET APRÈS LA NAISSANCE**
 - Santé mentale en période anté- et postnatale. L'exemple de la Grande Bretagne : structuration de la santé mentale - Alain GREGOIRE
 - En France : état des lieux et perspectives - Michel DUGNAT
- 12 : 30 **Déjeuner libre ou SYMPOSIUM**
- 14 : 00 **LE CNSF A 20 ANS !**
- 14 : 15 **PRISE EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENT DE LA DOULEUR LIÉE À L'ACCOUCHEMENT**
 - Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement - Julie BONAPACE
 - Quels accompagnements de la douleur liée à l'accouchement en France : état des lieux et perspectives Chloé BARASINSKI - Christine CHALUT-NATAL MORIN
- 16 : 00 **Pause et visite des stands**
- 16 : 30 **SALUTOGENÈSE**
(DU LATIN SALLUS, LA SANTÉ ET DU GREC GENESIS, L'ORIGINE) :
APPROCHE SE CONCENTRANT SUR LES FACTEURS FAVORISANT LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE
 - Les indicateurs retenus par consensus Delphi pour l'évaluation des maisons de naissance : un reflet de la salutogenèse en filière physiologique - Anne CHANTRY - Ingele ROELENS
 - Présentation de 3 sages-femmes chercheuses européennes sur cette thématique
- 18 : 00 **Fin de la journée**

* Sous réserve de modification

MARDI 21 JANVIER

- 8 : 30 **LE STRESS : UN PRÉCURSEUR DU BURN OUT ?**
MODÉRATEUR : CHRISTINE CHALUT-NATAL MORIN
 - Du stress au burn out - Lionel DAGOT
 - La souffrance et le burn out des soignants en Limousin, volet sages-femmes - Audrey ROUCHAUD
 - Une expérience de sage-femme pour gérer stress et fatigue Agnès MOREAU
- 10 : 00 **Pause et visite des stands**
- 10 : 30 **BIEN-ÊTRE ET STRATÉGIE DE LA BIENVEILLANCE**
MODÉRATEUR : ELIZABETH VISEUX
 - Bien-être des ESF : présentation de l'étude ANESF
 - Pistes d'amélioration du groupe de travail "Bien-être des ESF" Représentant CNEMA
 - Des outils d'autodiagnostic et de gestion du stress - Nathalie ESPARRE
 - Bien-être des sages-femmes : étude nationale CNSF Christine CHALUT-NATAL MORIN
- 12 : 30 **Déjeuner libre ou SYMPOSIUM**
- 14 : 00 **Présentation des prix CNSF et de la Bourse Maïeutique**
- 14 : 10 **PRATIQUES OBSTÉTRICALES**
 - Tocographie interne est-elle justifiée ? Jacky NIZARD
 - Déclenchement à 39 SA : est-ce l'option en 2020 ? Patrick ROZENBERG
 - Ballonet vs prostaglandines : le meilleur choix pour maturer ? Mathieu MORIN
- 15 : 30 **Pause et visite des stands**
- 16 : 00 **LA PMA POUR TOUTES**
MODÉRATEURS : JEAN-LOUIS TOURAINE - IRÈNE THERY
 - Histoire et chronologie de la loi - Irène THERY - Jean-Louis TOURAINE
 - L'accompagnement des couples au sein des services de PMA Michael GRYNBERG * - Alexandra BENOIT
 - Point de vue de la sage-femme sociologue - Hélène MALMANCHE
- 17 : 30 **Clôture des journées - Adrien GANTOIS, Président**

20 : 00 GALA des 20 ans de l'Association

NOUVEAU

SESSIONS PARALLÈLES DU COLLEGIUM ET SES PARTENAIRES - Lundi et Mardi

- La vaccination : **Santé publique France**
- Les outils pour bien mener une négociation : **ONSSF**
- Evaluation des pratiques professionnelles : **ANSFC**
- Bien-être des étudiants : **ANESF**
- Communications orales scientifiques
- Les recommandations pratiques cliniques en 2020
- Plagiocéphalie : **HAS**
- Sièges / RPM à terme : **CNGOF**

ATELIERS PRATIQUES - Lundi et Mardi

- Simulation Hémorragie du post-partum - IVG - Portage
- Simulation réanimation néonatale - Les pipelettes
- Handicap et périnatalité - Gestion du stress
- Accompagnement de l'allaitement de l'hôpital en ville
- Accoucher en confiance - Violences faites aux femmes
- Dépistage de l'endométriose - Analyse RCF
- Echographie gynécologique - EPP, bilan prénatal, quelle différence ? - Suivi du nouveau-né, examen clinique de la naissance au 2^{ème} mois - Initiation hypnose - Place du toucher dans le monde de l'image et de la technique -

Renseignements et inscriptions : Cerc-Congrès
17 rue Souham - 19000 TULLE | Tél. 05 55 26 18 87 | Mail : inscription@cerc-congres.com
N° De formation de Cerc-Congrès : 75 190 083 319

Tarifs : 255€ inscription 2 jours employeur et non membre du CNSF - 150€ inscription 2 jours membre du CNSF



LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON

PAR BENOÎT LE GOEDEC, SAGE-FEMME

Durant toute l'enfance, c'est la première année de la vie qui est marquée par la mortalité la plus élevée : selon les données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm, le taux de mortalité infantile en 2000 était de 451 pour 100 000 pour les enfants de 0 à moins de 1 an.

La tranche d'âge des enfants de moins de 1 an est aussi celle touchée par les mauvais traitements aboutissant à la mort (taux d'homicides de 2,5 pour 100 000).

DÉFINITIONS

► MORT SUBITE DU NOURRISSON

La mort subite du nourrisson est le décès brutal et inattendu, souvent pendant son sommeil, d'un nourrisson de moins d'un an considéré jusque-là comme bien portant. Cette définition internationale a été reprise par l'OMS dans la classification internationale des maladies. Un code spécifique a été attribué à la mort subite du nourrisson par l'OMS à partir de 1975. Utilisé en France à partir de 1979 et jusqu'en 1999, il s'agit du code « 798.0 » pour la 9^e révision de la CIM et « R95 » pour la 10^e utilisé depuis l'année 2000.

Plutôt que de parler de MSN ou « *sudden infant death syndrome* » (SIDS), on préfère dorénavant le concept de « *mort inattendue du nourrisson* » (MIN) ou « *sudden unexpected death in infancy* » (SUDI).

Depuis février 2007 la HAS emploie le terme de « mort inattendue du nourrisson » et la définit comme la mort survenant brutalement chez un nourrisson alors que rien, dans ses antécédents connus, ne pouvait le laisser prévoir. Elle a, de même, étendu la période aux 2 ans de l'enfant.

► MORT SUBITE INEXPLIQUÉE DU NOURRISSON

C'est un décès brutal qu'aucun examen complémentaire post-mortem ne peut expliquer.

Ce diagnostic ne peut donc être posé qu'après une recherche étiologique approfondie et complète (bilan et autopsie); c'est donc un diagnostic rétrospectif par élimination.

► NEAR MISS

C'est un nourrisson dit « rescapé » de la MSN.

Les malaises graves inopinés du nourrisson (M.G.I.N) ou ALTE Syndrome (Apparent Life Threatening Event) se rapprochent aussi de ces définitions. Il s'agit de la survenue inopinée d'un accès de pâleur, cyanose, apnée, hypo ou hypertonie, suffocation, malaise ayant nécessité ou non des gestes de réanimation, et ayant mis en jeu le pronostic vital de manière immédiate, aux yeux de l'entourage.

Selon les recommandations de l'HAS comprennent :

- des morts inattendues et inexplicables à l'autopsie, c'est-à-dire celles correspondant à la Mort Subite du Nourrisson, dont la définition est la suivante : « *mort subite et inattendue d'un enfant de moins d'un an et normalement au-delà de la période périnatale, qui reste inexplicée après une investigation approfondie, comprenant une autopsie complète et l'analyse des circonstances de la mort et de l'histoire clinique antérieure* » ;
- des morts survenues lors d'une pathologie aiguë qui n'avait pas été considérée par les parents, les personnes en charge de l'enfant et/ou par les professionnels de santé, comme comportant un risque vital ;
- des morts survenues lors d'une maladie aiguë et brutale, évoluant depuis moins de 24 heures chez un enfant qui était en bonne santé auparavant, ou survenues par la suite, si des soins intensifs ont été donnés dans les premières 24 heures ;
- des morts résultant de conditions pathologiques préexistantes qui n'avaient pas été identifiées auparavant par des professionnels de santé ;
- des morts résultant de toute forme d'accident, de traumatisme ou d'empoisonnement.

FACTEURS DE RISQUES

► POSITION DE COUCHAGE

Le risque le plus important de MSN est la position de couchage sur le ventre, Environ 48 % des cas pouvaient être liés à la position durant le sommeil sur le côté ou sur le ventre.

Le risque le plus faible étant le couchage sur le dos, le couchage sur le côté étant considéré comme intermédiaire.

► FUMÉE DE TABAC

le risque de MSN est plus important si la mère a fumé pendant la grossesse, et ce risque est lié à la dose ; l'exposition du nourrisson à la fumée de tabac augmente le risque proportionnellement au nombre de fumeurs dans la maison.

► L'ENVIRONNEMENT DU COUCHAGE/BERCEAU

Le risque de MSN augmente en cas :

- d'utilisation de duvets et couettes ;
- d'emballotement de l'enfant ;
- de port d'un bonnet au lit ;
- de température élevée dans la chambre à coucher.

► LE PARTAGE DE LA CHAMBRE (CO-SLEEPING)

Le risque de MSN est moindre quand l'enfant dort, pendant les 6 premiers mois de la vie, dans la chambre des parents.

Le co-sleeping (enfant dormant dans le même lit avec le ou les parents) était un facteur de risque plus important si la mère avait fumé pendant la grossesse (OR = 16,02) que dans le cas contraire (OR = 1,7). Pour les mères qui ne fumaient pas pendant la grossesse, l'odds ratio pour le co-sleeping était bas (à 2 semaines de vie : 2,4 [1,2-4,6]) et significatif pendant les 8 premières semaines de vie seulement. Cet OR (co-sleeping) était aussi partiellement attribuable à la consommation d'alcool par la mère. Le rôle de la consommation d'alcool était significatif seulement lors du co-sleeping pendant la nuit entière (OR augmenté de 1,66 [1,16-2,38] par verre). Environ 16 % des cas de MSN pouvaient être attribués au co-sleeping,

et 36 % au fait que l'enfant dormait dans une chambre séparée.

► LE PARTAGE DU LIT

Le partage du lit avec le nourrisson par des parents qui fument, consomment de l'alcool, des drogues, ou qui sont très fatigués, augmente le risque de MSN.

De même, le partage d'un canapé pour dormir avec l'enfant augmente le risque de MSN.

► LE REPÉRAGE DE SYMPTÔMES CHEZ LE NOURRISSON

L'identification précoce d'un épisode de maladie chez le nourrisson diminue le risque de MSN.

► LES VACCINATIONS

Elles n'augmentent pas le risque de MSN, au contraire les enfants vaccinés ont un risque significativement plus bas de MSN que ceux non immunisés.

► LES SÉVICES

Selon la littérature internationale, la part des homicides dans la mortalité infantile est certainement sous-estimée et il existe des confusions entre homicides, MIN et morts « de cause inconnue », le pourcentage de ces dernières stagnant en France. Le syndrome de Silverman ou syndrome de l'enfant battu doit systématiquement être évoqué mais il faut insister sur la très grande prudence avec laquelle il convient de chercher les stigmates cutanés, muqueux, osseux, nutritionnels, psychiatriques et sociaux qui étaient ce diagnostic.

Dans les hôpitaux, le diagnostic de mort suspecte d'être d'origine intentionnelle ou certainement violente intentionnelle (MSV) a concerné 5,3 % des cas; en cas de suspicion, un signalement judiciaire a été effectué dans 1/3 des cas, avec un retour d'information de la justice très faible (13 %). Dans l'enquête parquets, 80 MSV se répartissent en trois grandes catégories: néonaticides (27), syndrome du bébé secoué (35), « autres » morts violentes intentionnelles (18).

La moitié des enfants (néonaticides exclus) ont des antécédents de maltraitance, connus avant le décès dans 1/3 des cas. Dans les deux enquêtes, Tursz a constaté une sous-investigation concernant notamment le fond d'œil et l'autopsie (la moitié des MIN inexplicables est diagnostiquée sans autopsie). Le recoupement avec les données du Cépidec a montré la sous-

estimation des homicides (de 3 à 15 fois plus nombreux que le chiffre officiel, selon l'enquête); les diagnostics de morts accidentelles, morts de cause inconnue et MIN recouvrent souvent des homicides. Le peu de fiabilité des statistiques de mortalité est en grande partie lié à l'insuffisante collaboration entre secteurs (non-transmission à l'Inserm des informations hospitalières et des instituts médico-légaux).

► L'HYPERTHERMIE

Ce risque est majoré lorsque le nourrisson est couché en Décubitus Ventral et encore plus quand il est couvert avec des couvertures épaisses, voire une couette. L'hyperthermie est plus fréquemment observée pendant les périodes hivernales en rapport avec les épidémies d'infections. En effet, l'hyperthermie et des variations brusques et importantes de la température centrale (hyper ou hypothermie) modifient la régulation respiratoire. Les hyperthermies ne sont pas toutes infectieuses. Elles peuvent être aussi exogènes quand le nourrisson est trop couvert ou trop près d'une source de chaleur. Elles créent alors des pertes d'eau importantes et peuvent aboutir à une déshydratation.

► LE PIC HIVERNAL

La recrudescence hivernale, la présence d'une rhino-pharyngite avant le décès, les lésions inflammatoires du système respiratoire, la découverte de virus et bactéries dans les lésions sont des facteurs bien documentés. Lors du bilan post mortem, les germes les plus fréquemment retrouvés sont des virus (Virus Respiratoire Syncytial ou VRS, cytomégalovirus ou CMV, adénovirus) et des bactéries (*Haemophilus Influenzae*, *Bordetella Pertussis*); des médiateurs de l'inflammation (interféron, interleukines) sont présents dans le liquide céphalo-rachidien et le plasma; des enzymes du métabolisme de détoxification des xénobiotiques (cytochromes) sont anormalement représentés.

► LES MALFORMATIONS

Les « apnées » obstructives sont connues lors des anomalies malformatives de la filière laryngo-pharyngée (syndrome de Pierre-Robin, laryngomalacie, rétrécissement des voies aériennes supérieures) ou lors des problèmes infectieux (laryngite, rhinite, épiglottite) ou chimique (irritation des reflux gastro-œsophagiens graves).

Le reflux gastro-œsophagien peut être la cause d'une inhalation alimentaire massive. Celle-ci est rare. Ces reflux se compliquent aussi de malaise et de perte de connaissance documentés par des enregistrements cardiaques et respiratoires. Avec ou sans œsophagite, le reflux est, dans certains cas, cause d'un réflexe vagal bradycardisant ou apnéisant. Il n'a néanmoins pas été démontré qu'il peut à lui seul et en l'absence de fausse route massive, être responsable de décès.

► LES TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE

Les troubles du rythme cardiaque sont rares. Si le syndrome du QT long, avec ou sans surdité, est exceptionnel chez le nourrisson, les autres troubles du rythme (tachycardie supra-ventriculaire ou jonctionnelle, bloc auriculo-ventriculaire) doivent être dépistés dès la période néonatale. Ils sont responsables d'accès de pâleur, de brèves pertes de contact voire d'accès de cyanose ou, lorsqu'ils se prolongent, de l'installation d'une insuffisance cardiaque.

Un certain nombre de cas de MIN en Italie peuvent être dus à un allongement de l'espace QT, dépistable sur les ECG réalisés au cours de la première semaine de vie. Quelques cas de syndrome de QT long entraînant des récidives de MIN ont été rapportés.

Plus récemment, en mars 2010, l'équipe de Bousquet, Livolsi et coll.¹ Université et hôpitaux universitaires de Strasbourg, s'est intéressée aux relations entre l'activité du système parasympathique et la MIN. L'étude, qui montre pour la première fois une surexpression des récepteurs muscariniques cardiaques en association avec la MIN, est menée chez 18 nourrissons décédés de MIN et chez 19 témoins, morts d'autres causes. L'analyse porte sur des prélèvements de ventricule gauche et des échantillons sanguins. Les résultats montrent que la densité des récepteurs cardiaques spécifiques (dits muscariniques) à l'acétylcholine, le médiateur du nerf vague (parasympathique), est doublée et presque triplée dans le groupe MIN comparativement aux témoins. L'anomalie est trouvée chez tous les enfants du groupe MIN. L'activité de l'enzyme acétylcholinestérase éry-

1. Dr Béatrice Vuaille - Une anomalie dans le cœur de bébés décédés de MSIN; 3 mars 2010.

throcytaire est également augmentée significativement en moyenne dans le groupe des MIN, mais pas chez tous les sujets. Cette hyperactivité enzymatique pourrait correspondre à un mécanisme compensateur de l'organisme qui tente de répondre à l'excès d'acétylcholine. Lorsque ce mécanisme est dépassé, le risque de MIN apparaît dans un contexte où les enfants présenteraient une vulnérabilité par hyperactivité parasympathique.

▀ LES MALADIES HÉRÉDITAIRES MÉTABOLIQUES

Des anomalies héréditaires du métabolisme des acides gras ont été documentées. Les acides gras deviennent, en cas de jeûne prolongé, l'aliment énergétique en remplacement du glucose. Leur utilisation nécessite des déshydrogénations successives pour fournir des acyl CoA. Un déficit de l'enzyme MCAD ou Medium Chain Acyl CoA Deshydrogenase non symptomatique à la naissance, provoque à l'occasion d'un jeûne prolongé une symptomatologie bruyante à type de malaise hypoglycémique sans cétose, d'encéphalopathie, de syndrome de Reye, de coma, d'acidose métabolique sévère.

▀ **D'AUTRES ITEMS évoqués ne sont pas confirmés comme des facteurs de risque de MSN ou de protection :** l'allaitement maternel, l'utilisation des tétines, le partage du lit (en dehors des risques cités ci-dessus), les protections en tissu autour du lit, les moniteurs de surveillance d'apnée, le type de matelas, les voyages en avion ou en altitude. En 2006, une étude américaine publiée par Paterson et al. rapporte que des altérations du système nerveux central pourraient jouer un rôle plus important qu'envisagé initialement dans la survenue des MSN.

En effet, en examinant des échantillons de bulbes rachidiens chez 31 enfants morts de MSN et chez 10 enfants (groupe contrôle) morts d'une autre pathologie, Paterson et son équipe ont pu établir que : le nombre et la densité de neurones sérotoninergiques étaient significativement plus élevés dans le bulbe des enfants décédés de MSN ; en revanche, la densité des récepteurs sérotoninergiques était significativement plus faible chez ces mêmes enfants ; enfin, les nourrissons de sexe masculin présentaient, au niveau du tronc cérébral, une densité de récepteurs à la

sérotonine significativement inférieure à celle des nourrissons de sexe féminin. Or la sérotonine est un neuromédiateur impliqué et libéré au cours de l'éveil. L'altération, soit de la quantité de neurones qui synthétisent la sérotonine, soit de l'expression de ces récepteurs, soit enfin du degré de saturation de son transporteur, modifierait les réflexes de protection que sont le réveil et le fait de tourner la tête sur le côté lorsque les enfants sont placés sur le ventre. Il s'agit bien sûr d'un échantillon trop faible pour tirer des conclusions fermes de cette étude mais celle-ci incite à conduire de nouvelles recherches sur les anomalies des neurones sérotoninergiques dans le bulbe et le tronc cérébral des enfants décédés de MSN.

▀ LA TÉTINE COMME FACTEUR DE PROTECTION

Il a été trouvé un effet protecteur de la tétine dans une étude cas-témoins dans 10 comtés de la Californie du Nord (185 cas de MSN et 185 témoins appariés sur des variables sociales et géographiques). Ils ont interviewé les mères des cas et des témoins à propos du sommeil de référence de leurs enfants (le dernier sommeil pour les cas, le dernier sommeil avant l'entretien pour les témoins). Les résultats étaient les suivants : après ajustement sur des variables confondantes connues, les odds ratios pour la MSN chez les enfants utilisant une tétine lors du dernier sommeil était de 0,08 (0,03 à 0,21), soit une réduction de risque de plus de 90 %, par comparaison avec les enfants qui n'ont pas utilisé une tétine pendant le sommeil. Les auteurs signalent quelques limites à cette étude : son caractère cas-témoins, la taille de l'échantillon et une compréhension insuffisante des mécanismes sous-jacents réels de l'effet protecteur. Ces résultats rejoignent ceux d'une méta-analyse de 7 études cas-témoins sur l'utilisation de tétines qui a abouti à la recommandation aux États-Unis de l'utilisation de la tétine pour tous les épisodes de sommeil de nourrisson.

Le mécanisme protecteur serait dû à des déglutitions et des réactions d'éveil plus fréquentes, le couchage en DD, la protection des voies oro-pharyngées par la tétine et la diminution du reflux gastro-œsophagien par la succion non nutritive.

▀ LE MONITORAGE À DOMICILE

Fréquemment proposé pour les fratries d'un enfant mort subitement il y a

quelques années, il n'est plus d'actualité. En effet, malgré de nombreuses études, la preuve n'a jamais pu être faite du lien entre apnée prolongée et MSN et il n'a jamais pu être mis en évidence non plus une réduction de l'incidence de la MSN chez des enfants surveillés par monitoring.

▀ POUR LA FUTURE FRATRIE

Hormis des cas très particuliers et rares, comme ceux en rapport avec une maladie héréditaire du métabolisme, il est actuellement admis que la MSN reste un accident isolé, sans risque pour les enfants suivants d'une même fratrie. Les professionnels doivent être profondément convaincus de cette réalité, afin de contribuer à créer un climat de confiance vis-à-vis d'une nouvelle vie à venir au sein des couples pour qui la crainte de récurrence est, chez eux, bien légitime.

À l'inverse, Irgens, en 1984, montre que le risque de récurrence de MIN dans une fratrie est multiplié par 2 voire 3 par rapport à la population générale. De même, en 2000, Lenoir et coll., dans une étude généalogique de 30 familles touchées par une MIN, émettent l'hypothèse d'une possible existence d'un gène autosomal dominant mais avec une pénétrance incomplète, c'est-à-dire des variations de manifestations du gène et de son expression.

CONDUITE À TENIR LORS DU PREMIER CONTACT TÉLÉPHONIQUE, POUR LE PREMIER INTERVENANT SUR PLACE ET LORS DE L'ARRIVÉE DE L'ENFANT AUX URGENCES

▀ PRATIQUES RECOMMANDÉES EN FRANCE

Les experts ont recommandé que lors de l'appel, le régulateur demande :

- l'âge de l'enfant,
- s'il bouge ou si on peut le réveiller,
- s'il est plus pâle que d'habitude,
- d'envoyer un secours médicalisé sans délai,
- d'éventuellement, guider par téléphone une réanimation cardio-respiratoire si l'appelant est volontaire ;

Si le décès est certain

- Favoriser l'expression verbale de l'appelant,
- Montrer de la compréhension et de l'empathie face au comportement des parents (ou d'un tiers concerné) au téléphone : douleur, pleurs ou cris

importants, ou au contraire sidération avec quasi-impossibilité de formuler l'appel et donc difficultés à comprendre ce qui se passe.

► LA FICHE D'INTERVENTION

Nécessité que l'équipe de premiers secours soit entraînée, pour être à la fois réconfortante envers la famille et efficace pour conduire les premières investigations. Il est bien spécifié que ces équipes de premiers secours doivent être formées et entraînées à recueillir tous les éléments du lieu du décès (environnement, literie, membres de la famille présents). Ces intervenants (équipe de premiers secours) doivent aussi être sensibles à la douleur de la famille, mais en restant capables de recueillir toutes les informations nécessaires.

il est recommandé d'interroger toutes les personnes présentes sur les circonstances du drame : qui a découvert l'enfant ? Dans quelles circonstances ? Quels gestes ont été pratiqués ? L'enfant a-t-il été déplacé ?

La fiche d'intervention sera transmise au centre de référence. **Elle contient :**

- La présence et description des gestes effectués par l'équipe médicale à l'arrivée ;
- L'examen complet de l'enfant dénudé : lésions cutanéomuqueuses, lividité, tension des fontanelles, température, signes de déshydratation ou dénutrition...
- Le compte rendu des entretiens sur les circonstances du drame avec chacune des personnes présentes, en étant attentif à d'éventuelles discordances ou incohérences ;
- L'examen détaillé du lieu de décès avec schéma : domicile ou pas, caractéristiques du lit ou du couchage, environnement ;
- La liste de médicaments ou de toxiques susceptibles d'avoir pu contribuer au décès.

Il est recommandé de bien noter dans quelle position l'enfant a été trouvé, s'il y avait des traces de lait ou de sang sur les draps ; de préciser la literie dans laquelle dormait l'enfant et le type de lit ; de noter les vêtements portés par l'enfant ; de signaler tout élément suspect.

► « LA SCÈNE » DU DÉCÈS

Dans la littérature anglo-saxonne, « la scène du décès » est définie comme tous les lieux où l'enfant a pu se rendre dans les heures précédant le décès (nourrice, médecin traitant, hôpital, etc.) et que

les investigations doivent aussi y être faites. Il est signalé que la scène a pu être modifiée, intentionnellement ou non (en cas de panique par exemple) et qu'il faut en tenir compte.

Dans les pays anglo-saxons, la police est toujours prévenue lorsqu'un décès survient au domicile, et de fait, un de ses représentants participe à l'examen des lieux.

Mais le Royal College of Pathologists précise, dans son protocole de prise en charge de la MSN : *l'examen de la scène du décès sera fait dans un second temps, en général dans les 48 h qui suivent le décès ; il est habituellement fait conjointement par un policier formé à cette pratique et par un pédiatre expérimenté ; s'il n'y a pas de pédiatre, on peut faire appel à un médecin ayant l'expérience des enfants et apte à poser des questions adaptées à la situation (le médecin de famille ou un travailleur social ou paramédical peut aussi être présent).*

► LE CERTIFICAT DE DÉCÈS

Ce certificat est un document administratif et un outil d'évaluation en santé publique, comprenant deux parties : une partie « administrative » et une partie « médicale ». Afin que les informations soient les plus précises possibles, il est recommandé de remplir le certificat médical de décès en deux étapes.

- **Le premier formulaire** est rempli par le SAMU après la survenue du décès.

Si la cause du décès est non suspecte, le médecin doit recueillir le consentement des parents pour les prélèvements en vue de rechercher la cause du décès. Le certificat sera remis à la mairie.

Si la cause est suspecte, le certificat sera remis à l'autorité judiciaire. En effet cette question peut se poser à tout moment de la prise en charge. S'il apparaît un doute sur l'origine naturelle du décès, le médecin doit alerter les autorités judiciaires. Chaque situation doit être évaluée au cas par cas, si possible de façon multidisciplinaire, en s'appuyant sur un faisceau d'arguments comme, sur les lieux du décès, la présence de signes d'emblée évocateurs de maltraitance : ecchymoses multiples ou d'âges différents, morsures, brûlures de cigarettes, maigreur extrême...)

- **Le deuxième formulaire** (identique au premier) est un certificat médical de décès complémentaire rempli, en respectant l'anonymat, par le médecin

du Centre de référence ou de l'institut médico-légal en charge des investigations après analyse et synthèse des résultats des investigations. Ce document sera envoyé ultérieurement au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm, dans le but d'améliorer la connaissance épidémiologique de la MIN.

► LE TRANSPORT DU CORPS

Après avoir rédigé le certificat de décès, le médecin du SAMU prend contact avec le Centre de référence MIN en lien avec la régulation du 15 pour organiser le transfert de l'enfant. Il explique aux parents qu'en cas de MIN, le transfert vers ce centre est systématique, pour mener les investigations médicales afin de rechercher la cause du décès et pour leur proposer une prise en charge dans un service hospitalier spécialisé (la question de l'autopsie ne sera expliquée qu'à l'hôpital, sauf bien sûr si les parents soulèvent la question). Il donne aux parents les coordonnées du médecin et du Centre de référence où est transporté l'enfant et du médecin « premier intervenant » et précise que les frais de transport de l'enfant sont assumés par le centre de référence. S'ils le désirent, ils pourront accompagner le corps de leur enfant dans le véhicule de transfert. Si malgré les explications, les parents refusent le transport, le médecin juge au cas par cas, en fonction des premières constatations, de la nécessité de cocher la case « obstacle médico-légal », après les avoir informés que cela entraîne une prise en charge judiciaire et le centre MIN en est informé.

► LE BILAN ÉTIOLOGIQUE ET DIAGNOSTIC

Ce n'est qu'à l'issue d'une démarche exploratrice complète et rigoureuse que les professionnels sauront lequel des qualificatifs il convient d'apposer à la mort de cet enfant. Les examens complémentaires sont tous possibles et tous sont importants. Les investigations, dont les frais sont à la charge du Centre de référence, commencent dès l'arrivée du corps et après accord écrit des parents. Ils se composent d'un examen clinique complet, d'une autopsie avec examens biologiques menés avec les mêmes précautions d'asepsie que chez un enfant vivant et d'examens radiologiques. La situation est réévaluée avec ces nouveaux éléments, et s'il y a un doute sur l'origine naturelle du décès, le procureur est alerté.

► L'EXAMEN MACROSCOPIQUE

L'examen clinique est complet: aspect morphologique, cutanéomuqueux, état trophique, prise de la température rectale, état d'hydratation, existence de sueurs, d'une pâleur, d'une cyanose, de lividités, d'une odeur particulière, d'une rigidité cadavérique, de rejet nasal ou buccal, palpation des segments de membres, de l'abdomen, examen de la cavité buccale, mesure du poids, de la taille, du périmètre crânien.

► L'AUTOPSIE

Les parents, autrefois peu enclins à accepter l'autopsie, souvent considérée par eux comme un surcroît inutile de souffrance, affirment maintenant l'apport irremplaçable de « la vérification anatomopathologique ». Il est à noter qu'aucune législation ni aucune religion ne s'opposent à cet examen. L'autopsie médicale est donc proposée systématiquement aux parents.

Après avoir expliqué l'intérêt et les modalités, répondu clairement à leurs questions, proposé si besoin un délai de réflexion, ou adapté les modalités en fonction de contraintes culturelles ou religieuses propres à la famille, l'autopsie peut être envisagée après signature des parents du formulaire de consentement. En cas de refus, le pédiatre effectue une synthèse des données disponibles cliniques et paracliniques, dont une imagerie cérébrale indispensable dans ce cas et si besoin signale le refus à la justice.

L'autopsie, examen primordial dans le bilan pour déterminer la cause du décès, est réalisée si possible dans les 48 premières heures par un anatomopathologiste compétent en pédiatrie selon un protocole préétabli.

L'étude macroscopique est complète: thorax, abdomen, bloc ORL mais aussi encéphale, cervelet, tronc cérébral, adénopathies cervicales. Chaque organe est examiné, pesé, mesuré à la recherche d'une lésion, d'une malformation, puis il fait l'objet de plusieurs coupes, selon des repères anatomiques précis, pour l'étude histologique. Au cours de l'autopsie, plusieurs prélèvements sur divers organes sont effectués à visées bactériologique, virologique, toxicologique, métabolique et génétique. Certains prélèvements, comme le sang, le sérum, le liquide céphalo-rachidien et les urines sont congelés et conservés.

Concernant les explorations biologiques, les auteurs recommandent

de faire des prélèvements (soit lors de l'admission aux urgences, soit au début du temps de l'autopsie):

- **Bactériologiques:** sur sang, urines, liquide céphalo-rachidien (LCR), sécrétions nasopharyngées ou trachéales, et éventuellement utilisation de techniques d'amplification pour identification de micro-organismes;
- **Virologiques:** sur sécrétions nasales ou aspirations naso-pharyngées, LCR, poumon voire selles si contexte de gastro-entérite;
- **Biochimiques:** sur humeur aqueuse de l'œil (très stable même après le décès), sur sérum ou papier de Guthrie pour rechercher une maladie héréditaire du métabolisme et notamment anomalie de l'oxydation des acides gras; de tissus à congeler: foie, rein, muscle strié et myocarde, thymus, etc.; de peau: pour cultures de fibroblastes.

► LES PRÉLÈVEMENTS TOXICOLOGIQUES

Les deux protocoles internationaux précisant les investigations biologiques. Krous conseille de prélever systématiquement: sang, urines, foie, liquide gastrique.

Et en cas de contexte douteux (c'est-à-dire pouvant faire évoquer un décès par maltraitance): bile, humeur aqueuse, tissu rénal.

La conservation: Le sang au frais à 4°. Tous les autres tissus ou liquides peuvent être congelés.

Quels toxiques rechercher ?

- **Les plus fréquemment dosés:** cocaïne; morphine; amphétamines; et leurs métabolites.
- **Mesure de l'alcoolémie:** à envisager au moindre doute. On peut demander un « screening » de recherches de toxiques, drogues ou médicaments. Certains laboratoires effectuent en routine dans ces contextes de MSN des dosages de médicaments dépresseurs du système nerveux central tels que barbituriques, tricycliques, benzodiazépines, etc. D'autres dosages peuvent être envisagés selon l'anamnèse et le contexte clinique.

► LES EXAMENS RADIOLOGIQUES ET IMAGERIE

Le bilan diagnostique est complété par des clichés de face et profil du crâne et du rachis ainsi que des radios de face du thorax, des quatre membres et du bassin effectués et interprétés par un radiologue pédiatre. En fonction des

moyens disponibles, une TDM ou IRM du corps entier est envisagé.

► LES CENTRES DE RÉFÉRENCE

Missions des Centres de référence

Une circulaire ministérielle du 14 mars 1986, reconnaissant pour la première fois la MSN comme un problème de santé publique, a désigné dans les Centres Hospitaliers Universitaires et Régionaux, des centres de référence.

Ces centres sont a priori les structures les plus appropriées, après avoir adapté leur organisation aux recommandations de la HAS.

Ils doivent disposer du personnel compétent pour assurer tous les aspects de cette prise en charge et sont maintenant appelés « Centre de référence pour la mort inattendue du nourrisson ».

Ceux-ci sont chargés de sept grandes missions:

- 1 Jouer un rôle d'animation en matière de soins, de recherche et d'enseignement.
- 2 Apporter un appui technique aux équipes et professionnels de la santé confrontés à ce problème.
- 3 Diffuser auprès des équipes hospitalières et du corps médical toutes les informations nécessaires.
- 4 Mettre en place une surveillance sous monitoring à domicile lorsqu'elle s'avère nécessaire et prendre en charge les nourrissons faisant l'objet d'une prescription de surveillance par monitoring à domicile.
- 5 Organiser le transport du corps de l'enfant décédé vers un établissement d'hospitalisation où seront pratiqués des examens médicaux complémentaires et une autopsie.
- 6 Apporter une aide psychologique à la famille de la victime.
- 7 Informer les professionnels de santé.

RÉFÉRENCES

- campus.cerimes.fr/maieutique/UE-puericulture/MIN_bis/site/html/bibliographie.html
- Recommandations de l'HAS pour la prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson et recommandation du dépistage systématique à la naissance du déficit en MCAD (communiqué de presse du 11 juillet 2011) <http://www.has-sante.fr>
- <http://www.naitre-et-vivre.org/index.php>

28^e édition du Grand Prix evian des Sages-Femmes

À l'occasion de la 28^e édition du Grand Prix evian des Sages-Femmes, six jeunes diplômées lauréates ont présenté leur mémoire devant un jury composé d'experts pluridisciplinaires de la périnatalité, présidé par Isabelle Derrendinger, Directrice de l'École de Sages-Femmes de Nantes. Nous vous présentons les résumés des mémoires primés.



En haut, les membres du jury, de gauche à droite: Martine Chauvière, Marie-Sophie Chavet, Isabelle Vaast, Isabelle Derrendinger, Anne Chantry.

En bas, les lauréates, de gauche à droite: Caroline Dupuy, Marion Volle, Amandine Macias, Blandine Fauroux, Elora Aubert, Barbara Duret-Aubert.

LES LAURÉATES 2019

Barbara Duret-Aubert
(1^{er} Prix scientifique)
Elora Aubert
(1^{er} Prix Spécial du Jury)
Caroline Dupuy
Blandine Fauroux
Amandine Macias
Marion Volle

LES MEMBRES DU JURY PLURIDISCIPLINAIRE

Isabelle Derrendinger, Présidente du Jury, Sage-Femme Directrice de l'École de Nantes,
Anne Chantry, Sage-femme enseignante de l'école de Baudelocque et chercheuse en santé publique et épidémiologiste, unité de recherche mixte Inserm/université Paris Descartes 1153,

Marie-Sophie Chavet, Pédiatre Praticien Hospitalier en Néonatalogie et en Maternité à l'Hôpital Trousseau à Paris,

Martine Chauvière, Sage-Femme Coordinatrice au Centre Hospitalier René Plevin de Dinan,

Isabelle Vaast, Sage-Femme Enseignante à l'École de Sages-Femmes de Lille.

1^{er} PRIX SCIENTIFIQUE

Barbara DURET-ROBERT, Faculté de Médecine de Paris, École de sages-femmes de Baudelocque, Université Paris Descartes



COMMENT LES RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE (RPC) SUR L'ADMINISTRATION D'OXYTOCINE AU COURS DU TRAVAIL SPONTANÉ S'INSCRIVENT-ELLES DANS LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES ET DES COORDINATRICES SAGES-FEMMES DE LA RÉGION X ?

> INTRODUCTION

En 2016, le Collège National des Sages-femmes de France (CNSF) a publié des RPC qui redéfinissaient en profondeur les pratiques obstétricales lors du travail.

> OBJECTIFS

L'objectif général de ce mémoire était d'évaluer, deux ans après leur publication, l'intégration de ces RPC dans la

pratique des sages-femmes et coordinatrices sages-femmes de la région X.

Les objectifs spécifiques étaient: 1) de déterminer les moyens de communication utilisés par les sages-femmes et coordinatrices, d'évaluer 2) leurs connaissances des RPC, 3) leur adhésion à ces RPC, 4) l'application qu'elles en font, et enfin 5) d'identifier les éléments facilitant ou freinant leur application.

> MATÉRIEL ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale multicentrique auprès des sages-femmes et coordinatrices des 81 maternités de la région X, entre juin et novembre 2018. Les participant.e.s étaient invité.e.s par mail à répondre à un questionnaire anonyme en ligne.

> RÉSULTATS

Nous avons recueilli 536 réponses, comprenant 29 coordinatrices sages-femmes et 507 sages-femmes, travaillant dans 58 maternités.

Seulement 6,7 % des sages-femmes et 6,9 % des coordinatrices interrogées n'avaient pas pris connaissance des RPC. Le moyen de communication le plus utilisé pour accéder aux conclusions des RPC était les collègues, les réunions pluridisciplinaires et les changements de protocoles de service (77,4 % des sages-femmes et 81,5 % des coordinatrices). Notre population d'étude avait une connaissance globale des RPC correcte ($\geq 13/20$) (74,7% des sages-femmes). Les sages-femmes qui les connaissaient le plus étaient plus jeunes ($p < 0,001$), avaient moins d'ancienneté dans leur maternité ($p < 0,001$) et déclaraient avoir davantage lu les textes en détail ($p < 0,001$).

L'adhésion globale de notre population aux RPC était considérée comme bonne (médiane d'adhésion à 8/10). Celles qui y adhéraient significativement plus déclaraient avoir davantage lu les textes en détail ($p < 0,001$) et avaient une meilleure connaissance globale des RPC ($p = 0,001$). Au total, 46,2 % des sages-femmes interrogées déclaraient appliquer les RPC pour plus de 7 femmes sur 10 éligibles. Celles qui appliquaient significativement plus les RPC déclaraient avoir davantage lu les textes en détail ($p = 0,001$),

avaient une meilleure connaissance globale ($p = 0,001$) et une meilleure adhésion globale ($\geq 8/10$) ($p < 0,001$).

Les freins associés à une moins bonne application des RPC étaient: d'abord, le manque de temps associé à la charge de travail ($p = 0,002$), puis la politique du service ($p < 0,001$), le texte des RPC ($p < 0,001$) et l'opinion des femmes ($p < 0,001$). L'élément identifié comme ayant l'impact positif le plus important sur l'application des RPC était la mise à jour du protocole de service ($p = 0,013$).

> CONCLUSION

Notre étude constate un bon niveau de connaissances des RPC de notre population, mais décrit cependant l'existence de freins à leur application.

L'impact de ces freins pourrait être limité par la diffusion concomitante à la publication des RPC de protocoles types, d'affiches, ou encore par l'implication des réseaux de santé périnatale dans la formation de leaders dans les équipes cliniques. •



1^{er} PRIX SPÉCIAL DU JURY

Elora AUBERT, École de sages-femmes - CHU de Nice



VACCINATIONS CONTRE LA COQUELUCHE ET CONTRE LA GRIPPE EN PÉRINATALITÉ: ÉVALUATION DES STRATÉGIES ET DES COUVERTURES VACCINALES, DE L'INFORMATION DONNÉE AUX FEMMES, DE L'INTENTION ET DES FREINS À CES VACCINATIONS

ÉTUDE DE COHORTE OBSERVATIONNELLE MULTICENTRIQUE

> INTRODUCTION

La coqueluche et la grippe sont à risque pour la mère et le nouveau-né. Les campagnes de vaccination ont un faible impact puisque les couvertures vaccinales (CV) n'atteignent pas les objectifs fixés par les autorités de santé. Cependant, les stratégies vaccinales auprès des mères diffèrent: la stratégie cocooning s'applique en période pré-conceptionnelle et post-partum, la vaccination antigrippale est possible à tout terme de grossesse.

La France est un des pays les plus sceptiques en matière de vaccination.

> OBJECTIFS

- Déterminer la CV des femmes pour la coqueluche et la grippe.
- Évaluer l'information reçue et les freins à ces vaccinations.

> MATÉRIEL ET MÉTHODE

Enquête de cohorte observationnelle multicentrique, réalisée du 22 octobre 2018 au 31 janvier 2019, pendant la campagne de vaccination antigrippale, auprès d'accouchées de 6 des 8 maternités de *, incluses la veille de leur sortie. Le questionnaire les interrogeait sur les stratégies vaccinales dont elles ont bénéficié (information, prescription/vaccination

en suites de couches), l'incitation vaccinale à l'entourage et les principaux freins.

Les analyses statistiques ont utilisé les tests de Chi²/Fisher pour les variables qualitatives et test *t* de Student/Wilcoxon pour les variables quantitatives (BiostatGV®), calculées au risque d'erreur de 5 %.

> RÉSULTATS

- 146 patientes ont été incluses (7 % des accouchées de la période).
- L'âge moyen était de 31,8 ans (\pm 5,7), 43,2% étaient primipares, 73,3 % allaitaient.
- 27,4 % des femmes étaient à jour de la vaccination anti-coqueluche, 11 % étaient vaccinées contre la grippe pendant la grossesse.

La connaissance des maladies et de leur vaccination est influencée par le niveau d'information reçu et le statut vac-

cinale des femmes ($p < 0.01$). 10,3% déclarent avoir reçu une information sur les deux vaccins, 53,4 % aucune.

La vaccination anti-coqueluche a été prescrite en suites de couches à 63,3 % des mères uniquement et à 23,3 % des deux parents. Aucune prescription pour la grippe.

1,4 % a été vacciné contre la coqueluche en suites de couches, aucune femme contre la grippe. 47,2 % auraient accepté le vaccin anti-coqueluche et 19,2 % celui contre la grippe si cela avait été proposé. 44,4 % auraient refusé les deux vaccins en même temps.

La CV anti-coquelucheuse des pères est de 14,4 %, celle antigrippale de 4,8 %. Les mères inciteraient plus l'entourage à la vaccination anticoquelucheuse qu'antigrippale (65,1 % vs 26,9, $p < 0.001$).

Les principaux freins à la vaccination dépendent de la nature du vaccin. Pour la coqueluche, il s'agit du manque d'information (79,6 %), de temps (6,1 %) et de l'asthénie post-accouchement (6,1 %). Pour la grippe, il s'agit de la toxicité sur le fœtus (57,9 %), l'inefficacité du vaccin (43,7 %) et de la perception bénigne de la maladie (31 %).

> CONCLUSION

Ces résultats corroborent la littérature. Les stratégies vaccinales sont insuffisamment et différemment appliquées par les professionnels de santé et la perception de la vaccination par les mères dépend de la maladie. C'est la première étude qui met en évidence un questionnement en période hivernale avec la juxtaposition de deux stratégies vaccinales qui pourrait avoir une influence négative sur ces deux CV.

Une meilleure sensibilisation des familles face aux idées fausses et une planification des vaccinations améliorerait les CV. L'entretien motivationnel pourrait être une aide. •



Caroline DUPUY, Faculté de Médecine et de Maïeutique - Lyon Sud



VAINCRE LA BARRIÈRE LINGUISTIQUE AUX URGENCES

REVUE SYSTÉMATIQUE DE LA LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

> INTRODUCTION

Un grand nombre de patientes non francophones est amené à fréquenter les urgences obstétricales. Malgré les nombreuses recommandations européennes et françaises, nous avons constaté que, dans ce service, le recours à des interprètes ou outils de traduction était rare. À notre connaissance, aucun article scientifique ne traitait de ce sujet dans le contexte français et aucun outil d'interprétation à destination des urgences obstétricales n'existait encore.

> OBJECTIF

Identifier, par une revue systématique de la littérature, les outils existant pour vaincre la barrière linguistique aux urgences générales, obstétricales et pédiatriques.

> MATÉRIEL ET MÉTHODES

Revue systématique de la littérature scientifique à partir de

la base de données MEDLINE interrogée jusqu'en septembre 2018. L'algorithme de recherche incluait les mots-clés suivants : « traduction », « langue », « obstacles à la communication », « service des urgences », « hôpital », « urgence » et « humains ». Les articles éligibles ont été analysés à l'aide d'une grille de lecture et seuls les articles contenant des études interventionnelles comparatives ont été inclus.

> RÉSULTATS

Les 13 études incluses ont comparé des méthodes d'interprétation utilisables aux urgences générales et pédiatriques, mais aucune étude traitant des urgences obstétricales n'a été trouvée. Les résultats de ces études n'ont pas permis de distinguer un outil idéal parmi les interprètes professionnels (en personne, par téléphone, ou par réseau vidéo), les interprètes ad hoc, l'interprétation simultanée à distance, le recours à des vidéos ou livrets

illustrés éducatifs, et la dispensation de cours de langue aux soignants.

> DISCUSSION

Il s'est dégagé de nos résultats que les outils de traduction semblant les plus adaptés au contexte d'urgence avaient en commun le recours à des symboles, icônes et pictogrammes. C'est pourquoi nous avons décidé de créer notre propre application. L'outil créé, nommé « CUOB » pour « Classement des Urgences Obstétricales », utilise des images simples pour classer le niveau d'urgence des situations afin de faciliter la prise en charge des patientes non francophones lors des consultations d'urgences obstétricales. Cette application devra être évaluée. •



Blandine FAUROUX, Faculté de Médecine et de Maïeutique, filière maïeutique, Université Catholique de Lille



JEUNES PARENTS ET FUTURS PARENTS : CONNAISSANCES, QUESTIONNEMENTS ET REPRÉSENTATIONS DES ÉTUDIANTS EN MATIÈRE DE SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ET SANTÉ REPRODUCTIVE

> INTRODUCTION

L'augmentation du recours à l'assistance médicale à la procréation et la détérioration des caractéristiques spermatoïques ont amené une réflexion autour des conséquences de la dégradation environnementale sur la fertilité humaine et par extension sur la reproduction. En tant que futurs parents, la génération étudiante est particulièrement concernée. Notre étude visait à donner la parole à cette génération jusqu'ici peu sollicitée. Il s'agissait d'appréhender leurs représentations, connaissances et questionnements sur le lien entre santé environnementale et santé reproductive.

> MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agissait d'une étude quantitative, descriptive, transversale et non interventionnelle sur une période de deux mois. Les étudiants inscrits pour l'année universitaire 2018-2019 étaient interrogés par questionnaire informatisé, sans critère de non-inclusion, lors du contrôle médical préventif obligatoire.

> RÉSULTATS

1 170 étudiants de 15 établissements universitaires ont été interrogés. Pour 66 % d'entre eux l'environnement a une influence sur la santé reproductive et 43 % affirment modifier leur mode de vie en conséquence. Un cinquième considère leurs connaissances comme « faibles » dans les domaines de la santé environnementale et reproductive, et 52 % souhaitent davantage d'informations. Cependant plus d'un tiers des étudiants pointent du doigt l'accessibilité « insuffisante » des connaissances.

> DISCUSSION

La puissance de cette étude reposait sur l'importance de l'effectif. S'adressant à une population en études supérieures, elle ne reflète pas toute cette génération de l'avenir.

Concernés, curieux et préoccupés, les étudiants, demandeurs d'informations sur la santé environnementale et reproductive, désirent en faire une priorité de santé publique.

L'application du « Health Belief Model » a souligné l'importance pour les professionnels de santé de prendre en compte différentes variables et facteurs modifiants (âge, sexe, projection parentale, domaine d'étude...) dans les stratégies de sensibilisation. L'enjeu actuel en santé publique réside dans la sensibilisation et l'information dès le plus jeune âge afin d'ajouter la prévention primaire aux préventions secondaire et tertiaire centrées autour de la périnatalité.

> PROPOSITIONS

La sage-femme en France a vu ses missions s'élargir ces dernières décennies. Par sa présence au cœur de la santé des femmes, de la puberté à la ménopause, ainsi qu'auprès des jeunes et futurs parents (pré, per et post-partum), elle devient un interlocuteur de choix en éducation à la santé environnementale. La formation en santé environnementale devient impérative dans le cursus universitaire, et pourrait également s'ajouter aux thématiques abordées par les étudiants au cours du service sanitaire.

> CONCLUSION

Dans un contexte d'incertitudes scientifiques encore actuelles, la formation professionnelle continue en santé environnementale demeure nécessaire. L'enjeu pour les professionnels est ensuite de comprendre les comportements des individus afin d'adapter l'information et de sensibiliser la population dès le plus jeune âge. Dans cette perspective, les sages-femmes, au vu de leur position influente en matière d'éducation à la santé ont un rôle majeur à jouer. •

Amandine MACIAS, Faculté de Médecine de Paris,
École de sages-femmes de Baudelocque, Université Paris Descartes



PERCEPTION DU DÉBAT SUR LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES PAR LES PROFESSIONNELS, SAGES-FEMMES ET GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS

> INTRODUCTION

L'année 2017 a été marquée par la diffusion de l'expression « violences obstétricales » qui s'inscrit dans un contexte de dénonciations de pratiques relayées par les médias depuis 2014 en matière de gynécologie et d'obstétrique. Le pic médiatique de l'été 2017 fait suite à la commande d'un rapport sur les violences obstétricales par la Secrétaire d'État chargée de l'Égalité entre les femmes et les hommes et se cristallise autour de l'épisiotomie. En réaction, les hautes instances professionnelles se sont engagées dans le débat, diffusant par lettres ouvertes et communiqués de presse des positions officielles fortement polarisées par profession.

> PROBLÉMATIQUE ET OBJECTIFS

Près de deux ans après cette médiatisation des violences obstétricales, notre étude cherche, au-delà des positions officielles, à faire émerger le point de vue des professionnels, en interrogeant directement les acteurs de première ligne lors de l'accouchement, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Nous avons également souhaité évaluer auprès d'eux l'impact du débat sur leurs pratiques, entre remise en cause éventuelle et évolution des pratiques de soins. Enfin, nous avons tâché d'identifier, au-delà du clivage apparent entre les deux professions, les facteurs induisant des divergences de perception.

> MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons conduit une étude qualitative basée sur seize entretiens semi-directifs anonymes auprès d'une population de sages-femmes (n = 9) et de gynécologues-obstétriciens (n = 7) issus de quatre maternités différentes (type I, II et III) entre septembre et décembre 2018. Après avoir retranscrit les entretiens, nous avons procédé à une analyse thématique, une analyse transversale ainsi qu'à une analyse sémantique.

> RÉSULTATS

Les professionnels interrogés reconnaissaient le phénomène des violences obstétricales et proposaient des éléments de définition proches de celles des milieux associatifs et militants. Même si la terminologie était perçue comme inadaptée pour la majorité d'entre elles et eux, cela ne constituait pas un frein à la remise en question et a pu entraîner pour certains une modification des pratiques, toutes professions confondues.

Un consensus s'est dégagé sur la délivrance de l'information au cours de la prise en charge et sur le fait qu'il existait peu de circonstances atténuantes à la survenue de violences obstétricales hormis dans le contexte de l'urgence. Au contraire, le recueil du consentement, illustré systématiquement par le thème de l'épisiotomie pour chacun des participants, ne faisait pas l'objet d'un consensus. Pour certains professionnels, il semblerait que cet acte associé à une situation à risque dispenserait du recueil du consentement au moment du geste et pourrait être compensé par des explications a posteriori.

> DISCUSSION

Le débat sur les violences obstétricales, initié sur la base de témoignages de patientes, semble être une opportunité de repenser la relation de soin et de pouvoir ainsi répondre aux nouvelles aspirations des femmes exprimées en substance par ce débat. Afin de poursuivre la réflexion, il nous paraît indispensable de conceptualiser le sujet d'un point de vue scientifique et de disposer d'une base de données épidémiologique pour répondre à un phénomène qui pourrait constituer un enjeu de santé publique. •



Marion VOLLE, École de Sages-femmes de Bourg-en-Bresse (01)



LE CIRCULAIRE DU CORDON PENDANT LE TRAVAIL ET ARCF COHORTE DE 436 PATIENTES EN 2018

> INTRODUCTION

De nombreux auteurs se sont intéressés à l'impact du circulaire sur le RCF mais les résultats des études sont très controversés. Il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus quant à la gestion clinique de celui-ci.

L'objectif principal était de déterminer si le circulaire était associé à une augmentation d'ARCF pendant le travail. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer si ce dernier augmentait le taux de LAM, d'extractions instrumentales et de césariennes.

> MÉTHODE

Étude cas-témoin rétrospective, monocentrique. Les critères d'inclusions étaient les singletons en présentation céphalique dont la naissance a eu lieu entre 37 SA et 41 SA + 6 j du 1^{er} janvier au 30 juin 2018. Nous avons inclus 436 dossiers au total (218 cas et 218 témoins). Le critère de jugement principal était le RCF. Les critères de jugement secondaires étaient la durée des efforts expulsifs, la couleur du LA et le mode d'accouchement. Les RCF ont été classés en trois catégories (normal, intermédiaire et pathologique).

> RÉSULTATS

Nous avons mis en évidence deux résultats significatifs. En effet, les RCF intermédiaires étaient significativement plus élevés dans le groupe des circulaires ($p = 0,003$) ce qui n'était pas le cas des RCF pathologiques ($p = 0,937$). Le LAT ou LAM était également significativement augmenté dans ce groupe ($p = 0,033$). Il n'y avait pas de différences significatives en ce qui concerne la durée des efforts expulsifs ($p = 0,217$) ni le mode d'accouchement, extractions instrumentales ($p = 0,771$) et césariennes ($p = 0,397$).

> DISCUSSION

L'augmentation des RCF intermédiaires peut en partie être la conséquence des compressions cordonales mais également de la durée du travail qui est probablement augmentée dans le groupe des cas. Le taux de couleur teintée ou méconiale du LA est significatif, cependant la valeur pronostic du LAM est faible lorsqu'il est interprété en dehors des ARCF. En ce qui concerne le dépistage échographique du circulaire pendant la grossesse, la majorité des auteurs s'accorde sur le fait que cela a peu d'intérêt car son diagnostic ne modifiera pas la gestion clinique. Son dépistage pourrait cependant être intéressant chez les grossesses à risque.

> CONCLUSION

Il y a plus d'ARCF dans le groupe des cas mais seuls les RCF intermédiaires sont significativement augmentés. Le taux de LA teinté ou méconial est également plus élevé mais ce résultat est difficilement interprétable. Les résultats dont nous disposons sont donc insuffisants pour conclure que le circulaire soit une cause de détresse fœtale pendant le travail. Le dépistage de ce dernier en pré-partum est probablement inutile, du moins pour les grossesses à bas risque. Des études de plus grande ampleur, notamment ciblées sur les grossesses à risque, sont maintenant nécessaires. •



Casser les tabous en osant parler des soins pour la toilette intime !

PAR BENOÎT LE GOEDÉC, SAGE-FEMME

Une étude menée par Edelman Intelligence et présentée par Mylan et sa gamme SAUQELLA (enquête quantitative entre le 14 février et le 21 février 2019, sur 1 003 femmes âgées de 18 à 60 ans représentatives de la population Française, interrogées au moyen d'une enquête en ligne), montre que 84 % d'entre elles classent la toilette intime comme la routine la plus importante, juste après la douche (pour 94 % des personnes interrogées), le brossage des dents (pour 93 %) et les soins capillaires (85 %).

L'HYGIÈNE INTIME

Cette étude a été réalisée auprès de 1003 femmes en France, âgées de 18 à 60 ans, et objective le fait que l'hygiène intime serait alors pleinement inscrite dans leur vie quotidienne.

Pourtant, les résultats de cette étude révèlent une situation bien plus complexe que cela...

En effet l'étude indique que :

- pour un quart des femmes, nettoyer leurs parties intimes ne se résume pas à un geste hygiénique mais également au fait de prendre soin de soi et à un impact sur leur bien-être;
- pour 55 % d'entre elles, ce geste quotidien les aide à être en bonne santé;
- pour 36 % à avoir confiance en elles;
- pour 31 % à avoir une vie sexuelle satisfaisante;
- pour 29 % à se sentir attirante.

Mais il existe aussi quelques autres raisons énoncées par les femmes :

- 84 % pour leur partenaire sexuel;
- 58 % pour soulager des inconforts cliniques;
- 46 % parce que mes proches m'ont appris à le faire;
- 38 % suite à une recommandation de professionnel de santé.

Il apparaît aussi que le terme même d'« hygiène intime » pourrait donner l'impression que le sexe féminin serait sale et qu'en parler est tabou. « Non seulement il n'en est rien, mais être en harmonie avec son anatomie féminine est le témoin d'un bien-être et d'une bonne estime de soi », met en garde le Dr Odile Bagot, gynécologue et auteure de « *Vagin et Cie, on vous dit tout* » et du blog *Mam Gynéco*.

PARLER DE SON ANATOMIE INTIME EST ENCORE UN TABOU

Si 71 % des femmes se sentent à l'aise pour parler de leurs parties intimes, il n'en reste pas moins qu'1 femme sur 2 (53 %) y voit toujours un sujet tabou dans la société.

D'autant plus fort chez les jeunes filles (18-24 ans) qui sont 36 % à utiliser le mot « tabou » pour décrire leurs parties génitales contre seulement 14 % des plus de 50 ans.

De plus, 2 répondantes à l'étude sur 10 n'ont jamais évoqué le sujet des soins pour la toilette intime avec qui que soit, proches ou professionnels de santé.

OSER EN PARLER, UN ENJEU DE TRANSMISSION

Les femmes trouvent leurs informations pour 57 % auprès des professionnels de santé (gynécologue, médecin généraliste, pharmacien.ne), 50 % auprès des la famille/amis/collègues et 27 % par les médias.

Il y a donc un réel enjeu de transmission, des professionnels de santé aux patientes mais aussi de la mère à l'enfant.

Les femmes sont prêtes à transmettre les bonnes habitudes relatives aux soins pour la toilette intime : une vaste majorité d'entre elles (96 %) affirment qu'il est important de sensibiliser les enfants, les filles comme les garçons, aux soins pour la toilette intime, car il s'agit d'une activité que les enfants effectuent de manière indépendante.

« *L'achat du premier soin pour la toilette intime féminine adapté peut marquer le début d'une routine qu'une femme gardera toute sa vie. C'est une façon d'initier les bons gestes et d'entamer la discussion sur un sujet qui peut être délicat à aborder* », selon le Dr Odile Bagot.

DES MODIFICATIONS DE LEUR PRATIQUE EN FONCTION DES MOMENTS CLÉ DE LEUR VIE

- 51 % lorsqu'elles ont une vie sentimentale et sexuelle active;
- 46 % pendant la période des règles;
- 36 % pendant la maternité;
- 30 % pendant la pré-puberté ou la puberté;
- 28 % pendant la période postnatale;
- 22 % pendant la grossesse;
- 20 % pendant la ménopause;
- 42 % pendant la période estivale (plage, piscine);

LE CHOIX DE LEUR PRODUIT DE TOILETTE INTIME

LE CHOIX, L'USAGE ET LA COMPOSITION SONT DES ÉLÉMENTS CLÉS

- 37 % utilisent du savon en pain
- 46 % uniquement de l'eau
- 65 % du gel douche pour le corps
- 37 % des lingettes intimes
- 41 % du gel hydratant intime
- 53 % du nettoyant liquide intime
- 35 % spécifique à la zone intime
- 26 % aucun ingrédient nocif
- 25 % indiqué pour un usage quotidien
- 23 % prix du produit
- 23 % habitude d'achat du produit

- 30 % après les activités sportives;
- 25 % lors des voyages;
- 25 % lorsqu'elles ne sont pas à domicile (école, bureau).

LES AUTRES POINTS DE L'ÉTUDE

Ils abordent la vie des femmes et leur perception dans et par la société.

Violence et discrimination

- 91 % des répondantes pensent que les femmes sont davantage exposées à la violence;
- 89 % pensent que les femmes peuvent être discriminées à certains moments de leur vie de femme;
- 94 % affirment que les femmes sont confrontées au double fardeau du travail et des tâches ménagères à la maison;
- 93 % pensent que les femmes continuent d'être moins payées que les hommes;
- 88 % remarquent que les femmes ont moins de temps pour elles que les hommes;
- 80 % indiquent que les mères au foyer sont plus souvent méprisées que les mères qui travaillent.

Être une femme reste un défi de nos jours

- Elles font face à une double journée (travail puis gestion du foyer);
- Elles ont moins de temps de libre pour elles que les hommes;
- Il est plus difficile d'être une femme qu'un homme;
- La société est plus encline à critiquer l'apparence des femmes.

Elles favorisent leur travail ou la famille avant leur bien-être

- 68 % se préoccupent de l'équilibre entre la famille et la vie professionnelle;
- 54 % de la gestion du stress professionnel;
- 52 % des problèmes de la vie familiale;

et de là,

- 37 % ne se sentent pas en confiance;
- 26 % ne se sentent pas en bonne santé;
- 24 % s'inquiètent de ne pas se sentir séduisante. •

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^{re} 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,
- 1 500 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 1 500 médicaments,
- Plus de 400 services ou produits,
- Les médicaments dont la prescription est autorisée par les sages-femmes,
- Les médicaments prescrits par le médecin et suivis par la sage-femme.

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

01 42 86 55 79

Standard: 01 42 86 55 65

Pourquoi un Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme ?

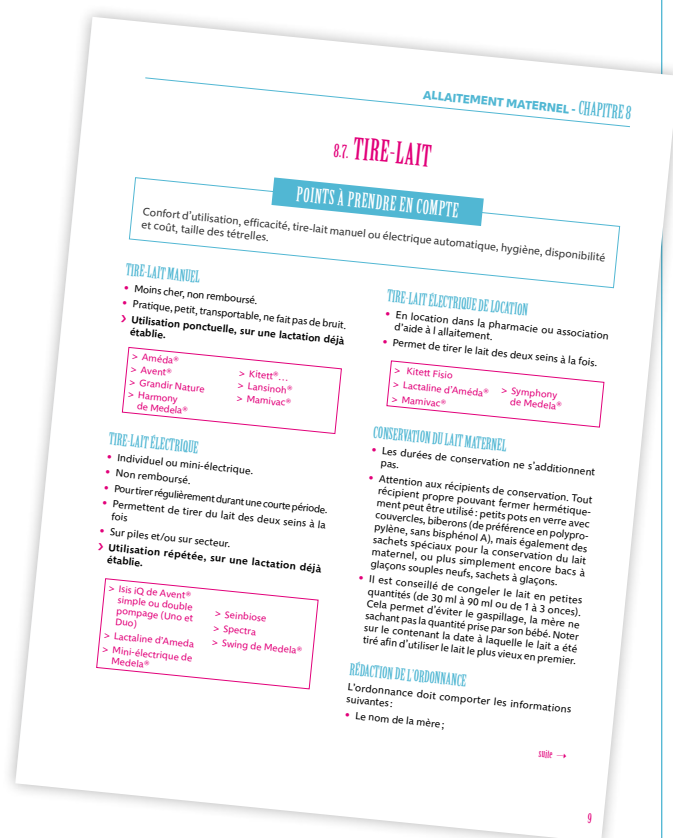
- La sage-femme est au cœur de la périnatalité et de la gynécologie de prévention.
- Sa pratique est au carrefour de la médecine et de l'humanisme.
- Son engagement est entier pour la santé et les droits des femmes.
- Son statut médical lui donne la possibilité et le droit de suivre la grossesse, pratiquer 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

- 1.1. Tests sanguins
- 1.2. Tests urinaires

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 - Addictions
- 2.9. Troubles du sommeil
- 2.10. Vaccinations

CHAPITRE 3

PETITS MAUX DE LA GROSSESSE

- 3.1. Constipation
- 3.2. Crampes - Douleur
- 3.3. Lombalgies - Articulations
- 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. Chlamydia
- 4.7. Trichomonas
- 4.8. Candidoses
- 4.9. Infections urinaires
- 4.10. Rubéole et Grossesse
- 4.11. Streptocoque bêta hémolytique
- 4.12. Syphilis
- 4.13. Toxoplasmose
- 4.14. VIH
- 4.15. Protection des personnels
- 4.16. Désinfection des matériels et locaux

CHAPITRE 5

PATHOLOGIES OBSTÉTRICALES

- 5.1. Anémies ferriprive
- 5.2. Autres anémies
- 5.3. Cholestase gravidique
- 5.4. Diabète gestationnel
- 5.5. Fièvre et grossesse
- 5.6. Hydramnios
- 5.7. Hypertension gravidique
- 5.8. Iso immunisation rhésus

- 5.9. Menace d'accouchement prématuré
- 5.10. Métrorragies
- 5.11. Oligoamnios
- 5.12. Placenta bas inséré
- 5.13. Prééclampsie
- 5.14. Prévention de l'allo-immunisation RCIU
- 5.15. Rupture prématurée des membranes
- 5.16. Thrombopénie
- 5.17. Thyroïde
- 5.18. Post-Partum
- 5.19. Endométrite

CHAPITRE 6

PATHOLOGIES ET GROSSESSE

- 6.1. Diabète type 1
- 6.2. Épilepsie
- 6.3. Hémoglobinopathies
- 6.4. Dépistage anomalies chromosomiques
- 6.5. Phlébite

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
- 8.8. Aide à l'allaitement

CHAPITRE 9

ALLAITEMENT BIBERON

- 9.1. Biberon
- 9.2. Produits lactés pour nourrisson
- 9.3. Produits non-lactés

CHAPITRE 10

PÉDIATRIE

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

CHAPITRE 11

GYNÉCOLOGIE

- 11.1. Pilule contraceptive
- 11.2. Implant
- 11.3. DIU
- 11.4. Contraception locale
- 11.5. Endométriose
- 11.6. Incontinence
- 11.7. Ménopause
- 11.8. Prolapsus
- 11.9. Sénologie

- 11.10. Sécheresse vaginale
- 11.11. Fertilité
- 11.12. Ostéoporose
- 11.13. Règles
- 11.14. Vulve - Vagin
- 11.15. Fausses couches spontanées
- 11.16. IVG

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. Cardiotocographe
- 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
- 15.4. Couches - Consommables
- 15.5. Thermalisme

CHAPITRE 16

ÉQUIPEMENT ET MANAGEMENT DU CABINET/MATERNITÉ

- 16.1. Logiciels
- 16.2. Imagerie
- 16.3. Lasers
- 16.4. Autres équipements
- 16.5. Réseaux Maternités - Cliniques
- 16.6. Assurances - Réseaux de Soins

CHAPITRE 17

INSTANCES REPRÉSENTATIVES, FORMATION

- 17.1. Institutions et organismes représentatifs
- 17.2. Formation Primaire de la Sage-Femme
- 17.3. Organismes de Formation professionnelle
- 17.4. Associations - Juridique

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^{er} et 3^e trimestre Ø
 Hb < 10,5 g/100 mL au 2^e 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/MI

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**

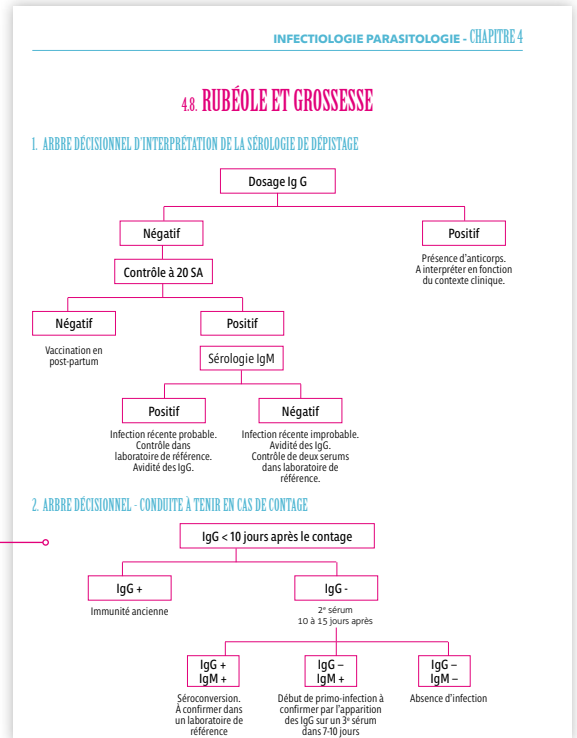
- **Principe actif**: 50 mg de fer (sulfate ferreux) et 30 mg d'acide ascorbique par unité de prise.
- **Excipient**
- Gélule: carbonate de magnésium léger, talc, silice colloïdale, anhydride, amidon de maïs.
- Enveloppe: gélatine, dioxyde de titane, bleu patenté jaune de quinoléine.
- Comprimé: acide 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

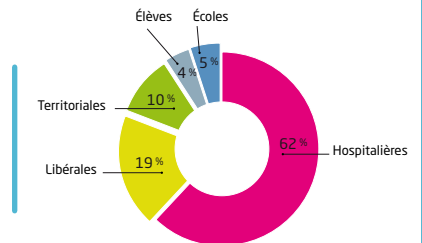
Diffusion

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'Obs-tétrique (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**, à paraître en 2020 (15 € de participation aux frais d'expédition), incluant la version numérique.
- 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 - Tél.: 01 42 86 55 79 ou 01 42 86 55 65

VOS COORDONNÉES

M^{me} M^{lle} 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

Restructuration des maternités : trop de questions sans réponse

PAR LE CIANE (COLLECTIF INTERASSOCIATIF AUTOUR DE LA NAISSANCE), 19 SEPTEMBRE 2019

Les fermetures de maternité s'enchaînent : Die, Saint-Claude, Le Blanc, Bar-le-Duc, Privas... et bientôt Thann et Altkirch. En parallèle, la loi de Santé prévoit de fermer de nombreux services de chirurgie et d'obstétrique, pour créer des hôpitaux de proximité.

Les fermetures recouvrent plusieurs cas de figure. Il peut s'agir de petites maternités de zones rurales, réalisant moins de 300 accouchements par an, maintenues jusqu'alors en raison d'une exception géographique. Ailleurs, ce sont des regroupements d'activités au sein des groupements hospitaliers de territoire, pour "rationaliser" l'offre de soin ou répondre au manque de médecins, en zone rurale ou urbaine. Entre 2010 et 2016, ce sont surtout des maternités de taille moyenne, réalisant entre 1 000 et 1 500 accouchements, qui ont disparu, selon la dernière Enquête nationale périnatale.

Pour justifier ces transformations, le gouvernement et les ARS évoquent une baisse de la natalité et/ou le manque de personnel médical. Le faible volume d'actes réalisés dans certaines petites maternités les rendrait peu sûres : peu utilisées, les compétences se perdraient. Les opposants aux fermetures font valoir leur attachement à la proximité des services publics et attirent l'attention sur les risques encourus par les femmes trop éloignées.

Face à la cacophonie ambiante et à l'hétérogénéité des territoires, le Ciane n'a pas de position de principe unique et dogmatique. Alors que le gouvernement engage une consultation sur les solutions envisagées pour les femmes éloignées des maternités, le Ciane souhaite souligner les questions demeurées sans réponse, tout en formulant des propositions.

DES QUESTIONS SANS RÉPONSES

1. QUEL EST LE VOLUME DES FERMETURES ANNONCÉES ?

La loi de Santé et les ordonnances annoncées pour les 18 prochains mois doivent aboutir à la création de 500 à 600 hôpitaux de proximité, c'est-à-dire sans service de chirurgie ou d'obstétrique. En juin dernier, le gouvernement en a listé 241 déjà existants. Mais à ce jour, il n'a détaillé ni l'ampleur des fermetures de services d'obstétrique à prévoir, ni leur rythme. Tout laisse penser que la carte hospitalière va s'en trouver profondément transformée.

2. QUEL EST LE MAILLAGE IDÉAL SUR LE TERRITOIRE ?

Cette question revient surtout à s'interroger sur la distance idéale de sécurité entre le domicile d'une patiente et la maternité la plus proche.

Les études montrent que les accouchements hors maternité sont rares. Cependant, leur probabilité et les risques associés à ces accouchements augmentent avec la distance entre le domicile et la maternité, surtout pour les multipares^[1, 2]. La mortalité néonatale est presque multipliée par quatre lorsque l'accouchement extra-hospitalier a lieu à plus de 45 km de la maternité la plus proche^[3]. Les fermetures de maternité sont susceptibles d'entraîner des effets indirects : les femmes éloignées des maternités sont plus souvent hospitalisées pendant la grossesse^[4] et ont plus souvent un déclenchement sans indication médicale^[5].

Actuellement, la Drees réactualise ses études concernant le nombre de femmes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité, en évaluant la part d'accouchements à domicile choisis. Les résultats d'une autre étude de la Drees évaluant la morbidité maternelle et foetale en lien avec la distance d'une maternité sont attendus en 2020.

Ces études permettront aussi de savoir dans quelles zones le choix des femmes s'est réduit, notamment entre établissements privés et publics.

3. QUELLE EST LA TAILLE IDÉALE D'UNE MATERNITÉ ?

Le seuil de 300 accouchements en dessous duquel une maternité ne serait pas sûre a été établi sans étude préalable. Les éléments scientifiques manquent pour formuler des recommandations définitives sur le volume d'accouchements minimal idéal pour garantir la sécurité d'une maternité. De plus, un glissement sémantique s'est établi entre le seuil de viabilité financière d'une maternité, évalué par la Fédération de l'hospitalisation privée à 1 100 accouchements^[6] et son seuil de sécurité.

La question de la taille d'une maternité est surtout liée au maintien des compétences médicales. Ces dernières sont meilleures lorsque les médecins réalisent un nombre important d'actes, ce qui ne serait possible que dans les établissements réalisant un grand nombre d'accouchements.

Cependant, alors que la tendance est à la réduction du nombre de césariennes ou de déclenchements, et que certaines situations demeureront rares (sièges), la question du maintien des compétences en obstétrique ne peut plus être pensée uniquement à travers la concentration des naissances dans de grandes maternités. La sécurité des soins repose davantage sur l'organisation en réseau dans laquelle une maternité s'intègre. L'évaluation des différents niveaux de coordination au sein d'un réseau reste encore pourtant embryonnaire.

Certains services d'urgence n'ont pas attendu la proposition du gouvernement pour permettre la présence d'une sage-femme dans l'ambulance.

4. À QUEL PRIX MAINTENIR UN SERVICE D'OBSTÉTRIQUE ?

La tarification à l'activité ne permet pas de financer les soins d'obstétrique au coût réel. Les soins sont sous-tarifés, entraînant une "course aux volumes", la recherche des actes "rentables" et une concurrence dommageable entre les établissements, comme l'a reconnu Agnès Buzyn dès 2017. La T2A a aussi concouru au déficit de certains établissements, sommés de redresser leurs comptes en réorganisant et restructurant leurs activités.

Avant leur fermeture définitive, de nombreuses maternités isolées géographiquement ont été menacées pendant des années. Des stratégies de pourrissement ont-elles été à l'œuvre ou ces maternités ont-elles été maintenues jusqu'à ce que la situation soit intenable, tant au niveau de la sécurité que des finances ? En tout état de cause, l'absence de visibilité sur la pérennité d'un service engendre un cercle vicieux : désintérêt des professionnels de santé pour y exercer, manque de professionnels sur le terrain, recours coûteux aux intérimaires, décision de fermeture.

Cependant, la question du coût du maintien de certains services se pose. Est-il pertinent de rémunérer toute une équipe d'obstétrique et d'entretenir des locaux ou d'avoir recours aux médecins intérimaires pour un très faible nombre d'accouchements par an ? La santé a un coût, assumé par la solidarité nationale et les questions financières ne peuvent être évacuées.

À ce jour, une seule étude a proposé une méthodologie pour déterminer le nombre minimum de femmes enceintes en deçà duquel le maintien d'une maternité « *compromettrait l'intérêt général du fait de la disproportion entre les moyens engagés et le nombre de bénéficiaires* »^[7]. Cette étude de 2003 mérite d'être réactualisée.

5. QUELLES SONT LES MESURES PRÉVUES POUR LES FEMMES ÉLOIGNÉES ?

Face à la vague de protestation contre les fermetures de maternité, Agnès Buzyn a annoncé la mise en place d'un "Pack Engagement maternité". Il prévoit un hébergement gratuit en hôtel hospitalier, avant l'accouchement, des femmes résidant loin d'une maternité et la présence d'une sage-femme auprès des services d'urgence appelés parfois à intervenir. Mais ces mesures restent à préciser.

À partir de quel terme de la grossesse l'hébergement en hôtel hospitalier serait-il proposé et pris en charge ? Pour une ou plusieurs nuits d'hébergement, les frais de garde des autres enfants seront-ils aussi pris en charge ? Peut-on obliger les femmes à accepter un tel hébergement ? Qui assumera la responsabilité d'un accouchement extra-hospitalier compliqué lorsqu'une proposition d'hébergement hospitalier aura été faite ?

Certains services d'urgence n'ont pas attendu la proposition du gouvernement pour permettre la présence d'une

sage-femme dans l'ambulance. Ne faut-il pas tirer le bilan des expérimentations locales, tant pour les patientes que pour les soignants, avant de généraliser un tel dispositif ?

PROPOSITIONS DU CIANE

1. PLUS DE TRANSPARENCE DANS LES DÉCISIONS

Certaines ARS, comme en Nouvelle Aquitaine, ont une politique de maintien à tout prix des maternités, moyennant des rotations de personnels soignants entre plusieurs établissements. D'autres choisissent de continuer de payer à prix d'or des médecins intérimaires ou remplaçants. À Guingamp ou à Créteil, l'intervention présidentielle a abouti à l'annulation des décisions de fermetures de maternités. Quels sont les facteurs qui amènent à des arbitrages différents ? L'hétérogénéité géographique ou les problématiques de démographie médicale expliquent-elles tout ? Davantage de transparence éclairerait les débats.

Par ailleurs, la future carte hospitalière, impliquant la fermeture des services d'obstétrique dans les hôpitaux de proximité, doit être communiquée aux professionnels de santé, aux représentants d'usagers et au grand public. Les décisions prises dans les mois qui viennent auront un impact sur plusieurs décennies. La baisse actuelle de la natalité ne peut être pronostiquée sur la même durée.

En attendant, le Ciane demande un moratoire sur les fermetures de maternité.

2. PLUS DE DÉMOCRATIE SANITAIRE

Les autorités sanitaires ont l'impression de s'être heurtées à un mur face à leur proposition de participation des usagers à la réflexion sur une fermeture de maternité. De leur côté, ces derniers ont eu l'impression qu'on leur proposait un marché de dupes dans la mesure où on bornait leur réflexion sur l'aménagement d'un scénario pour l'essentiel déjà écrit.

Le Ciane demande des consultations éclairées avec les usagers du territoire dès qu'une maternité connaît une situation de fragilité, avec différents scénarios à l'étude. Nous proposons aussi une consultation d'ampleur associant des représentants d'usagers d'associations nationales (comme le Ciane) et locales, les soignants (élus des instances représentatives et personnels de terrain) et experts (sociologues et géographes de la santé) pour envisager l'aménagement du territoire.

3. PLUS DE RECHERCHES ET D'ÉTUDES

Les nombreuses questions en suspens répertoriées ci-dessus appellent à de nouvelles études scientifiques. Avant de nouvelles réformes, il nous paraît pertinent d'attendre les prochaines évaluations de la Drees pour identifier le nombre de femmes concernées par l'éloignement des maternités et les risques maternels et foetaux liés à l'éloignement.

Un Observatoire national des accouchements inopinés extra-hospitaliers existe actuellement, fonctionnant sans financement et sur la base du bénévolat des professionnels de santé. Ses données sont actuellement incomplètes, faute de moyens. Nous demandons le financement pérenne de cet observatoire. Colligeant l'ensemble des aspects de chaque cas (psycho-médico-sociaux, interventions médicales, organisation des soins et coordination des acteurs), cela permettrait

d'identifier les accouchements inopinés hors établissements évitables et les non-évitable. Nous estimons en effet que ces accouchements sont des événements sentinelles.

Les études portant sur la sécurité-distance des maternités n'ont pris en compte que les accouchements. Aucune n'a répertorié et analysé les situations urgentes pendant la grossesse. Les retards délétères à la prise en charge des ruptures de grossesses extra-utérines, des hématomes rétro-placentaires, des complications des hypertensions artérielles, en lien avec la distance des maternités et les fermetures récentes, restent à mener.

4. PLUS D'EFFECTIFS DANS LES MATERNITÉS

Les décrets de périnatalité de 1998 ont défini des normes d'effectifs afin d'assurer la sécurité des maternités. Le Collège national des gynécologues obstétriciens de France et le Collège national des sages-femmes de France, avec d'autres instances, estiment qu'elles ne sont plus adaptées. Ils proposent des effectifs plus importants, adaptés à la configuration des services et aux pratiques actuelles ^[8].

En maternité, les études sur le mal-être des soignants, qui a un impact sur la qualité de soins, sont inquiétantes ^[9]. Bien des soignants affirment parvenir à limiter les risques graves, au détriment de leur bien-être et/ou de la qualité d'accueil et de bienveillance des mères et des bébés ^[10]. Dans ce contexte, les fermetures de maternités sont redoutées par les autres établissements, qui devront récupérer certains accouchements, à effectif constant à l'heure actuelle.

C'est pourquoi le Ciane demande la révision des effectifs de professionnels en maternités, selon les propositions du CNGOF et CNSF.

5. UNE PLUS GRANDE ATTENTION AUX FEMMES ET À LEUR FAMILLE

La solution de l'hôtel hospitalier ne peut exclure les cas d'accouchements inopinés à domicile ou dans l'ambulance, car il est probable que de nombreuses femmes aient accouché avant. Or un accouchement extra-hospitalier, même non compliqué, mais ni souhaité ni préparé par les parents, peut être source de stress, voire traumatisant, d'autant plus quand la patiente souhaitait une péridurale.

L'accompagnement psychologique, lors du séjour en maternité ou au-delà, doit être pris en charge par la sécurité sociale à 100 %, pour toutes les femmes ayant connu un accouchement extra-hospitalier non programmé.

Un hébergement en hôtel hospitalier entraîne une séparation, plus ou moins longue, de la femme d'avec son compagnon ou sa compagne et, éventuellement, ses autres enfants. La distance ne garantit pas la présence du/de la compagne pendant l'accouchement, pourtant largement plébiscitée comme gage de sécurité affective et émotionnelle. La séparation avec la famille peut aussi fragiliser la future mère. Le bien-être des patientes doit être évalué et pris en compte.

La prise en charge des modes de garde des enfants doit être totale pour les femmes contraintes à un hébergement hospitalier en amont de leur accouchement.

6. UNE MEILLEURE COORDINATION DES ACTEURS

La fermeture d'une maternité, en particulier dans des zones isolées, s'accompagne de la mise en place de nouvelles

Les études portant sur la sécurité-distance des maternités n'ont pris en compte que les accouchements. Aucune n'a répertorié et analysé les situations urgentes pendant la grossesse.

interfaces de coordination entre les acteurs de soins : libéraux, professionnels des centres périnataux de proximité et des maternités de références, services d'urgence. La coordination sans faille entre ces acteurs et leur disponibilité est le gage de la sécurité des patientes.

Des moyens pour évaluer la qualité de cette coordination doivent être alloués, de même que des indicateurs établis.

À l'heure où le système de santé est censé mettre le patient au cœur de son organisation, il n'est plus envisageable de demander aux patients seuls de s'adapter à l'offre de soins. La réforme d'ampleur des maternités qui s'annonce engage une politique sur une dizaine voire une vingtaine d'années. Tout comme nous payons actuellement les réformes passées concernant la démographie médicale, il serait dangereux d'engager des réformes d'ampleur concernant les maternités sans l'ensemble des éclairages.

Dans les zones déjà concernées par les fermetures de maternités isolées, tout doit être mis en œuvre pour garantir la sécurité médicale et émotionnelle des femmes et de leur famille. •

RÉFÉRENCES

- [1] Béatrice Blondel. *Out-of-hospital births and the supply of maternity units in France*. Health & Place, 2011.
- [2] Évelyne Combière, Adrien Roussot et coll. *Accouchements extra-hospitaliers en France, étude populationnelle à partir du PMSI (2012-2014)*. XXXII^e congrès national ÉMOIS, Nancy 2019.
- [3] Hugo Pilkington et coll. *Where does distance matter? Distance to the closest maternity unit and risk of fetal and neonatal mortality in France*. Eur J Public Health 24, 2014.
- [4] Combière et al. *Perinatal health inequalities and accessibility of maternity services in a rural French region : closing maternity units in Burgundy*. Health Place 24, 2013.
- [5] Coulm B. et coll. *Elective induction of labour and maternal request: a national population based study*. BJOC n° 123, 2016.
- [6] Cour des comptes. *Les maternités. Cahier 1 : Analyse générale*. Décembre 2014
- [7] Combière E, Le Vaillant M, de Pouvoirville G. *Accessibilité et égalité des chances face aux urgences vitales : l'exemple de la périnatalité*. Séminaire « Restructurations Hospitalières », Paris, 27 juin 2003.
- [8] CNGOF. *Ressources humaines pour les activités non programmées en gynécologie-obstétrique*. 2018.
- [9] *Hospitalières : des scores élevés de burn-out*. In : Profession Sage-Femme n° 246 - Juin 2018.
- [10] Ciane. *Violences obstétricales : prévenir, comprendre, réparer*. 17 octobre 2017.

POUR EN SAVOIR PLUS

www.ciane.net

Baisse récente de la fécondité en France : tous les âges et tous les niveaux de vie sont concernés

PAR ISABELLE ROBERT-BOBÉE ET SABRINA VOLANT, DIVISION ENQUÊTES ET ÉTUDES DÉMOGRAPHIQUES, INSEE*

La fécondité diminue légèrement en France depuis 2015. Cette baisse est générale : elle n'est pas centrée sur une classe d'âge en particulier. Tous les niveaux de vie sont concernés. La baisse de la fécondité touche aussi bien les femmes qui n'avaient pas encore d'enfant que celles qui en avaient déjà. Elle ne concerne toutefois pas les immigrées, dont la fécondité reste stable. Leur contribution à la fécondité globale se maintient à 0,1 enfant par femme.

LA FÉCONDITÉ BAISSÉ LÉGÈREMENT

Après neuf années de relative stabilité, la fécondité baisse en France depuis 2015. L'indicateur conjoncturel de fécondité oscillait autour de 2,00 enfants par femme entre 2006 et 2014. Il s'établit à 1,95 en 2015 et à 1,92 en 2016 (*figure 1*). La baisse touche toutes les régions, à l'exception de la Guyane et de Mayotte où la fécondité augmente et de La Réunion où elle est stable.

LA BAISSÉ DE LA FÉCONDITÉ CONCERNE TOUS LES ÂGES

En 2015 et en 2016, la fécondité diminue pour la plupart des âges et notamment aux âges les plus féconds.

Pour tous les âges avant 35 ans, la fécondité baisse chaque année depuis 2015 (*figure 2*). Avant 30 ans, la baisse déjà constatée par le passé s'accélère en 2015. La fécondité des femmes de 30 à 34 ans diminue également en 2015 et 2016, mais moins fortement que pour les plus jeunes. Entre 35 et 39 ans, la fécondité commence à baisser en 2016. À partir de 40 ans, la fécondité baisse en 2015. Puis elle augmente de nouveau en 2016, mais moins fortement que par le passé.

L'âge moyen à la naissance des enfants poursuit sa progression : il augmente de 0,1 an par année, pour atteindre 30,5 ans en 2016.

QU'ELLES SOIENT DÉJÀ MÈRES OU NON, LES FEMMES ONT MOINS D'ENFANTS

Le recul récent de la fécondité concerne aussi bien les femmes qui avaient déjà un enfant que les femmes sans enfant.

À âge donné, la probabilité d'avoir un premier enfant était la même en 2014 qu'en 2013. Depuis, cette probabilité baisse. Pour les femmes qui avaient déjà un enfant, la probabilité d'en avoir un deuxième en 2015 ou en 2016 est plus faible qu'en 2013, à durée écoulée identique depuis la naissance précédente.

Il en va de même pour la probabilité d'avoir un troisième enfant pour les femmes qui en avaient déjà deux.

La répartition des naissances selon le rang de naissance reste la même en 2015 et 2016 qu'en 2012 et 2013, années non touchées par la baisse de la fécondité : 42 % des bébés sont des premiers enfants, 36 % des deuxièmes, 15 % des troisièmes et 7 % des enfants de rangs plus élevés.

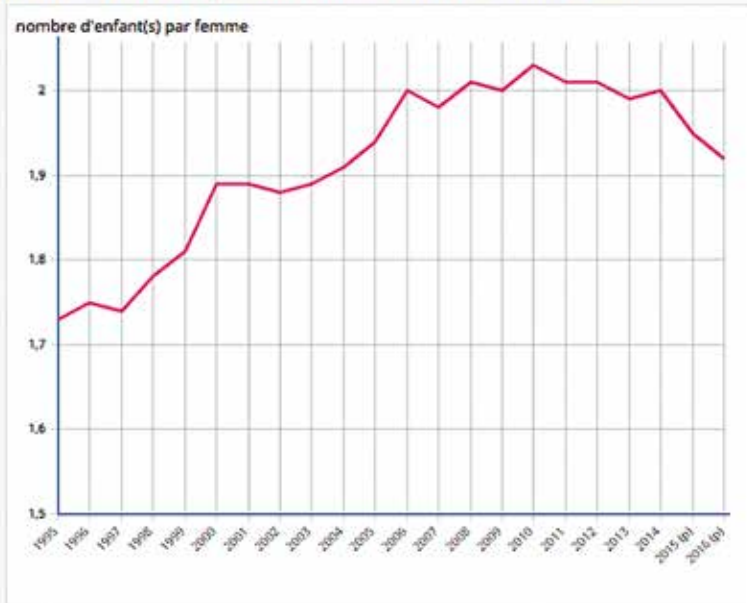
TOUS LES NIVEAUX DE VIE SONT CONCERNÉS

La fécondité varie selon le niveau de vie (*figure 3 page suivante*). Les femmes appartenant aux 25 % des ménages les plus modestes (premier quartile de niveau de vie) ont une fécondité, à âge donné, plus élevée que les femmes un peu moins modestes qu'elles (deuxième quartile).

La fécondité des femmes les plus aisées (quatrième quartile de niveau de vie) est plus tardive : elle est maximale à 31 ans, contre 28 ou 29 ans pour les femmes des autres quartiles de niveau de vie. Elle est également plus concentrée : la courbe des taux de fécondité est nettement plus resserrée autour de ce pic d'âge pour les femmes du quatrième quartile de niveau de vie que pour les autres.

* Focus N° 136.

Figure 1 – Indicateur conjoncturel de fécondité (ICF*), de 1995 à 2016



(p) : données provisoires.

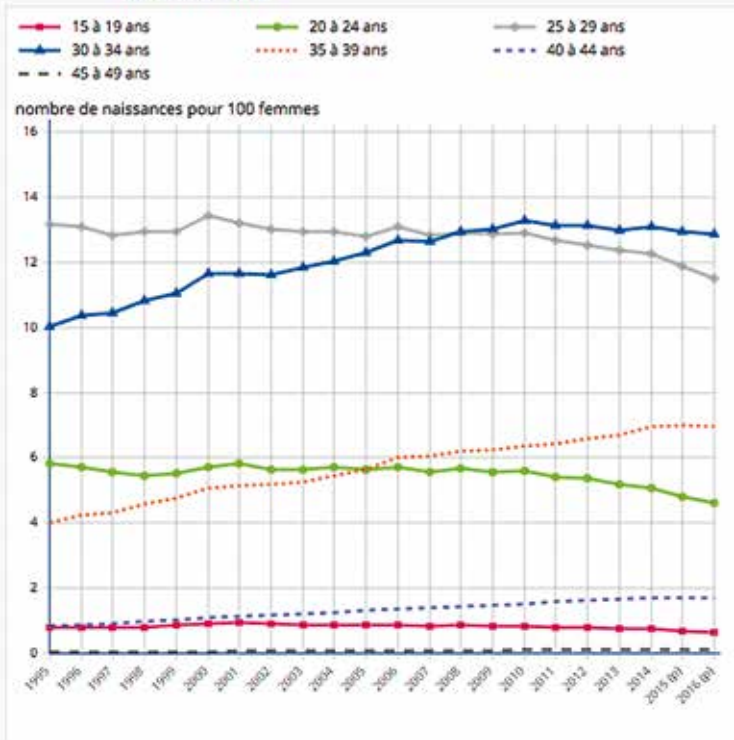
* : voir définitions

Lecture : l'indicateur conjoncturel de fécondité est de 1,92 enfant par femme en 2016.

Champ : France, hors Mayotte jusqu'en 2013, y compris Mayotte à partir de 2014.

Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

Figure 2 - Taux de fécondité pour 100 femmes de chaque groupe d'âges, de 1995 à 2016



(p) : données provisoires.

Lecture : en 2015, 100 femmes âgées de 25 à 29 ans donnent naissance à 12 enfants.

Champ : France, hors Mayotte jusqu'en 2013, y compris Mayotte à partir de 2014.

Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil.

Les femmes ont eu moins d'enfants en 2016 qu'en 2013, quel que soit leur niveau de vie. La baisse apparaît plus précoce pour les femmes de milieux modestes et très modestes (premier et deuxième quartiles) : elles ont eu moins d'enfants en 2015 qu'en 2013, alors que les femmes plus aisées (troisième et quatrième quartiles) sont aussi fécondes ces deux années. Ce n'est qu'en 2016 que la fécondité semble diminuer pour la moitié des femmes aux niveaux de vie les plus élevés.

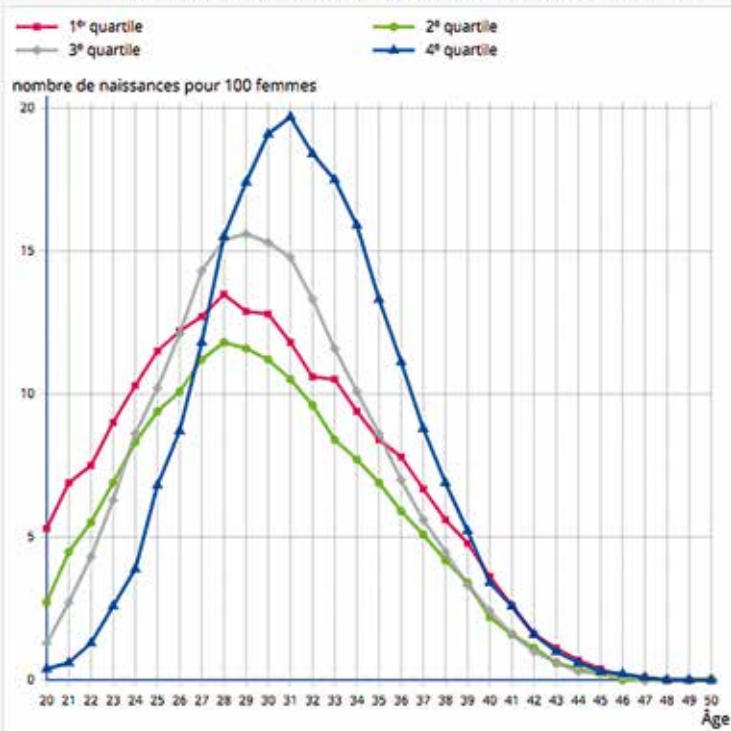
LA FÉCONDITÉ EST STABLE POUR LES FEMMES IMMIGRÉES

La fécondité des immigrées est en moyenne plus élevée que celles des non immigrées. D'après les taux de fécondité par âge estimés en 2015 et en 2016, elles ont environ 0,8 enfant de plus par femme que les non immigrées. Ce phénomène est en partie lié à l'effet de l'immigration, qui décale souvent les naissances après l'arrivée dans le pays d'accueil. Les femmes ayant immigré avant l'âge de 15 ans ont une fécondité très proche des femmes nées en France [Toulemon, 2004].

La fécondité a diminué parmi les femmes non immigrées : environ 1,8 enfant par femme en 2015 et 2016, contre 1,9 en 2012 ou 2013 (figure 4, page suivante). Elle est en revanche restée plus stable pour les femmes immigrées : leur indicateur conjoncturel de fécondité se maintient autour de 2,7 enfants par femme en 2015 et 2016, niveau comparable à celui des années 2012 à 2014.

La contribution des immigrées à la fécondité totale en France reste limitée, de l'ordre de 0,1 enfant par femme. Elle n'a quasiment pas évolué depuis 2012. En 2016, l'indicateur conjoncturel de fécondité est de 1,92 enfant par femme en moyenne pour l'ensemble des femmes résidant en France, et de 1,80 enfant par femme en moyenne pour l'ensemble des femmes non immigrées, soit un écart de 0,12 enfant par femme. En 2012, 2013 et 2014, avant la baisse récente de la fécondité, la contribution des immigrées à la fécondité totale était également de l'ordre de 0,1 enfant par femme. •

Figure 3 - Taux de fécondité pour 100 femmes de chaque âge, selon les quartiles de niveau de vie. Moyenne des années 2012 à 2016.



Note : le niveau de vie est ici réparti en quatre groupes, de taille équivalente à chaque âge. On représente ainsi les taux de fécondité des femmes par âge, selon qu'elles sont parmi les plus aisées ou les moins aisées des femmes de leur âge.

En prolongeant les courbes des taux par âge pour chaque quartile de niveau de vie, on peut estimer des taux de fécondité entre 15 et 19 ans (non présentés), pour pouvoir estimer un indice conjoncturel de fécondité pour chacun des niveaux de vie : dans les conditions de fécondité observées en moyenne sur la période 2012-2016 et avec le prolongement effectué, les femmes qui seraient à chaque âge parmi les 25 % les moins aisées auraient en moyenne 2,08 enfants au cours de leur vie. Celles appartenant au deuxième quartile en auraient 1,66 ; celles du troisième quartile 1,92 et celles du quatrième quartile 2,15.

Lecture : en moyenne, sur la période 2012 à 2016, 20 % des femmes âgées de 31 ans et faisant partie du quart des femmes les plus aisées à cet âge ont un enfant au cours d'une année.

Champ : femmes âgées de 20 à 50 ans.

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, échantillon démographique permanent, base étude 2016.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Papon S., Beaumel C., « Bilan démographique 2017 - Plus de 67 millions d'habitants en France au 1^{er} janvier 2018 », Insee Première n° 1683, janvier 2018.
- La situation démographique en 2016, Insee Résultats, juin 2018.
- Les naissances en 2017, Insee Résultats, septembre 2018.
- Héran F., Pison G., « Deux enfants par femme dans la France de 2006 : la faute aux immigrées ? », Ined, Population et Sociétés n° 432, mars 2007.
- Toulemon L. « La fécondité des immigrées : nouvelles données, nouvelle approche », Ined, Population et Sociétés n° 400, avril 2004.

Figure 4 - Contribution des immigrées à l'indicateur conjoncturel de fécondité (ICF) en France, de 2012 à 2016

	nombre d'enfant(s) par femme				
	2012	2013	2014	2015	2016
Femmes immigrées	2,75	2,67	2,73	2,73	2,73
Femmes non immigrées	1,91	1,90	1,90	1,84	1,80
Ensemble	2,01	1,99	2,00	1,95	1,92
Contribution des immigrées à la fécondité totale	0,10	0,09	0,10	0,11	0,12

Lecture : la contribution des femmes immigrées à la fécondité totale est en 2014 de 0,10 enfant par femme, 0,10 étant la différence entre l'ICF de l'ensemble des femmes (2,00) et celui des femmes non immigrées (1,90) en 2014.

Champ : France hors Mayotte.

Source : Insee, enquêtes annuelles de recensement de 2013 à 2017.

Pérenniser l'allaitement maternel : « Approches pratiques et prouvées, de l'hôpital à la maison »

RÉSUMÉ DU SYMPOSIUM PHILIPS AVENT, BERLIN, MARS 2019

PAR **MICHELLE PASCALE HASSLER**, SAGE-FEMME ENSEIGNANTE, AIX-MARSEILLE UNIVERSITÉ, UFR DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES, ÉCOLE DE MAÏEUTIQUE, MARSEILLE, FRANCE

Depuis plus de 30 ans, Philips Avent collabore avec des experts scientifiques, des professionnels de santé et des parents afin de développer des produits répondant au mieux aux besoins des parents dans le but de soutenir leur projet à l'arrivée d'un enfant.

Des communications ont lieu chaque année sur les réflexions des professionnels, les avancées des recherches menées et le développement des produits.

Cette année, le colloque Philips Avent a eu lieu à Berlin (Allemagne) les 15 et 16 mars. Le programme abordait les pratiques favorisant et soutenant l'allaitement maternel de la naissance à la maison : « *Approches pratiques et prouvées de l'allaitement ; de l'hôpital à la maison* ».

Les réflexions et les échanges entre des professionnels de la périnatalité (sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, pédiatres néonatalogues, psychiatres) de plusieurs pays (Brésil, Allemagne, Turquie, Pays Bas, Suède) ont insisté sur l'importance des pratiques favorisant la mise en place de l'allaitement maternel dès la naissance (peau à peau, tétée précoce), son maintien le plus longtemps possible et après le retour à la maison.

LE BÉNÉFICE SANTÉ DU LAIT MATERNEL N'EST PLUS À PROUVER (Ip 2007; Victora, 2016)

- Prévention des infections et développement du microbiote grâce aux *Human Milk Oligosaccharides* (HMO) ;
- Prévention des risques d'hypoglycémies néonatales des nouveau-nés de mères diabétiques avec le don de colostrum extrait en anténatal (exemple de l'Hôpital St Joseph à Berlin, 4 000 accouchements par an, 18 chambres kangourou en unité de soins intensifs, 82 % d'allaitement initiés, 34 % d'allaitement maintenus à 4 mois) ;
- Prévention de l'obésité, des affections cardiovasculaires ;
- Prévention des dépressions du post-partum : renforcement du sentiment de compétences et de réussite des mères, soins de maternage et de l'attachement (*bonding*) grâce à l'augmentation des taux d'ocytocine qui ont des effets positifs sur les taux de sérotonine maternels (Dias, 2015) ;

Les réflexions et les échanges entre des professionnels de la périnatalité de plusieurs pays ont insisté sur l'importance des pratiques favorisant la mise en place de l'allaitement maternel dès la naissance (peau à peau, tétée précoce), son maintien le plus longtemps possible et après le retour à la maison.

- Développement neuro-cognitif et croissance cérébrale favorisés par les acides gras à très longue chaîne contenus dans le lait maternel (phospholipides, sphingomyéline, acide arachidonique, et d'acide docosahexaénoïc – le fameux DHA –).

« *Dis-moi ce que tu manges : je te dirai qui tu es* ». Cet aphorisme de Jean Anthelme Brillat-savarin, célèbre auteur culinaire français du XIX^e siècle peut résumer les bénéfices santé de l'allaitement maternel. « *Chaque goutte de lait maternel est de l'or* » (Arslanoglu S, pédiatre néonatalogue, Istanbul).

LA QUALITÉ DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PARENTS PRIME, SURTOUT DANS UN CONTEXTE DE VULNÉRABILITÉ (PRÉMATURITÉ, FRAGILITÉ PSYCHOLOGIQUE, SOCIALE)

(Balogun, 2016; Sinha, 2015; Rollins, 2017):

- **Les soins centrés sur la famille, optimaux et ajustés** à chaque histoire (accouchement prématuré, enfant hospitalisé, séparation mère-enfant, éloignement de la famille), à chaque culture, aux attentes et besoins des parents, permet l'intégration des parents aux soins de leur enfant et soutient les mères qui allaitent.
- **La reconnaissance par les professionnels** des compétences et des points forts des parents valorise leur implication, leur autonomie, la qualité de leur interaction avec leur enfant. « Les parents font bien ».
- **La continuité des soins après l'accouchement au retour à la maison** favorise le maintien de l'allaitement maternel :
 - Aux Pays Bas, 49 heures sont allouées à la mère afin qu'une assistante médicale (travailleuse familiale en

France) se rend à domicile (3-8 heures/j) fin de prendre soin d'elle, de son bébé, de la fratrie.

- En Allemagne, les sages-femmes assurent des visites à domicile ou téléphonent tous les jours les mères pendant les 8 semaines suivant l'accouchement et aussi longtemps que nécessaire (allaitement difficile, enfants prématurés, jumeaux, sur prescription médicale).

- **Le rôle du père est fondamental dans le maintien de l'allaitement.** La décision d'allaiter est une décision familiale.
- **L'implication des pairs et de la communauté** est reconnue comme un soutien de l'allaitement maternel et du processus de parentalité.

UNE TABLE RONDE SUR LE THÈME DE LA RÉALITÉ VIRTUELLE a soulevé les réflexions suivantes :

- La réalité virtuelle peut-elle se substituer à la présence parentale ?
- Lunettes à réalité virtuelle, caméra filmant le bébé hospitalisé, appels visuels (comme *Facetime*) permettent-ils de :
 - tisser les premiers liens ?
 - maintenir l'unité familiale (lorsque les parents habitent trop loin du lieu d'hospitalisation de leur enfant ou que la fratrie n'est pas autorisée à rendre visite à l'enfant hospitalisé) ?
 - limiter l'angoisse liée à la séparation, le stress créé par un environnement technique (la salle de césarienne, les unités de soins intensifs) ?

En France, à Marseille, une clinique permet aux mamans venant d'accoucher par césarienne de rester connectées à leur bébé grâce à un casque de réalité virtuelle. Le dispositif « *Maman connectée* » capte les premières heures de la vie de l'enfant, retransmises en direct à la mère lorsqu'elle se trouve en salle de réveil. Pour le directeur de cette clinique : « *Transformer une situation médicale incontournable en une réponse adaptée à un projet de naissance avec la technologie de demain est gratifiant pour l'ensemble des équipes de l'établissement* » (Journal *La Marseillaise*, mars 2019).

Cependant, tous concluent que la réalité virtuelle ne remplace pas la présence parentale et qu'il faut utiliser ces moyens techniques à bon escient.

Le dispositif « Maman connectée » capte les premières heures de la vie de l'enfant, retransmises en direct à la mère lorsqu'elle se trouve en salle de réveil.

CONCLUSION

La sage-femme est au cœur du soutien de l'allaitement maternel. Sa place n'est plus à prouver. Présente dès le début de grossesse et même dès le début de la vie sexuelle des femmes, elle est la professionnelle de santé la plus proche des femmes.

« *Les sages-femmes, ont le privilège et une « joie pure » d'accompagner des mères ou des futures mères. Ce sont des partenaires.* » (Franka Cadée, sage-femme néerlandaise, Présidente de la confédération internationale des sages-femmes – ICM –).

Créer un espace de dialogue, un « fil » qui guidera le suivi, tenir compte des représentations de chacun (professionnels et parents), délivrer une information libre et éclairée, respecter le choix des parents sont les points forts d'un partenariat entre les parents et les professionnels pour « *encourager, soutenir la confiance en eux des parents afin qu'ils prennent les meilleures décisions pour leur bébé* » (D.W. Winicott)

L'allaitement maternel, une « nécessité absolue » pour « la survie de l'enfant », les soins centrés sur la famille, l'environnement familial favorable durant les 1 000 premiers jours de vie sont largement soutenus par l'Unicef et l'OMS et sont considérées comme faisant partie des droits des enfants. •

BIBLIOGRAPHIE

- Balogun OO and al. *Interventions for promoting the initiation of breastfeeding*. Cochrane database of systematic review 2016, Issue 11.
- De Corbier F. *À la maternité, un casque 3D pour le lien maman-enfant*, Florent de, Journal la Marseillaise, mars 2019.
- Dias CC, Figueiredo B. *Allaitement et dépression : une revue systématique de la littérature*. J Affect Disord. 15 janvier 2015 ; 171 : 142-54.
- Ip S et al. *Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries*. Agency for Health care Research and Quality. 2007 Apr ; (153) : 1-186.
- Sinha B and al. *Interventions to improve breastfeeding outcomes : a systematic review and meta-analysis*. Acta Paediatr. 2015 Dec ; 104(467) : 114-34.
- Rollins, Nigel C et al. *Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices ?* The Lancet, Volume 387, Issue 10017, january 30 2016, 491 - 504.
- Victora CG et al. *Breastfeeding in the 21st century : epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*, The Lancet, Vol 387, january 30 2016, p 475-490.
- <https://www.unicef.org/fr/developpement-de-la-petite-enfance/dix-mesures-travail-vie-de-famille>.
- The Lancet Breastfeeding Series papers - www.thelancet.com/series/breastfeeding



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 cesser 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		Sethygyn T 380 A	9712162	Euromédial T 380 A	9707534
		Sethygyn T 380 Cu - Normal	9712179	Euromédial T 380 Cu - Normal	9707563
		Sethygyn T 380 Cu - Mini	9712185	Euromédial T 380 Cu - Mini	9707557
		Sethygyn 375 Cu - Normal	9712156	Euromédial 375 Cu - Normal	9707540
DIU Cuivre + Argent		Sethygyn T 380 Ag - Normal	9712127	Euromédial T 380 Ag - Normal	9712015
		Sethygyn T 380 Ag - Mini	9712110	Euromédial T 380 Ag - Mini	9712021
		Sethygyn T 380 Ag - Maxi	9712188	Euromédial T 380 Ag - Maxi	9712009



Conseil de prescription : " dénomination du stérilet + référence "

SAGES-FEMMES EN LORRAINE AU CŒUR DE LA SANTÉ DES FEMMES ET DES NOUVEAU-NÉS

OUVRAGE COLLECTIF : Marie-Thérèse Arcangeli-Belgy, Sage-femme enseignante - Martine Huot-Marchand, Médecin pédiatre - Christiane Jeanvoine, Sage-femme, Docteure en médecine - Martine Poutas-Hicter, Sage-femme, Directrice de l'École de Nancy

Dans la liste des plus beaux métiers du monde, celui de sage-femme occupe indéniablement la première place. Elle représente l'une des figures les plus universellement connues depuis l'Antiquité. Le terme *sage*, du latin *sapiens*, indique que cette femme possède la connaissance et l'expérience pour aider les autres à accoucher. Intervenant au cœur de la naissance, elle a toujours tenu, tient encore, un rôle clé dans la vie des femmes.

Cet ouvrage aborde une profession qui a évolué au fil du temps, des savoirs et des techniques. Il cherche à mettre en valeur des sages-femmes emblématiques de Lorraine qui ont œuvré et parfois combattu afin d'être reconnues et de pouvoir exercer librement leur métier; retrouver leur place au cœur de la santé des femmes et des nouveau-nés, sans oublier les pères.

Enfin, Christiane Jeanvoine évoque ses combats avec les parents pour l'Accompagnement Global de la Naissance et pour la création à Nancy d'une Maison de Naissance.

Aujourd'hui, s'il y a le mot *sage* dans le nom de leur profession, c'est parce qu'elles ont ce regard spécifique sur ce que donner la vie signifie.



Gérard Louis Éditeur

Date de parution: 5 septembre 2019

Format: 21 x 24 cm - 304 p.

Couverture souple - illustré

Prix public TTC: 25 €

ISBN: 978-2-35763-143-4

www.gerard-louis.fr

POURQUOI LES PÈRES TRAVAILLENT-ILS TROP?

SYLVIANE GIAMPINO

Les relations des pères avec leurs enfants ont changé mais ils hésitent à transformer leur rapport avec le travail et la maison. À la charge mentale des femmes répond toujours en écho la passion professionnelle des hommes. Si bien que les femmes saturent, les couples se fragilisent et les enfants grandissent dans un climat de pression et d'incertitude. Pourquoi le consensus sur l'égalité semble-t-il se dissoudre dans le quotidien des familles? Comment relever ce défi dans un monde où les repères du masculin et du féminin vacillent, entre persistance des stéréotypes et tentation de l'indifférencié? Tandis que le monde du travail continue d'occulter l'enjeu parental, les hommes sont pris dans l'étau des contradictions entre leurs désirs, leurs discours et leurs priorités. Proposer un autre regard et des solutions est l'objet de ce livre décapant, tonique et constructif.

Sylviane Giampino est psychologue clinicienne, psychanalyste, et spécialiste des questions d'éducation et de politiques publiques. Elle est l'auteur de rapports officiels remarqués sur les questions. Elle a publié chez Albin Michel *Les mères qui travaillent sont-elles coupables?* et *Nos enfants sous haute surveillance. Évaluations, dépitages, médicaments* (avec Catherine Vidal, neurobiologiste).



Albin Michel

Date de parution: 2 octobre 2019

Format: 145 mm x 225 mm

288 pages

Prix Édition brochée: 19,90 €

EAN13: 9782226435279

www.albin-michel.fr

TÉTON COMPRIS

Contourner l'algorithme d'Instagram: c'est le défi de nombreuses féministes du réseau social. En effet, le téton y est traqué, blâmé, censuré. Tous les tétons? Non, évidemment: celui des femmes. Dans la lignée du mouvement *#freethenipple* (« libérez le téton »), qui dénonce l'injustice de traitement entre les corps, le compte *@taboob_official* détourne avec humour la photo du maudit bout de peau pour le faire ressembler à tout sauf à ce qu'il est, et ainsi échapper à la censure. Bonus: les fonds collectés grâce aux ventes de goodies iront à une association de lutte contre le cancer du sein.

TESS RAIMBEAU

- **AUTOMNE-HIVER 2019**
BORDEAUX
16^e Journée Événements de l'Année en Gynécologie-Obstétrique
congres.eska.fr
- **7-8 NOVEMBRE 2019**
MONACO
Congrès international des Sages-Femmes - CISaf
cerc-congres.com
- **15-16 NOVEMBRE 2019**
PARIS
47^{es} Journées Jean Cohen Gynécologie Obstétrique et Reproduction
congres.eska.fr
- **15-16 NOVEMBRE 2019**
PARIS
Cancers au Féminin - 9^e Congrès
congres.eska.fr
- **15-16 NOVEMBRE 2019**
TROYES
23^{es} Journées de l'ANCIC
avortementancic.org
- **29 NOVEMBRE 2019**
20^{es} Journées sur l'Assistance Médicale à la Procréation de l'Hôpital Américain de Paris
congres.eska.fr
- **6-7 DÉCEMBRE 2019**
XIX^e Colloque GYPSY
Thème: « Confiance, Défiance, Trahison... »
René Frydman et Muriel Flis-Treves
gypsy-colloque.com
- **6 DÉCEMBRE 2019**
Hôpital Américain - NEUILLY (92)
Congrès Maternité « Césarienne sur demande maternelle: limites et enjeux »
Inscription:
dalia.pierrot@ahparis.org
- **17 JANVIER 2020**
PARIS 15^e
8^e Journée
Les Dialogues de l'Obstétrique par *Les Dossiers de l'Obstétrique*
congres.eska.fr
- **20-21 JANVIER 2020**
PARIS-LA VILLETTE
18^{es} Journées du Collège National des Sages-Femmes de France
cerc-congres.com
- **13-14 MARS 2020**
PARIS 3^e
Séminaire annuel Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs
cerc-congres.com

REPÉRAGE DES FEMMES VICTIMES DE VIOLENCES AU SEIN DU COUPLE

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ - 2 OCTOBRE 2019

QUELS SONT LES OBJECTIFS DE CETTE RECOMMANDATION ?

- Renforcer l'implication des professionnels de santé dans la lutte contre les violences faites aux femmes ;
- Favoriser le repérage des femmes victimes de violences au sein du couple ;
- Faciliter la coordination entre professionnels concernés.

À QUI S'ADRESSE CETTE RECOMMANDATION ?

Tous les professionnels de santé sont concernés dans leur pratique.

- Ces recommandations s'adressent plus particulièrement aux professionnels de santé intervenant en premier recours ou dans le cadre de la prévention : médecin généraliste, médecin urgentiste, pédiatre, gynécologue médical, gynécologue obstétricien, psychiatre, médecin du travail, sage-femme, infirmier(e) des urgences et libéral(e), infirmier(e) puériculteur(trice), chirurgien-dentiste, masseur-kinésithérapeute.
- Autres professionnels de santé concernés par le thème et partenaires d'autres secteurs associés aux professionnels de santé : médecin en UMJ, médecin des conseils départementaux et en particulier médecin de PMI et référent protection de l'enfance, psychologue, pharmacien(ne), conseiller(e) conjugal(e) des CPEF, assistant(e) social(e), travailleur social et professionnel travaillant en lien avec les professionnels susnommés (aide-soignant(e), auxiliaire de puériculture, secrétaire médical(e), etc.).

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Toutes les femmes, quel que soit leur statut socio-économique, leur âge, leur orientation sexuelle, leur état de santé, leur handicap peuvent être concernées.

- En moyenne en France, 219 000 femmes âgées de 18 à 75 ans sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles com-

mises par leur ancien ou actuel partenaire intime, au cours d'une année.

- Seulement 19 % de ces victimes déclarent avoir déposé une plainte auprès de l'autorité (gendarmerie ou commissariat de police) à la suite de ces violences.
- En 2018, 121 femmes ont été tuées dans un contexte de violences au sein du couple.
- Vingt et un enfants mineurs sont décédés, ont été tués cette même année, sur fond de conflit conjugal.
- Les femmes restent les premières victimes de violences conjugales, mais il faut rappeler que les hommes peuvent aussi être victimes de ces violences.

MESSAGES CLÉS

- Montrer son implication :
 - mettre des affiches et des brochures à disposition des patients dans la salle d'attente.
- Questionner systématiquement, même en l'absence de signe d'alerte :
 - un repérage précoce est primordial car les faits de violences s'aggravent et s'accroissent avec le temps.
 - la violence au sein du couple concerne tous les âges de la vie et tous les milieux sociaux et culturels.
- Y penser particulièrement en contexte de grossesse et de post-partum :
 - adopter une attitude empathique et bienveillante sans porter de jugement.
- Considérer l'impact sur les enfants du foyer pour les protéger :
 - toute situation de violence au sein du couple constitue une situation de maltraitance pour les enfants qui y sont exposés.
- Expliquer les spécificités des violences au sein du couple pour déculpabiliser la patiente et l'aider à agir :
 - différents types de violences : psychologiques, verbales, physiques, sexuelles, économiques, le plus souvent récurrents et cumulatifs, entre partenaires intimes ;
 - évolue par cycles successifs augmentant en intensité et en fréquence dans le temps.

- Évaluer les signes de gravité :
 - si besoin mettre en place des mesures de protection.
- Établir un certificat médical ou une attestation professionnelle :
 - peut être utilisé pour faire valoir les droits de la victime et obtenir une mesure de protection ;
- Si besoin faire un signalement :
 - avec l'accord de la victime, porter à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations constatés, sans nommer l'auteur des faits ;
 - mais cet accord n'est pas nécessaire si la victime est un mineur ou une personne vulnérable.
- Informer et orienter la victime en fonction de la situation :
 - informer la victime qu'elle est en droit de déposer plainte, les faits de violence sont interdits et punis par la loi ;
 - orienter vers les structures associatives, judiciaires et sanitaires qui pourront l'aider.
- S'entourer d'un réseau multiprofessionnel.

FICHES OUTILS

2 fiches outils ont été élaborées dans le cadre de cette recommandation afin de fournir des éléments d'information pratiques pour les professionnels :

- Comment repérer et évaluer
- Comment agir.

(cf. pages suivantes).

COMMENT REPÉRER - ÉVALUER

JUIN 2019

REPÉRER SYSTÉMATIQUEMENT, MÊME EN L'ABSENCE DE SIGNE D'ALERTE

■ Des questions adaptées au contexte.

Par exemple

- › « Comment vous sentez-vous à la maison ? »
- › « Comment votre conjoint se comporte-t-il avec vous ? »
- › « En cas de dispute, cela se passe comment ? »
- › « Comment se passent vos rapports intimes ? Et en cas de désaccord ? »
- › « Avez-vous peur pour vos enfants ? »
- › « Avez-vous déjà été victime de violences (physiques, verbales, psychiques, sexuelles) au cours de votre vie ? »

- › « Avez-vous vécu des événements qui vous ont fait du mal ou qui continuent de vous faire du mal ? » 1/4 « Avez-vous déjà été agressée verbalement, physiquement ou sexuellement par votre partenaire ? »
- › « Vous est-il déjà arrivé d'avoir peur de votre partenaire ? »
- › « Vous êtes-vous déjà sentie humiliée ou insultée par votre partenaire ? »

■ En précisant que ces questions sont abordées avec toutes les patientes étant donné la fréquence du risque.

■ Il n'existe pas de gradient social ou culturel.

Y PENSER EN CAS DE...

Troubles physiques

Signes fonctionnels

- › Consultations itératives avec des plaintes vagues, multiples et inexpliquées.
- › Symptômes physiques chroniques inexpliqués : douleurs, asthénie, troubles digestifs, sensation d'engourdissements et de fourmillements dans les mains, palpitations, sentiment d'oppression et difficultés à respirer.
- › Mésusage et/ou surconsommation médicamenteuse (antalgiques, par exemple).

Signes cliniques

- › Lésions traumatiques surtout si elles sont répétées (anciennes et multiples), évoquant la marque d'un objet vulnérant, avec des explications vagues et qui paraissent peu plausibles avec le mécanisme traumatique allégué.
- › Maladie chronique déséquilibrée.

Troubles psychologiques

- › Dépression, tentative de suicide ou idées suicidaires ; automutilations.
- › Addictions et/ou abus de substances.
- › Symptômes évocateurs d'un stress post-traumatique (hypervigilance, troubles du sommeil, trouble et modification du comportement).
- › Des troubles émotionnels : colère, honte, sentiment de culpabilité, d'humiliation, sentiment d'impuissance, « auto-dévalorisation ».
- › États d'anxiété, de panique, ou manifestations phobiques.
- › Des troubles du sommeil : difficultés à s'endormir, veille ou réveils nocturnes, cauchemars.
- › Des troubles de l'alimentation : prises de repas irrégulières, anorexie ou boulimie.
- › Des troubles cognitifs : difficulté de concentration et d'attention, pertes de mémoire.
- › Des troubles psychosomatiques.

Santé sexuelle et reproductive

- › Infections génitales et urinaires à répétition, et infections sexuellement transmissibles (IST) répétées, transmission du VIH.
- › Troubles de la sexualité, comportement sexuel à risque.
- › Douleurs pelviennes chroniques, dyspareunie.
- › Grossesses non désirées et interruptions volontaires de grossesse.
- › Complications obstétricales : décès maternel, hémorragie fœto-maternelle, fausses couches, infections maternelles, accouchement prématuré, rupture prématurée des membranes, suivi aléatoire ou tardif de la grossesse.
- › Complications fœtales : mort in utero, retard de croissance intra-utérine, prématurité, faible poids à la naissance.
- › Retard ou absence d'accès aux soins périnataux.
- › Comportements à risque pendant la grossesse (tabac, alcool, drogues illicites, mauvaise nutrition).

En cabinet dentaire

- › Récidive de fracture dentaire, de fracture de prothèse, etc.
- › Plaies de la face ou des muqueuses buccales, ecchymoses, hématomes, etc.
- › Asymétrie du visage, affaissement facial.
- › Troubles de l'occlusion.
- › Douleur de l'articulation temporo-mandibulaire.
- › Attitude « trop » résistante à la douleur.
- › Attitude très docile, voire figée.
- › Troubles somatiques.
- › Impossibilité ou refus d'ouvrir la bouche.
- › Réflexions lors de l'examen clinique comme : « J'ai l'impression qu'on me viole ».

Y PENSER EN CAS DE FACTEURS ASSOCIÉS

Qu'une femme soit victime de violence	Qu'un homme se montre violent	Facteurs relationnels ou conjoncturels
<ul style="list-style-type: none"> › Le jeune âge. › Un faible niveau d'instruction. › Une exposition à la violence conjugale dans l'enfance. › Maltraitance pendant l'enfance. › L'acceptation de la violence. › La grossesse, la naissance d'un enfant; la période périnatale. › Les handicaps, les maladies de longue durée. › Les problèmes de santé mentale. › La dépendance financière. › Une conduite addictive (alcool, drogues). 	<ul style="list-style-type: none"> › Le jeune âge. › Un faible niveau d'instruction. › Antécédents de violences ou exposition à la violence pendant l'enfance. › L'abus de drogues et d'alcool. › Des troubles de la personnalité. › La banalisation de la violence. 	<ul style="list-style-type: none"> › Insatisfaction dans le couple. › Contexte de séparation conflictuelle. › Domination masculine dans la famille. › Stress économique, précarité. › Une vulnérabilité liée à une dépendance administrative, et/ou sociale et/ou économique. › Écart entre les niveaux d'instruction, situation dans laquelle une femme est plus instruite que son partenaire masculin. › Différence d'âge importante dans le couple. › Un déracinement géographique entraînant un isolement sociétal.

Y PENSER EN CAS DE COMPORTEMENTS INHABITUELS OU INADAPTÉS...

Du conjoint	Des enfants
<ul style="list-style-type: none"> › Un partenaire accompagnant trop impliqué, répond à la place de sa partenaire, minimise les symptômes, ou tient des propos méprisants et disqualifiants. 	<ul style="list-style-type: none"> › Rupture dans le comportement, rupture scolaire. › Repli sur soi ou hyperactivité. › Régression des acquisitions ou maturité précoce. › Troubles alimentaires, troubles du sommeil, douleurs répétées. › Actes délictueux, mise en péril de soi.

ÉVALUER LES SIGNES DE GRAVITÉ

- Gravité des actes de violences: fréquence, intensité, contexte (grossesse, enfants, projet de séparation), conséquences des violences (risque de suicide, hématomes, fractures, etc.).
- Dangereusité de l'agresseur: menaces de mort, tentatives de passage à l'acte (ex: strangulation); présence d'armes au domicile, etc.
- Retentissement sur les enfants du foyer.
- Vulnérabilité de la victime (grossesse, isolement social, présence d'un handicap, épisode dépressif caractérisé).

POUR EN SAVOIR PLUS

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



COMMENT AGIR

JUIN 2019

METTRE EN PLACE DES MESURES DE PROTECTION

En cas de situation jugée grave

- Hospitaliser sans délai après un appel au 15 ou mettre en sécurité en centre d'hébergement d'urgence.
- Conseiller de déposer plainte auprès de la police ou de la gendarmerie.
- Informer du droit de quitter le domicile conjugal avec les enfants, en le signalant à la police (main courante) ou à la gendarmerie.
- Informer du droit de saisir en urgence le juge aux affaires familiales, même sans dépôt de plainte, pour demander une ordonnance

de protection (pour cette demande la victime peut être conseillée par un juriste d'une association du réseau CIDFF — Centre départemental d'information sur les droits des Femmes et des Familles — ou France victime).

- Décider une hospitalisation des enfants pour protection et évaluation.
- Réaliser un signalement auprès du Procureur de la République pour la mise en œuvre en urgence de mesure de protection des enfants.

- Faire une information préoccupante à la CRIP (cellule de recueil des informations préoccupantes), si, sans avoir vu les enfants en consultation, le médecin estime qu'ils peuvent être en danger.

En cas de situation à risque élevé

- Conseiller à la victime de prévoir des mesures de sécurité pour se protéger en cas d'urgence sous la forme d'un Plan de sécurité à préparer de façon anticipée.
- Une liste des numéros d'urgence.

- La photocopie des documents personnels.
- Un double des clés et de l'argent de côté.
- Un sac contenant des effets de première nécessité (et les mettre en lieu sûr).
- Identifier à l'avance un lieu où se réfugier (dans la famille, chez des amis ou au sein d'une association).
- Convenir avec de la famille ou des amis de confiance d'un message codé destiné à les alerter en cas de danger imminent.

INFORMER ET ORIENTER LA PATIENTE

- Informer des structures associatives, judiciaires et sanitaires qui pourront l'aider.
- Rappeler à la patiente qu'elle peut appeler le 15 ou se présenter aux urgences 24 heures/24, 7 J/7.
- L'inciter à déposer plainte maintenant ou plus tard dès qu'elle se sentira prête et en sécurité pour le faire.

- Lui conseiller d'appeler le 3919 (Violences Femmes Info), numéro national d'aide aux femmes victimes de violence, ou le 116 006, numéro européen dédié aux victimes d'infractions pénales.
- Solliciter l'aide des services du Conseil départemental, en particulier, la PMI, les services sociaux.

ÉTABLIR UN CERTIFICAT MÉDICAL OU UNE ATTESTATION PROFESSIONNELLE

- Peut être utilisé pour faire valoir les droits de la victime et obtenir une mesure de protection.

La consultation et l'examen clinique de la patiente sont un préalable indispensable à la rédaction du certificat.

- N'exprimer aucun jugement ni aucune interprétation: le rédacteur ne se prononce pas sur la réalité des faits, sur la responsabilité d'un tiers, ni sur l'imputabilité.
- Ne pas désigner nommément le tiers responsable.
- Reporter les dires spontanés de la victime sur le mode déclaratif, entre guillemets, sous la forme: « X dit avoir été victime de... », « la victime déclare... », « selon les dires de la victime... ».
- Noter les doléances de façon exhaustive (sans interprétation ni tri) et entre guillemets, et les symptômes exprimés par la victime en utilisant ses mots.
- Décrire avec précision et sans ambiguïté les faits médicalement constatés (signes cliniques des lésions, signes neurologiques, sensoriels et psycho-comportementaux constatés), en s'appuyant sur l'examen clinique.
- Faire figurer les antécédents qui peuvent interférer avec les lésions traumatiques (état antérieur) uniquement avec l'autorisation expresse de la patiente.

- Préciser, en cas de violences psychologiques à l'origine de symptômes psychologiques, en quoi ils altèrent les conditions et la qualité de vie de la personne: les violences psychologiques constituent une effraction psychique au même titre que les violences physiques, et de longue durée.
- Mentionner si besoin des éléments cliniques négatifs ainsi que la prise de photos ou la réalisation de schémas anatomiques datées et identifiées, avec l'accord de la victime et en conservant un double des photographies.
- Déterminer une ITT (Incapacité totale de travail) lors du certificat initial n'est pas obligatoire: à éviter en l'absence de compétences spécifiques (l'ITT sera fixée ultérieurement à la demande des autorités par les services compétents).
- Modèles de certificats/d'attestations et conseils à consulter en annexe des Recommandations de bonne pratique « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple »:
 - si vous êtes médecin;
 - si vous êtes sage-femme;
 - si vous êtes chirurgien-dentiste;
 - si vous êtes masseur kinésithérapeute;
 - si vous êtes infirmier.

RESSOURCES

■ Numéros d'urgence

- Violences Femmes Info: 3919
- Demande d'hébergement d'urgence: 115

■ Sites d'information

- www.stop-violences-femmes.gouv.fr (à conseiller aux victimes et qui comporte également une rubrique dédiée aux professionnels)
- Declicviolence: <http://declicviolence.fr/index.html>

■ Recommandations de bonne pratique « Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple ».

POUR EN SAVOIR PLUS

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

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 19 SEPTEMBRE 2019

LOI RELATIVE À LA BIOÉTHIQUE

Le HCE salue les avancées, mais souhaite faire progresser le texte sur la filiation pour la PMA et l'IMG

Alors que le projet de loi relatif à la bioéthique a été présenté en première séance publique le 24 septembre, le Haut Conseil à l'Égalité souhaite en saluer les avancées pour les femmes mais également souligner quelques articles qui doivent encore être enrichis ou modifiés.

SUR LA PROCRÉATION MÉDICALEMENT ASSISTÉE (PMA): AIDE MÉDICALE À LA PROCRÉATION

Suite à ses précédentes prises de position, dans son Avis du 1^{er} juillet 2015, le HCE réaffirme son soutien à l'ouverture de la PMA, ainsi que la prise en charge financière des actes de PMA pour les couples de lesbiennes et les femmes célibataires, selon les modalités de prise en charge prévues pour les couples hétérosexuels. L'exclusion actuelle des couples de lesbiennes et des femmes célibataires soulève en effet des enjeux en matière d'égalité entre toutes les femmes et entre toutes les sexualités.

Cependant, concernant l'inscription, dans l'acte de naissance intégral des enfants de couples de lesbiennes, de la mention de la déclaration anticipée de volonté (article 4), le HCE alerte les parlementaires sur le fait que cette distinction représenterait une nouvelle discrimination entre les couples hétérosexuels et les couples de femmes, inutile de surcroît puisque le recours à un tiers donneur constitue une évidence pour les couples de lesbiennes.

SUR L'AUTOCONSERVATION DES OVOCYTES (ARTICLE 2)

16 % des Françaises – 22 % pour celles qui ont entre 30 et 45 ans – seraient prêtes à congeler leurs ovocytes^[1] à des fins de procréation. Le HCE soutient la possibilité d'une autoconservation de gamètes pour les femmes comme pour les hommes et salue l'amendement voté en commission spéciale sur l'interdiction faite à toute entreprise ou toute structure de prendre en charge les frais de conservation (comme c'est le cas dans certaines entreprises américaines notamment), afin d'éviter d'éventuelles pressions du monde professionnel sur le choix des femmes.

SUR L'INTERRUPTION VOLONTAIRE D'UNE GROSSESSE POUR RAISON MÉDICALE (ARTICLES 19 À 21)

Le HCE souhaite faire disparaître la notion de gravité accolée au terme « péril » (article 20), terme qui signifie lui-même que l'existence d'une personne est menacée. Cette redondance peut jouer comme frein à une décision d'IMG.

Le HCE souligne également le risque d'instauration d'une nouvelle clause de conscience spécifique à l'IMG (article 21). Il convient simplement de restaurer le renvoi à la clause de conscience spécifique pour l'IVG. Le HCE réaffirme par ailleurs son opposition au maintien de toute clause de conscience venant se superposer à la clause de conscience générale.

[1] Sondage Odoxa, Étude sur la question de l'auto-conservation des ovocytes, 2015.

POUR EN SAVOIR PLUS

<http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/>



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 9 OCTOBRE 2019

VIH/SIDA

Données 2018 sur les découvertes de séropositivité VIH et diagnostics du sida

Santé publique France publie les dernières données disponibles sur les découvertes de séropositivité VIH et les diagnostics du sida, et leur évolution depuis 2013.

Le nombre total de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2018 est estimé à 6 200. Des diminutions sont observées dans plusieurs sous-groupes, en lien avec les actions de prévention mises en place. Par contre, aucune diminution n'est observée chez les femmes nées à l'étranger ainsi que chez les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH) nés à l'étranger, populations pour lesquelles une attention particulière doit être portée.

UNE BAISSÉ GLOBALE DU NOMBRE DE DÉCOUVERTES DE SÉROPOSITIVITÉ

Après plusieurs années de stabilité, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité VIH en 2018 est en diminution par rapport à 2017. La transmission par rapports hétérosexuels représente plus de la moitié des découvertes (56 %) et la transmission par rapports sexuels entre hommes 40 % d'entre elles.

Les régions les plus touchées sont, comme les années précédentes, les Départements français d'Amérique et en France métropolitaine, l'Île-de-France.

UNE ÉVOLUTION DIFFÉRENTE SELON LE LIEU DE NAISSANCE

La diminution des découvertes de séropositivité chez les personnes nées en France – hétérosexuel(le)s et HSH – observée depuis quelques années, se poursuit en 2018. Mais cette baisse n'est pas observée chez les HSH de 50 ans et plus, chez lesquels le nombre de découvertes de séropositivité augmente.

Pour les personnes nées à l'étranger, entre 2013 et 2018, le nombre de découvertes de séropositivité diminue chez les hommes hétérosexuels, est stable chez les femmes hétérosexuelles et augmente chez les HSH.

Les diminutions observées peuvent être le reflet :

- d'une diminution du nombre de personnes vivant avec le VIH mais ignorant leur séropositivité, dans un contexte d'augmentation du dépistage. Néanmoins, le dépistage doit encore être intensifié dans les populations les plus exposées, puisqu'encore plus d'un quart des découvertes de séropositivité en 2018 (29 %) se font à un stade avancé de l'infection ;
- et également d'une diminution de l'incidence du VIH depuis plusieurs années, qui pourrait être expliquée principalement par un effet TASP (« *treatment as prevention* ») et pour les HSH, de façon plus récente, par l'impact de la PrEP (prophylaxie pré-exposition).

Ces résultats sont communiqués à l'occasion de la sixième conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

PLUS D'INFORMATIONS :

• www.santepubliquefrance.fr/



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 15 OCTOBRE 2019

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE COLPOSCOPIE
ET DE PATHOLOGIE CERVICO-VAGINALENouvelles recommandations
sur les modalités du suivi post-
thérapeutique des patientes
ayant été traitées pour une lésion
précancéreuse du col de l'utérus

La Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale (SFCPCV) se félicite des nouvelles recommandations de L'institut National du Cancer (INCa) qui indiquent l'utilisation du test HPV comme le test de référence du suivi post conisation.

En effet, le frottis n'est désormais plus indiqué pour le suivi des femmes traitées. Le test HPV a effectivement démontré sa très large supériorité sur le frottis dans cette situation. Un test HPV négatif dans les suites du traitement d'une lésion intra-épithéliale de haut grade du col de l'utérus permet de garantir le succès du traitement. Dans cette situation, **seul un test HPV positif fait désormais indiquer la réalisation d'une colposcopie à la recherche d'une récurrence**. Le test HPV se fait sur un prélèvement cervico-vaginal, exactement comme le frottis, 6 mois après le traitement. En plus d'optimiser le suivi de ces patientes, les meilleures performances du test HPV permettent de l'alléger en augmentant l'intervalle entre deux tests de surveillance post-thérapeutique qui ne doivent désormais être réalisés que tous les trois ans.

Cette recommandation apporte une nouvelle indication du test HPV en pratique courante. Rappelons que la **Haute Autorité de Santé a récemment reconnu la supériorité du test HPV sur le frottis pour le dépistage du cancer du col de l'utérus** et le recommande dans cette indication.

Selon la SFCPCV : « *Ces nouvelles recommandations modifient totalement la manière dont les femmes sont dépistées, prises en charge et suivies par les médecins. Elles vont imposer un encadrement rigoureux pour une mise en place optimale et efficiente dans le cadre d'un dépistage organisé national qui tarde à se mettre en place malgré son annonce début 2019.* »

À propos de la SFCPCV

La Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico-Vaginale est une association née en France en 1977 et régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. L'association regroupe tous les praticiens de santé qui s'intéressent à la prévention du cancer du col de l'utérus. Son but est d'émettre des recommandations concernant le dépistage du cancer et des lésions précurseurs du col utérin, la pratique de la colposcopie, la prise en charge des lésions dépistées. La SFCPCV participe majoritairement à l'enseignement de la colposcopie et de la pathologie cervico-vaginale en France. Elle a pour objectif de mettre en œuvre une assurance qualité dans la prise en charge des précurseurs du cancer du col mais aussi d'étendre l'influence de l'école Française dans les pays francophones en Europe et dans le monde en collaboration avec la Fédération Européenne de Colposcopie (EFC) et la Fédération Internationale (IFCPC).

PLUS D'INFORMATIONS :

- **Site Internet**
<http://www.societe-colposcopie.com>
- **Lien pour accéder à la Vidéo questions/réponses à destination du grand public :** <https://sfpcv.e-congres.com/fr/#session-grand-public>

Pratiques de l'épisiotomie :
enquête auprès des
membres du Collège
National des Gynécologues
Obstétriciens Français
(CNGOF)

OBJECTIF

L'objectif principal était de réaliser une évaluation des pratiques à propos de l'épisiotomie au sein des membres du CNGOF.

MÉTHODES

En novembre 2018, a été réalisée auprès des membres du CNGOF une enquête sur la base d'un questionnaire en ligne. Nous avons recueilli de manière prospective : les caractéristiques des répondants, la fréquence d'utilisation de l'épisiotomie et les indications systématiques dans l'accouchement spontané et instrumental, les habitudes de réalisation et de réparation de l'épisiotomie, les modalités habituelles d'information de la femme, les éléments consignés dans le dossier médical.

RÉSULTATS

Trois cent quatre-vingt-neuf membres du CNGOF ont répondu à l'enquête ; 69 % déclaraient réaliser une épisiotomie dans moins de 10 % des cas en cas d'accouchement spontané en présentation céphalique. L'indication d'épisiotomie systématique la plus fréquente pour l'accouchement spontané et instrumental était l'antécédent de lésion obstétricale du sphincter anal (LOSA) (plus de 30 % des participants).

L'épisiotomie systématique était moins fréquente en cas d'accouchement par ventouse que par forceps (OR = 0,18 [0,08 – 0,37]) ou spatules (OR = 0,28 [0,12 – 0,59]).

La majorité (94 %) des médecins déclaraient réaliser des épisiotomies médio-latérales, 64 % avec un angle de section inférieur ou égal à 45°, et 50 % réparaient par une suture continue résorbable. La moitié (46 %) déclarait informer les femmes et recueillir leur consentement avant le geste.

CONCLUSION

Plusieurs pratiques, l'information des femmes, l'angle de section, et la technique de réparation de l'épisiotomie, sont susceptibles d'être modifiées par les nouvelles recommandations du CNGOF sur la protection périnéale.

B. Gachon, A. Charveriat, F. Pierre, X. Fritel

GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE FERTILITÉ & SÉNOLOGIE
47 (2019) 627 – 636

Utilisation des coupes menstruelles, étanchéité, acceptabilité, sécurité et disponibilité : Revue systématique et méta-analyse

Menstrual cup use, leakage, acceptability, safety, and availability: a systematic review and meta-analysis.

BACKGROUND

Girls and women need effective, safe, and affordable menstrual products. Single-use products are regularly selected by agencies for resource-poor settings; the menstrual cup is a less known alternative. We reviewed international studies on menstrual cup leakage, acceptability, and safety and explored menstrual cup availability to inform programmes.

METHODS

In this systematic review and meta-analysis, we searched PubMed, Cochrane Library, Web of Science, Popline, Cinahl, Global Health database, Emerald, Google Scholar, Science.gov, and WorldWideScience from database inception to May 14, 2019, for quantitative or qualitative studies published in English on experiences and leakage associated with menstrual cups, and adverse event reports. We also screened the Manufacturer and User Facility Device Experience database from the US Food and Drug Administration for events related to menstrual cups. To be eligible for inclusion, the material needed to have information on leakage, acceptability, or safety of menstrual cups.

The main outcome of interest was menstrual blood leakage when using a menstrual cup. Safety outcomes of interest included serious adverse events; vaginal abrasions and effects on vaginal microflora; effects on the reproductive, digestive, or urinary tract; and safety in poor sanitary conditions. Findings were tabulated or combined by use of forest plots (random-effects meta-analysis). We also did preliminary estimates on costs and environmental savings potentially associated with cups. This systematic review is registered on PROSPERO, number CRD42016047845.

FINDINGS

Of 436 records identified, 43 studies were eligible for analysis (3319 participants). Most studies reported on vaginal cups (27 [63 %] vaginal cups, five [12 %] cervical cups, and 11 [25 %] mixed types of cups or unknown) and 15 were from low-income and middle-income countries. 22 studies were included in qualitative or quantitative syntheses, of which only three were of moderate-to-high quality. Four studies made a direct comparison between menstrual cups and usual products for the main outcome of leakage and reported leakage was similar or lower for menstrual cups than for disposable pads or tampons (n = 293).

In all qualitative studies, the adoption of the menstrual cup required a familiarisation phase over several menstrual cycles and peer support improved uptake (two studies in developing countries). In 13 studies, 73 % (pooled estimate: n = 1144; 95 % CI 59-84, I² = 96 %) of participants wished to continue use of the menstrual cup at study completion.

Use of the menstrual cup showed no adverse effects on the vaginal flora (four studies, 507 women). We identified five women who reported severe pain or vaginal wounds, six reports of allergies or rashes, nine of urinary tract complaints (three with hydronephrosis), and five of toxic shock syndrome after use of the menstrual cup.

Dislodgement of an intrauterine device was reported in 13 women who used the menstrual cup (eight in case reports, and five in one study) between 1 week and 13 months of insertion of the intrauterine device. Professional assistance to aid removal of menstrual cup was reported among 47 cervical cup users and two vaginal cup users.

We identified 199 brands of menstrual cup, and availability in 99 countries with prices ranging US\$0.72-46.72 (median \$23.3, 145 brands).

INTERPRETATION

Our review indicates that menstrual cups are a safe option for menstruation management and are being used internationally. Good quality studies in this field are needed. Further studies are needed on cost-effectiveness and environmental effect comparing different menstrual products.

Van Eijk AM, Zulaika G, Lenchner M, Mason L, Sivakami M, Nyothach E, Unger H, Laserson K6, Phillips-Howard PA.

LANCET PUBLIC HEALTH. 2019 AUG; 4 (8): E376-E393. DOI: 10.1016/S2468-2667(19)30111-2. EPUB 2019 JUL 16.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Leakage : étanchéité - Availability : disponibilité - Affordable : abordable/accessible - Resource-poor settings : milieux pauvres en ressources - Adverse event : événements/effets indésirables - Forest plots : graphiques en forêt - Low-income and middle-income : faibles revenus et revenus moyens - Of which : dont/parmi lesquels - Disposable pads : tampons jetables - Peer support improved uptake : soutien amélioré par les pairs - Wounds : blessures/plaies - Complaints : plaintes - Dislodgement of an intrauterine device : déplacement d'un dispositif intra-utérin - Removal : retrait - Brands : marques/enseignes - Cost-effectiveness : rentabilité.

Ruptures périnéales en obstétrique et risque d'incontinence anale chez les primipares, à 12 mois post-partum : Étude de cohorte prospective

Obstetric perineal ruptures-risk of anal incontinence among primiparous women 12 months postpartum: a prospective cohort study

BACKGROUND

Anal incontinence leads to impairment of the quality of life and lower self-esteem with implications for social, physical, and sexual health; anal incontinence after vaginal delivery is a major concern for many women. Only about half of the cases of postpartum anal incontinence can be related to anal sphincter injuries, and the remaining cases must thus be related to other factors.

OBJECTIVE

The aim of this study was to examine the association between maternal and obstetric characteristics, including the degree of perineal rupture and anal incontinence 12 months postpartum. Furthermore, the aim was to investigate the association between anal sphincter muscle defects, perineal length, and perineal strength and the risk of anal incontinence.

MATERIALS AND METHODS

We conducted a prospective cohort study at 4 Danish hospitals: Odense University Hospital, Aarhus University Hospital, Esbjerg Hospital, and Kolding Hospital. Baseline data were obtained 2 weeks postpartum in relation to an evaluation of perineal wound healing. Symptoms of anal incontinence were evaluated 12 months postpartum by a Web-based questionnaire (St. Mark's incontinence score questionnaire). In addition, defects in the anal sphincter muscles were examined using endoanal ultrasound, perineal length was measured, and perineal strength was examined using anal manometry. The main outcome measurement was anal incontinence defined as a St. Mark's score of > 4. We performed multivariate analyses to investigate the risk factors for anal incontinence and to investigate the risk of anal incontinence according

to endoanal ultrasound scanning and anal manometry findings.

RESULTS

A total of 603 primiparous women (203 with no/labia/first-degree ruptures, 200 with second-degree ruptures, and 200 with third-/fourth-degree ruptures) were included between July 2015 and January 2018. At 12 months postpartum, 575 women (95 %) answered the questionnaire; 193 with no/labia/first-degree ruptures, 193 with second-degree ruptures, and 189 with third-/fourth-degree ruptures.

A total of 499 women underwent an endoanal ultrasound scanning and 482 women underwent anal manometry. Anal incontinence with a St. Mark's score of > 4 was reported by 7 % and 9 % of women with no/labia/first-degree ruptures or second-degree ruptures, respectively, and by 14 %, 15 %, 35 %, and 33 % of women with ruptures of degree 3a, 3b, 3c, and 4, respectively.

Compared to women with no or minor tears, women with anal sphincter ruptures had a higher risk of anal incontinence (adjusted relative risk, 2.46; 95 % confidence interval, 1.28-4.71). Ruptures of degree 3c and 4 were associated with a substantial increase in risk of anal incontinence (adjusted relative risk, 4.74; 95 % confidence interval, 1.98-11.3; and adjusted relative risk, 2.23; 95 % confidence interval, 1.59-11.3, respectively), especially if a defect in the external or internal anal sphincter muscle was present (adjusted relative risk, 4.74; 95 % confidence interval, 1.54-14.5; and adjusted relative risk, 6.58; 95 % confidence interval, 3.35-12.9, respectively). The risk of anal incontinence increased by 8 % per 1-unit increase in body mass index (adjusted relative risk, 1.08; 95 % confidence interval, 1.03-1.14).

CONCLUSION

Obesity with body mass index of > 29.9 and a high-degree rupture (3c or 4), especially with a persistent defect in the internal or external anal sphincter muscle, increased the risk of anal incontinence.

Gommesen D, Nohr EA, Qvist N, Rasch V.

AM J OBSTET GYNECOL. 2019 AUG 23. PII: S0002-9378 (19) 31028-2. DOI: 10.1016 / J.AJOG.2019.08.026. [EPUB AHEAD OF PRINT]

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Leads to impairment : conduit à l'affaiblissement - *Remaining* : restant - *Furthermore* : par ailleurs - *Length* : longueur - *Strength* : force - *Wound healing* : cicatrisation des plaies - *Findings* : résultats - *Underwent* : ont subi - *Increase* : augmentation.



INSTITUT NAISSANCE & FORMATIONS

Se former, c'est avancer

CONNAISSANCE & MAÎTRISE DU PÉRINÉE

Rééducation périnéale féminine par l'art du TV de Dominique Trinh Dinh

NOUVELLES FORMULES

CMP - Programme de base
2 x 3 jours - Pratiques sans TV

Modules d'approfondissement
2 jours - Pratiques sans TV

- Module Pathologies ano-digestives
- Module PTAE pathologiques
- Module Pathologies urinaires
- Douleurs et violences : la femme en souffrance

3 jours

Eutonie en rééducation périnéale féminine

3 jours

Sexualité et rééducation périnéale féminine

CMP Niveau 1

2 x 4 jours
Pratiques avec TV

3 jours

Travail corporel en rééducation périnéale féminine

2 jours et demi

Émotions et relations soignantes-soignée
"à la découverte des fleurs de Bach"

Pratiquer dès le lendemain du séminaire

Prise en charge possible
DPC - FIF PL - Kairos
FSSF - Datadocké

Visitez notre site pour connaître les dates des formations et vous inscrire en ligne

www.institutnaissanceetformations.fr

N'hésitez pas à contacter
Jocelyne Dallem

+33 (0) 3 89 62 94 21
cmp.info@free.fr
2a rue du Paradis
68190 Ungersheim



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

TOUTES NOS FORMATIONS PEUVENT ÊTRE ORGANISÉES EN "GROUPE CONSTITUÉ"

ÉCHOGRAPHIE ET EXAMENS COMPLÉMENTAIRES DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE NORMALE

Intervenantes : Évelyne Rigaut (SF-Écho)
Lorraine Guénédal (Biologiste)
Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous

L'INSTALLATION EN LIBÉRAL

Intervenante : Laurence Platel (SF).
Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous

LA PRATIQUE LIBÉRALE: CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS

Intervenante : Laurence Platel (SF).
Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous

LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES À BAS RISQUES

Intervenante : Amélie Battaglia (SF)
Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous

INITIATION A LA PENSÉE CRITIQUE

Intervenante : Amélie Battaglia (SF)
Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous

LA SEXOLOGIE DANS L'ACCOMPAGNEMENT DE NOS PATIENTES ET DE LEURS CONJOINTS

Intervenante : Nicole Andrieu (SF)
Date et lieu: 29-30-31 janvier à Lyon (69)

EUTONIE: RÉÉDUCATION EN POSTNATAL

Intervenante : Martine Gies (SF)

• Session I: Découverte
Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous

• Session II: Les pathologies urinaires (Pré requis: session I)
Date et lieu: 13-14 janvier 2020 à Rouen

• Session III: Retrouver la mobilité et le dynamisme (Pré requis: session II)
Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous

• Session IV: Analyse du mouvement. Respect de soi, de l'autre (Pré requis: session III)
Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous

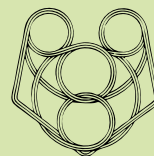
ACCOMPAGNEMENT VERS LA NAISSANCE ET LA PARENTALITÉ

Intervenante : Odile Tagawa (SF)

• Session I: Prénatal
• Session II: Postnatal
Date et lieu: mars 2020 à Marseille (date à préciser)

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
www.haptonomie.org





Medic Formation

Formation professionnelle continue médicale

Sexologie, Rééducation et périnée



Rééducation périnéale manuelle et corporelle



3 jours

Rééducation périnéale



4 jours

Rééducation périnéale approfondissement



3 jours

Périnée, mouvement et danse



3 jours

Sexologie Niveaux I et II



3 jours

Eutonie en rééducation périnéale



4 jours

Ostéopathie, traitement des dysfonctions périnéales



3 jours

Prise en charge et techniques applicables aux vulvodynies et au vaginisme



3 jours

Prise en charge des patientes présentant une mutilation sexuelle



2 jours

Retrouvez les programmes, lieux et dates sur 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 - Site : www.medicformation.fr - Tél : 01 40 92 72 33

N° de déclaration d'activité 11 95 04903 95 - Agréé ODPC 1251 - Agréé DOEJEO/ intercaif-oref Rét : OF-11646 - Référencé : Datadock 005 70 55



evian®

EAU MINÉRALE NATURELLE

Née et préservée au cœur des Alpes,
l'eau evian® est pure et faiblement minéralisée.



evian® est adaptée à
l'alimentation des bébés.



evian® soutient les recommandations de l'OMS pour la promotion de l'allaitement maternel pendant les 6 premiers mois.



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



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

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