

LES **DO**

LES DOSSIERS
DE L'OBSTÉTRIQUE



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

#496 NOVEMBRE 2019

46^e année ISSN 0767-8293



DOSSIER
**SANTÉ
PUBLIQUE**

MAÏEUTIQUE De la globalité de la naissance. Stress et Grossesse : risques, prévention et prise en charge, en Préparation Globale à la Naissance®. Méthode De Valors

GYNÉCOLOGIE/OBSTÉTRIQUE Mère, enfant, placenta : un espace trin. Entre mythes et réalités, une perspective psychanalytique est-elle possible ? **1^{re} PARTIE**

SANTÉ PUBLIQUE DOSSIER ● Méthodologie du zonage applicable à la profession de sage-femme ● Naissances prématurées dans le Monde ● Maternité parentalité. Éléments saillants en Bourgogne-Franche-Comté

SCIENCES HUMAINES Devenir et être Sage-femme en France en 2018 (Étude sociologique)

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 nécessitaient 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



- 02** **ÉDITORIAL**
BENOÎT LE GOEDEK
- 04** **MAÏEUTIQUE**
De la globalité de la naissance. Stress et Grossesse : risques, prévention et prise en charge, en Préparation Globale à la Naissance® Méthode De Valors
AURORE DRUGMANNE
- 12** **GYNÉCOLOGIE | OBSTÉTRIQUE**
Mère, enfant, placenta : un espace trin. Entre mythes et réalités, une perspective psychanalytique est-elle possible ? 1^{re} PARTIE
MICHÈLE GERSANT
- 17** **SANTÉ PUBLIQUE**
DOSSIER SANTÉ PUBLIQUE
- 17** Méthodologie du zonage applicable à la profession de sage-femme
ARRÊTÉ PARU AU JOURNAL OFFICIEL

- 25** Naissances prématurées dans le Monde
PUBLICATION DE L'OMS
- 28** Maternité parentalité. Éléments saillants en Bourgogne-Franche-Comté
ORS FRANCHE COMTÉ ET ARS
- 34** **SCIENCES HUMAINES**
Devenir et être Sage-femme en France en 2018
ÉTUDE SOCIOLOGIQUE
GRAND PRIX EVIAN

- 40-46** RECHERCHE
- 42** KIOSQUE
- 42** AGENDA EN BREF
- 43** COMMUNIQUÉS
- 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 :
Sharon McCutcheon/Unsplash.

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

LES ANNONCEURS

- C2** Gifrer
- C3** Phenix Vivaltis
- C4** Grandir Nature
- 03** Congrès "Les Dialogues de l'Obstétrique" (D.O.)
- 11** Laboratoires Bailleul
- 16** Congrès Maternité
Hôpital Américain de Paris
- 21** Lancement du "Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme" 2020
- 29** Azanta
- 33** Euromédial
- 41** Evian
- 47** Formations ANSFL
- 48** Médicformation

OURS

COMITÉ DE RÉDACTION

RÉDACTEUR EN CHEF
Benoît Le Goedec, Sage-femme
Benoitlegoedec@gmail.com

MEMBRES

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

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

CONCEPTION GRAPHIQUE

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

ÉDITION ÉDITIONS ESKA

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

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge KEBABTCHIEFF
serge.kebabtchieff@eska.fr

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.kebabtchieff@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.kebabtchieff@eska.fr

ONT PARTICIPÉ À CE NUMÉRO

Amélie AUBERT-PLARD, Anthropologue, Groupe Danone, affiliée à l'Université Paris Nanterre
Aurore DRUGMANNE, Sage-femme, Sophrologue
Michèle GERSANT, Sage-femme

Alexandra MUSSO, Sage-femme enseignante, Nice

Marie WALSER, Consultante Socio-anthropologue

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 : Novembre 2019

Quelques informations qui ont ou auront de l'incidence sur nos pratiques

L'Insee publie **l'indice actuel de la pauvreté en France** et constate son augmentation de 0,6 % soit 9,3 millions de plus de personnes concernées (14,7 % de la population) par rapport à l'an passé. Nous savons que les femmes sont toujours les plus vulnérables...

Le **projet de révision des lois bioéthiques** a été adopté en première lecture avec notamment l'extension de l'AMP aux couples de femmes et aux femmes seules.

En revanche l'AMP aux hommes transgenres et l'AMP avec les gamètes d'un conjoint décédé ont été rejetées.

La Commission sénatoriale auditionne actuellement des experts avant de rendre son avis. Alain Milon la préside. Il est personnellement favorable à l'extension de l'AMP ainsi qu'à la GPA.

Les sages-femmes, ainsi que les infirmiers et les professions de la rééducation voient leurs disciplines respectives accéder au **statut de sciences universitaires** à part entière. En entrant à la CNU, la recherche en maïeutique va pouvoir être menée dans sa discipline et non sous couvert d'une autre spécialité comme actuellement.

Enfin, **le zonage sages-femmes** est sorti, avec une nouvelle méthodologie (cf. page 17). Ce sont les ARS désormais qui transmettent à la Direction générale de l'Offre de soins la liste des bassins de vie en définissant les zones sous-dotées ou très sous-dotées à partir de l'indicateur d'accessibilité potentielle exprimé en équivalent temps plein accessible pour 100 000 femmes.

Bonne lecture !

Benoît Le Goedic, Sage-femme,
Rédacteur en chef des D.O.

			<h2>ABONNEMENT 2019</h2>	
TARIF D'ABONNEMENT 11 NUMÉROS PAR AN				
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.				
			VOS COORDONNÉES <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M ^{lle} <input type="checkbox"/> M. (en lettres capitales) Nom Prénom Adresse Code postal [][][][][] Ville Pays Téléphone E-mail Exercice professionnel (Libéral, PMI, Public, Privé, Autre)	
			s'abonne aux Dossiers de l'Obstétrique Éditions ESKA, 12 rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris Tél. 01 42 86 55 65 - Fax 01 42 60 45 35 - Email: adv@eska.fr	
Renvoyer le coupon à: Dossiers de l'Obstétrique - Éditions ESKA - 12 rue du Quatre-Septembre - 75002 Paris - T. 01 42 86 55 65 - F. 01 42 60 45 35				

Paris

LES DIALOGUES DE L'OBSTÉTRIQUE

2020

ANCIENNEMENT "JE SUIS LA SAGE FEMME"

Printemps 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 CFEE 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



DE LA GLOBALITÉ DE LA NAISSANCE

Stress et Grossesse: risques, prévention et prise en charge, en Préparation Globale à la Naissance[®] MÉTHODE DE VALORS

PAR AURORE DRUGMANNE, SAGE-FEMME, SOPHROLOGUE*

« Si petit qu'il soit, un enfant, à qui sa mère et/ou son père parle (nt) des raisons qu'ils connaissent ou qu'ils supposent de sa souffrance, est capable d'en surmonter l'épreuve en gardant confiance en lui et en ses parents. »

FRANÇOISE DOLTO

INTRODUCTION

Lors de mon travail quotidien auprès des femmes enceintes (sage-femme libérale et hospitalière), j'ai pu constater que le stress est pour beaucoup d'entre elles, omniprésent pendant la grossesse... C'est plus particulièrement lors de l'entretien prénatal précoce du 4^e mois, que celui-ci est mis à jour, lorsqu'un temps est donné aux futures mères et/ou parents, pour livrer leur ressenti et leur vécu de la grossesse.

Cependant, nous pouvons constater, lors des consultations prénatales, que les maux de la grossesse peuvent être majorés chez les patientes anxieuses ou stressées.

Les multipares ne sont guère épargnées puisqu'elles sont également sujettes à l'anxiété prénatale, même si les modalités d'apparition pendant la grossesse diffèrent selon qu'il s'agisse d'un premier, d'un deuxième bébé ou plus.

Bon nombre de patientes hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré, se plaignent également d'anxiété prénatale, et puisque l'on connaît le lien entre celle-ci et les contractions précoces, il paraît déterminant de se préoccuper du bien-être émotionnel des futures mères, autant que de l'aspect médical de la grossesse⁽³²⁾.

En tant que sage-femme, j'ai toujours été convaincue de l'importance de l'accompagnement des mères quant aux émotions difficiles et aux peurs qui les traversaient.

Je reprenais des études de psychologie et de gestion du stress, à la recherche d'outils permettant d'accompagner et d'aider les futures mères, quand j'ai rencontré Marie-Hélène De Valors, créatrice de la méthode « Préparation Globale à la Naissance[®], Méthode De Valors[®] » (ci-après PG). Grâce à elle, je dispose désormais des « clefs » afin de pouvoir leur apporter une aide circonstanciée.

Cette méthode de préparation à la naissance et à la parentalité associe les différentes techniques nécessaires à la transformation et à la libération des peurs provenant de l'enfance, qui sont réactivées durant la période de vulnérabilité psychique que représentent la grossesse et le post-partum.

En effet, la principale découverte de cette grande accoucheuse est que pendant la grossesse, la patiente passe en « transparence psychique » (le seuil de censure séparant le conscient et l'inconscient devient alors perméable).

Ce mécanisme permet au contenu inconscient (patterns ou « modèles éducationnels ») d'émerger dans le conscient, créant une déstabilisation du « moi », voire un morcellement de celui-ci.

Grâce à la PG, M^{me} De Valors a préparé avec succès plus de 6 300 femmes à la naissance et à la parentalité. Elle a consacré sa carrière à la recherche et à l'enseignement de cette méthode et formé plus de 800 sages-femmes, ainsi que des psychologues et des médecins spécialisés en pédiatrie, et en gynécologie-obstétrique.

Ayant moi-même pu objectiver les bénéfices de la PG pour les futures mères, et après plusieurs années de formation et de supervision auprès d'elle, je succède à M^{me} De Valors et j'enseigne la formation dans les grandes villes françaises.

La patiente préparée à l'accouchement en PG appartient à toutes les couches sociales. Elle est considérée comme « normale ». Elle n'est pas en situation de précarité et ne présente pas de trouble psychique chronique. Sa demande est simple : bien accoucher et/ou bien faire pour son enfant. Elle est volontaire pour un travail de prise de conscience pendant sa grossesse, avec les techniques sophroniques, comme outil majeur.

Les effets délétères du stress sont aujourd'hui bien connus. Or, le fait de délivrer cette information aux mères peut être source de culpabilité, et accroître ainsi leur anxiété.

En prévention, il convient donc de leur proposer des solutions leur permettant de diminuer, voire de dépasser ce stress. C'est la raison pour laquelle, la sage-femme soucieuse d'aider les patientes à vivre une grossesse sereine devrait se former aux outils permettant de diminuer le stress et l'anxiété prénataux.

La PG et ses pratiques de sophro-pédagogie médicale nous permettent de former les futures mères afin qu'elles soient autonomes, actives et responsables (au sens positif du terme) de leur grossesse.

* Aurore Drugmanne, Sage-femme, Sophrologue, DU Médecine préventive en santé des femmes, DU Gestion du Stress et de l'Anxiété, Formatrice en Préparation globale à la Naissance[®], Méthode De Valors[®], Site : nposagesfemmes.org

Nous reviendrons en fin d'article sur une étude démontrant l'efficacité de la PG, concernant le vécu positif des patientes quant à leur grossesse et leur accouchement, le calme des bébés issus des grossesses préparées avec la méthode et la sérénité des jeunes mères durant la période postnatale.

ÉTAT DES LIEUX DU STRESS ET DE L'ANXIÉTÉ PRÉNATAUX

La grossesse et la naissance sont considérées pour la plupart des gens comme un heureux événement de la vie. Cependant, elles font également partie des événements les plus stressants dans la vie d'une femme^(16,22), surtout lorsqu'il s'agit d'une première grossesse⁽¹⁹⁾.

Selon Daniel Stern, pédopsychiatre, la grossesse est « un stress en soi », car elle correspond à une crise maturative⁽³³⁾. En effet, cette période est le siège de changements rapides et significatifs et nécessite pour la future mère des réactions d'adaptation afin de maintenir son bien-être émotionnel^(3,23).

Les changements sont d'ordre biologiques^(3, 16, 23), physiques^(7, 19), hormonaux⁽⁷⁾, sociaux^(3, 13, 16, 19, 23) et psychologiques^(3, 13, 16, 23). Ceci pour toutes les raisons qui ont été évoquées : changements de rôles⁽¹⁹⁾ (de fille de ses parents, à mère de son enfant), augmentation du stress, incertitudes et peurs rencontrées par la gestante⁽⁷⁾.

Chaque femme peut donc réagir différemment selon sa personnalité, son histoire, ses patterns ou modèles éducationnels vécus dans l'enfance, son expérience personnelle et le nombre de grossesses antérieures.

Le niveau de stress associé à cet événement peut donc différer d'une femme à l'autre⁽²¹⁾.

Lorsque les défis de la transition vers la parentalité sont considérés comme stressants et ne sont pas relevés par une adaptation de la part des futures mères, il est possible que celles-ci vivent une détresse posant un risque pour leur propre santé et leur bien-être, ainsi que pour celui de l'enfant en développement⁽³⁾.

En effet, le développement de la santé mentale et physique de l'enfant à naître débute in utero, et le fait d'être exposé à la détresse psychologique maternelle représente un risque réel pour le fœtus⁽¹⁸⁾ (cf. point 3.2). Le fait de réduire la détresse périnatale est donc un objectif vital de santé publique⁽²⁰⁾.

Selon certaines études, le pourcentage de femmes enceintes souffrant d'anxiété prénatale, varierait selon l'âge gestationnel :

- **Au cours du deuxième trimestre**, elle concernerait jusqu'à 12 à 15 % des gestantes ;
- **Au cours du troisième trimestre**, elle concernerait jusqu'à 14 % des gestantes, mais une étude a recensé jusqu'à 50 % des femmes enceintes à ce stade de la grossesse⁽¹⁶⁾.

Plusieurs études indiquent que les symptômes d'anxiété peuvent être plus élevés pendant la grossesse que pendant la période postnatale.

Enfin, 25 % des gestantes présenteraient un niveau élevé de peur de l'accouchement (FOC*) évalué par le questionnaire *Wijma Delivery Expectancy*.

Or, ces peurs de l'accouchement affectent négativement la santé mentale des femmes, ainsi que leur adaptation à la période néonatale⁽²⁾.

Les préoccupations maternelles concerneraient : leur propre santé, celle de leur bébé, le déroulement du travail et de l'accouchement, les soins à dispenser à leur nouveau-né durant la période postnatale^(7, 18), les changements significatifs induits par la naissance dans leur vie⁽⁷⁾, la peur de la douleur, celle de l'épisiotomie, ou encore la peur inconsciente de la mort en couches, tant pour elles-mêmes^(2, 34) que pour l'enfant⁽²⁾.

Si les futures mères ont peur de perdre leur fœtus/bébé, c'est souvent une expression de leur angoisse ; soit il s'agit de la peur de devenir mère (car elles ne se pensent pas à la hauteur), soit il y a eu un antécédent personnel ou dans l'entourage proche de décès néonatal.

Les peurs prénatales, enseignées en niveau 1 de la PG, peuvent être différenciées en trois catégories et concernent principalement : les peurs personnelles, traditionnelles ou archaïques et les peurs actuelles.

LES CONSÉQUENCES DU STRESS ET DE L'ANXIÉTÉ PRÉNATAUX

POUR LA MÈRE

■ Pendant la grossesse

D'après les résultats des études sur le sujet, une femme enceinte sujette au stress et à l'anxiété en période prénatale, peut présenter les troubles physiologiques et les symptômes suivants :

- troubles du sommeil⁽²⁾
- fatigue⁽¹²⁾
- perte de poids⁽¹⁶⁾
- hypertension artérielle^(19, 12)
- majoration des petits maux de la grossesse (nausées, vomissements, etc.)^(12, 16)

En outre, la grossesse sera plus à risque de complications obstétricales⁽⁷⁾, telles que fausse couche⁽¹⁶⁾ ou prééclampsie^(12,13,16,19).

Les patientes soumises au stress et à l'anxiété en prénatal présentent également un risque accru de consommation d'alcool et de tabac^(7, 10).

Elles encourent également un risque accru de développer des symptômes dépressifs au cours de la grossesse^(2, 15, 13, 22, 23). En effet, 1 femme enceinte sur 3 présenterait des symptômes comorbides de dépression et d'anxiété⁽²²⁾.

■ À l'accouchement

Les risques pour les futures mères concernées sont : la demande accrue de soins de santé pendant la période périnatale^(2, 7) : analgésiques pendant le travail⁽¹⁾, césarienne ou demande préalable de l'anesthésie péridurale alors que la douleur est peu ressentie^(1, 2), voire majoration des demandes d'épisiotomie⁽¹⁶⁾, due à la peur de la déchirure périnéale.

Les études ont révélé également une augmentation accrue de la perception de la douleur⁽²¹⁾, ainsi que des accouchements plus difficiles pour les patientes concernées⁽¹⁾.

Ces dernières présentent également un risque accru d'accouchement prématuré^(2, 3, 7, 8, 10, 13, 14, 16, 23) ou inversement, d'accouchement à terme dépassé⁽¹⁹⁾.

Comme nous l'avions exposé dans l'article « *Le versant psychique de l'accouchement* »⁽³⁸⁾, la peur de l'accouchement peut retarder la sécrétion des hormones par le cerveau

inconscient (hypophyse-hypothalamus), à l'origine de la mise en route du travail physiologique.

■ En post-partum

Durant la période postnatale, les patientes concernées pourraient présenter une vulnérabilité accrue aux troubles de l'humeur⁽¹⁹⁾, aux troubles psychologiques⁽¹⁶⁾, aux troubles de stress post-traumatiques⁽²⁾, ainsi qu'aux troubles dépressifs^(1, 3, 14, 18, 19, 22). La dépression postnatale concernerait entre 12 et 16 % des femmes ayant été soumises au stress en anténatal^(18, 23).

Il est à noter, qu'en cas de dépression postnatale, les femmes deviennent deux fois plus susceptibles de connaître de nouveaux épisodes dépressifs au cours des cinq prochaines années (Cooper, 1995)⁽¹⁰⁾. Les résultats révèlent également que les patientes concernées relatent un vécu négatif de l'accouchement^(2, 21), ou de la période postnatale⁽²⁾. Elles sont également plus à risque de développer des phénomènes auto-immuns en post-partum⁽¹⁹⁾, ainsi que des difficultés d'allaitement^(19, 21).

Enfin, concernant la vie de famille, les études révèlent une augmentation de la fréquence des conflits de couple en post-partum^(3, 10), d'actes de négligence et/ou de violence parentale⁽³⁾, une altération des relations familiales et du lien à l'enfant⁽²²⁾, un sentiment de moins grande responsabilité envers le nourrisson⁽²²⁾, ainsi qu'une réduction du soutien social⁽¹⁰⁾.

POUR L'ENFANT

■ Pendant la grossesse

Les fœtus de patientes sujettes au stress et à l'anxiété, présenteraient plus de risques de retard de croissance intra-utérin⁽²²⁾ avec, dans certains cas, des anomalies du développement cérébral, voire des dommages neurologiques⁽¹⁹⁾.

Ils seraient également plus exposés au risque de fausse couche⁽²³⁾, voire de mortinatalité^(3, 23).

■ À la naissance

Les nouveau-nés des patientes concernées, présenteraient un risque accru de morbidité et/ou de mortalité à la naissance^(3, 19), de naissance par césarienne en urgence⁽¹⁸⁾, de naissance prématurée^(14, 18, 22), d'admission aux soins intensifs néonataux⁽¹⁹⁾, d'infection néonatale⁽¹⁶⁾, d'insuffisance pondérale à la naissance^(8, 10, 12, 13, 14, 18, 22, 23), de microcéphalie⁽²³⁾, de faibles scores d'Apgar⁽²³⁾.

En outre, ces nouveau-nés auront plus de risque de présenter un comportement dépressif⁽²²⁾, une mauvaise qualité de sommeil^(18, 19), une réactivité plus élevée de l'axe hypothalamohypophysaire, en réponse au stress⁽¹⁸⁾: la cortisolémie s'en trouve augmentée.

Le lien entre la mère et son enfant pourra également s'en trouver perturbé^(3, 13, 15, 19, 20) avec, dans certains cas, une relation mère-enfant dysfonctionnelle⁽²²⁾.

■ Durant l'enfance et chez l'adulte en devenir

D'après les études sur le sujet, les nourrissons, enfants et adolescents de patientes sujettes au stress et à l'anxiété pendant leur grossesse, présenteraient une probabilité plus élevée de développer :

- **Au niveau physique** : une diminution de l'immunité adaptative^(5, 14), voire des troubles inflammatoires – comme l'asthme ou l'allergie^(14, 18) ;

- **Au niveau cognitif** : des troubles de déficit d'attention/hyperactivité^(5, 18), des déficits cognitifs^(7, 14, 18, 20, 22, 23), des troubles du comportement^(8, 10, 14, 18, 22), des troubles du développement neurologique et un risque de handicap^(14, 23) ;
- **Au niveau psychologique** : une réactivité accrue au stress⁽¹⁸⁾, des troubles anxieux^(14, 18), des troubles émotionnels^(5, 22), des symptômes dépressifs^(14, 19, 22), un tempérament difficile⁽⁵⁾, voire à l'adolescence et plus tard dans la vie : autisme, schizophrénie et des troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité^(5, 14, 19).

En outre, ils auront plus de risque de souffrir d'une relation mère-enfant perturbée tout au long de leur enfance^(3, 13, 15, 19, 20), avec les conséquences que l'on connaît sur la construction de l'identité propre d'un individu.

De nombreuses études ont d'ailleurs révélé un risque accru de criminalité chez l'enfant devenu adulte lorsqu'il y a eu complication obstétricale à la naissance, associée à un rejet maternel⁽³⁵⁾.

LES MESURES DE PRÉVENTION DU STRESS ET DE L'ANXIÉTÉ EN PRÉNATAL

La PG est un outil particulièrement adapté à l'état de stress actuel des femmes enceintes, car elle permet à la mère d'être active dans son évolution, jusqu'à l'accession à la fonction maternelle.

Ce qui permet de dépasser l'anxiété maternelle, c'est le fait que la future mère puisse mettre en place sa fonction maternelle grâce à l'attachement au bébé et ceci, avant l'accouchement physique. C'est ce qui lui permet de dépasser ses peurs et cela constitue l'intentionnalité de la PG.

En effet, par ses trois piliers que sont la psycho-généalogie, le toucher affectif et la sophropédagogie médicale, la PG permet aux futures mères, de mettre en place leur « devenir mère », et donc de résoudre leur maternalité (construction psychique de la future mère).

Selon Catherine Bergeret-Amselek, psychanalyste, « l'accouchement contient en condensé, pourrait-on dire, toute la maternalité qui se met en acte, qui se dramatise à travers le corps »⁽³⁶⁾.

Pour rappel, l'auteur a emprunté au psychiatre-psychanalyste Racamier, le terme de « maternalité » : condensation de « Maternel », « Maternité » et « Natalité ».

Par la psycho-généalogie (exploration du passé) la PG permet aux futures mères d'identifier les facteurs de stress et les peurs qui se présentent à elles, dans cette période de transparence psychique (cf. *Le versant psychique de l'accouchement*⁽³⁸⁾).

Une fois celles-ci identifiées, la future mère pourra comprendre l'origine de ses peurs et les explorer, dans le but de déconstruire les peurs irrationnelles, avec l'aide de la sage-femme spécialisée en PG.

Par le toucher affectif (attachement au bébé dans le présent) la future mère intègre dans son propre schéma, le schéma corporel de l'enfant et s'attache ainsi à lui.

La future mère peut développer et renforcer jour après jour un lien d'attachement fort avec son bébé. Une véritable communication tactile et émotionnelle va s'établir entre les deux êtres.

Le fœtus réagissant aux stimulations de ses parents alimentera ce sentiment de compétence maternelle et participera ainsi au renforcement du lien d'attachement mère-enfant, tout au long de la grossesse. La réponse du bébé, si minime soit-elle, rassurera la future mère et permettra de diminuer l'anxiété maternelle (une à deux stimulations journalières sont recommandées).

Rappelons que le toucher permet la sécrétion endogène d'ocytocine, bénéfique tant pour la mère que pour son fœtus puisque l'ocytocine a des propriétés relaxantes et euphorisantes⁽³⁷⁾.

La sage-femme formée en PG pourra d'ailleurs expliquer aux futurs parents la sensorialité fœtale.

La sophro-pédagogie médicale (exploration du futur) permet à la mère de construire sa fonction maternelle dans un futur positif possible et ce, grâce aux visualisations positives qui exploreront les différentes étapes de la grossesse, du travail, de l'accouchement, de la période postnatale et jusqu'à ce que l'enfant soit devenu grand.

La préparation personnelle de la future mère au vécu des contractions du travail consistera en un entraînement enregistré par la sage-femme que la future mère utilisera selon un rythme préétabli jusqu'à l'accouchement.

Cet entraînement personnel et actif de la future mère au travail de l'accouchement lui permettra la gestion autonome de ses contractions, une accélération de la dilatation et une réelle indolorisation grâce aux visualisations sophroniques, et, d'une manière générale, un accouchement facile (cf. étude exposée en fin d'article quant aux résultats de la PG).

Enfin, par des cours théoriques (relatifs à la grossesse, à l'accouchement, aux suites de couches, à l'allaitement, à la puériculture et à l'adaptation néonatale de l'enfant...), la future mère pourra se rassurer en apprenant les différentes étapes du développement du fœtus, de sa mise au monde, et de l'adaptation de celui-ci à la période néonatale.

Lors du premier entretien en PG, il est primordial d'instaurer une relation de confiance, d'alliance avec la future mère et ce, afin de pouvoir réaliser l'anamnèse la plus complète possible.

En tant que sages-femmes formées en PG, une fois que nous avons pu dresser un tableau exhaustif centré sur la future mère, il faut rechercher toutes les causes possibles du stress et de l'anxiété de celle-ci. Notre rôle est ensuite d'identifier ses peurs, la première cause de l'anxiété prénatale. Le fait d'éclairer la patiente sur celles-ci, et de trouver leur origine permet de diminuer leur impact sur son état émotionnel.

Ensuite, nous pouvons proposer à la patiente de garder à l'esprit l'origine de ses peurs, que l'entretien a permis de mettre en lumière, afin qu'elle puisse y travailler au fur et à mesure des séances de préparation à la naissance en PG.

Dans tous les cas, la prévention doit être ciblée sur les compétences maternelles. Cela passe par une personnalisation de la prise en charge du stress pour chaque gestante, d'où l'intérêt de l'entretien prénatal précoce, tel que décrit dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Selon Jean-Pierre Visier, pédopsychiatre, « en présence de manifestations de stress, [...] l'accueil des processus émotionnels par des figures attentives est à la base de la construction du sentiment de sécurité » et « la protection des émotions négatives

par une figure humaine attentive [...] permet de moduler les réactions de stress et d'en lisser les réactions biologiques »⁽²⁵⁾.

Toutes les méthodes centrées sur la mère et/ou sur la relation mère-enfant se sont révélées efficaces afin de diminuer l'anxiété maternelle :

- Les techniques de relaxation et de gestion du stress⁽²⁴⁾ telles que la sophrologie obstétricale ;
- Les techniques de médiation corporelle telles que la respiration, le fait de revenir à « ici et maintenant »⁽²⁴⁾, le yoga prénatal, tels qu'enseignés en niveau II de la PG ;
- La préparation à la naissance en règle générale, et les méthodes favorisant la création d'un lien fort avec l'enfant à naître et ce, bien avant l'accouchement, ainsi que le renforcement des connaissances de la future mère concernant la grossesse, l'accouchement, le post-partum, la vie et les rythmes du bébé⁽²⁴⁾, correspondant à la formation des sages-femmes se spécialisant en PG.

Les autres ressources pour prévenir ou prendre en charge le stress et l'anxiété maternels :

- Le fait d'anticiper la naissance et de se préparer aux changements, afin de pouvoir improviser en post-partum ce qui ne pouvait pas être anticipé en prénatal⁽²⁴⁾. Pour rappel, la philosophie de la PG repose sur le fait de préparer la mère à toute éventualité, en lui donnant l'accès à ses propres ressources, de manière à ce qu'elle sache que si tout ne se passe pas comme prévu, elle a été préparée de la meilleure manière possible à l'improvisation. Nous pouvons lui dire : « Vous venez de vivre en visualisation, et avec émotion, la naissance de votre bébé. Ce vécu va s'engraver dans votre mémoire cellulaire, celle du cerveau profond, ce qui vous aidera considérablement lorsque vous vivrez la naissance de votre enfant, dans la réalité ». En s'exprimant ainsi, on active toutes les forces positives de la future mère et on évite qu'elle soit déstabilisée par un événement imprévu. Nous ajouterons : « Cependant, si tout ne se passe pas exactement comme nous l'avions prévu, vous pourrez utiliser toutes vos compétences, quelles que soient les circonstances de la naissance. » Lorsque l'accouchement est effectué par un obstétricien, il peut facilement avoir recours à des gestes techniques, qui n'étaient pas absolument nécessaires, mais qui sont consécutifs à son intentionnalité (rapport au monde) à la naissance. C'est ce qui peut déstabiliser les mères, dans le vécu actuel des accouchements. C'est alors que nous pouvons prendre conscience de l'importance de la question : « Quels sont vos points faibles ? » lors de l'anamnèse en PG. Il s'agit en fait des traumas possibles résultant des patterns ou modèles éducationnels (comportement de la mère ou du père, lorsque la patiente était enfant). Les plus courants sont l'abandon psychique et l'excès d'autorité. Une prise de conscience de ses points faibles lui permettra de rester reliée à son bébé intérieurement, si pour quelque raison que ce soit une complication obstétricale venait à survenir le jour de l'accouchement.
- L'entretien prénatal précoce par les sages-femmes aussi appelé l'entretien du 4^e mois de grossesse⁽²⁵⁾
- Le fait que la sage-femme fasse une anamnèse la plus complète possible⁽²⁵⁾ reprenant tant les aspects physiques

que psychologiques, telle que celle enseignée en PG.

Notons que la sage-femme devrait tenir compte des facteurs psychosociaux, en tant que facteurs de risques médicaux ⁽²⁵⁾.

- Le travail en réseau pluridisciplinaire intra/extra hospitalier, qui participe au sentiment de sécurité de la patiente ⁽²⁵⁾.
- Le fait de lutter contre l'automédication de l'angoisse, qui peut entraîner un sentiment de culpabilité.
- Le langage positif de la part du personnel soignant : il serait plus adéquat de dire « *vous avez besoin de...* », plutôt que « *n'ayez pas peur...* ».

En PG, nous insistons sur l'importance du choix des mots. En effet, l'attitude et les mots employés par le corps médical peuvent avoir un impact positif ou négatif sur le vécu et le ressenti des futures mères. Par les mots, nous pouvons entraîner un retour en arrière chez la parturiente, en lui rappelant une attitude parentale toxique subie dans l'enfance, dont les plus fréquentes sont l'excès d'autoritarisme ou l'abandon psychique (cf. article relatif aux troubles psychiques du post-partum sur npagesfemmes.org)

- Une disponibilité accrue en prénatal : en effet la durée de disponibilité anténatale des soignants économise toujours le processus postnatal. Idéalement, les futures mères devraient être accompagnées durant la préparation à la naissance par la même sage-femme formée en PG, de manière à ce que les remontées de l'inconscient dans le conscient ou « *flashes* » puissent être accueillis et contenus par la sage-femme au fur et à mesure des prises de conscience. Il est important que la sage-femme puisse les noter sur la feuille d'anamnèse, de manière à suivre l'évolution de la mise en place du devenir-mère.

Les séances de préparation à la naissance font partie des principaux moyens par lesquels les gestantes peuvent apprendre des stratégies efficaces pour faire face aux peurs et aux douleurs du travail et de l'accouchement ⁽¹⁾.

Il a également été prouvé que le fait de suivre pendant la grossesse une approche intégrative de réduction du stress utilisant des pratiques reliant le corps à l'esprit peut aider à promouvoir une grossesse et une naissance eutociques.

Cette approche encourage également des comportements parentaux bénéfiques pour l'enfant, un bon développement socio-émotionnel et une bonne santé physique de l'enfant à naître ⁽³⁾.

La préparation en PG, permet de :

- prise de conscience du nouveau schéma corporel de la femme,
- gestion du stress et travail sur les peurs,
- valorisation de la confiance en soi,
- attitude positive face à l'accouchement,
- gestion de la douleur : réelle indolorisation durant le travail
- mise en place du devenir-mère de cet enfant-là (accouchement psychique) avant l'accouchement physique.

La PG s'appuyant sur des techniques sophro-pédagogiques issues de la sophrologie médicale, permet d'abaisser le niveau de stress et de diminuer la durée du travail.

En outre, l'intensité algique est faible à moyenne selon les dires des patientes préparées avec la méthode et ayant donné naissance à leur enfant.

■ Hypothèse en PG

La courte durée de dilatation pourrait être expliquée, entre autres, par la diminution du stress et de l'anxiété maternels que les patientes préparées en PG traduisent, en fin de grossesse, par un sentiment de confiance en elle et de sérénité.

Certaines peuvent le formuler de la sorte : « *On dirait que j'ai déjà accouché* », signe que le passage somato-psychique a bien été accompli.

En effet, le stress lié à l'accouchement peut allonger la durée du travail puisqu'il engendre à la fois contraction du col utérin et inhibition des contractions utérines.

Une étude publiée dans le *Journal d'Obstétrique et de Gynécologie* en 2012 a évalué l'impact de la sophrologie sur le stress des mères dans la période périnatale, particulièrement pendant le travail et l'accouchement. Ce stress était évalué par le dosage de la biopyrine, un métabolite dont la valeur augmente face à une situation de tension. Son taux urinaire a donc été mesuré pendant et après l'accouchement chez les patientes réparties en trois groupes : les femmes pratiquant la sophrologie, les femmes ayant recours à une anesthésie et les femmes du groupe contrôle qui n'utilisaient ni l'un ni l'autre. Les résultats ont montré une baisse du taux de biopyrine chez les femmes pratiquant la sophrologie par rapport aux femmes du groupe contrôle. La diminution du stress psychologique de ces patientes était plus importante que dans le groupe des femmes employant une anesthésie. Enfin, pour 96,82 % des femmes appartenant au groupe de sophrologie, l'issue de la grossesse est un accouchement par voie basse eutocique ⁽⁶⁾.

Comme nous l'avons détaillé ci-dessus, la PG s'appuie sur des techniques sophroniques puissantes permettant une auto-adaptation et une auto-gestion optimales du stress anténatal.

LES EFFETS POSITIFS DE LA GESTION DU STRESS PENDANT LA GROSSESSE

POUR LA MÈRE

■ Pendant la grossesse

D'après les études sur le sujet, les techniques de gestion du stress permettent la réduction de tous les risques liés au stress anténatal, tels que les risques d'accouchement prématuré ou à terme dépassé ⁽¹⁹⁾, ou encore la consommation de substances nocives ⁽³⁾, etc.

La santé physique maternelle est nettement améliorée ^(5, 8, 16, 23), le système immunitaire également ⁽³⁾.

En outre, les femmes enceintes concernées présentent une diminution du métabolisme, de la consommation d'oxygène, de la fréquence respiratoire ⁽¹⁹⁾, des paramètres pulmonaires ⁽¹⁶⁾, de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle ^(16, 19), ainsi que de l'activité cérébrale ⁽¹⁹⁾.

À cela s'ajoute une diminution de la sensation de fatigue, par l'amélioration du sommeil ⁽¹⁹⁾ et une diminution des petits maux et de la sensation d'inconfort de la grossesse ⁽¹⁶⁾.

Les gestantes diabétiques de type II présentent également une réduction de l'hyperglycémie ⁽²²⁾.

La pratique de la gestion du stress présente aussi de nombreux avantages pour la santé mentale maternelle ^(8, 16). En effet, les gestantes déclarent une nette réduction des troubles de l'humeur ^(22, 23), des sentiments de répression

et de colère ^(16, 19), de leur niveau de stress ^(3, 8, 16, 19, 23) et de celui de l'anxiété ^(3, 8, 16, 23).

En revanche, elles perçoivent une augmentation significative du sentiment de bien-être ^(3, 5, 8, 19), de contrôle ⁽¹⁹⁾ et de leur qualité de vie ⁽¹⁶⁾. Ces effets bénéfiques perdurent un mois suite à la mise en œuvre de la gestion du stress ⁽²²⁾, et disparaissent après 3 mois d'arrêt de la pratique ⁽⁸⁾.

■ À l'accouchement

D'après les résultats des études, les patientes ayant bénéficié de techniques de gestion du stress et de l'anxiété en prénatal, connaîtront une meilleure issue du travail et de la naissance ^(5, 8, 16, 23), avec une diminution de la durée de l'accouchement ⁽¹⁶⁾, une réduction de la douleur ^(8, 16) et un risque nettement diminué de naissance par césarienne ⁽¹⁹⁾ ou d'instrumentation ⁽¹⁶⁾.

POUR L'ENFANT

Les bébés de ces patientes auront un poids plus élevé à la naissance ^(16, 19) et seront généralement plus calmes dans les premiers mois de vie ⁽⁵⁾ (cf. l'étude exposée en fin d'article, sur les statistiques de la PG).

CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS

En tant que sages-femmes, notre rôle est d'informer les patientes sur les effets délétères du stress et de l'anxiété prénataux, mais également de leur faire bénéficier de techniques dont l'efficacité est prouvée, telles que la PG, afin de les aider à préserver/restaurer leur bien-être émotionnel, bénéfique pour la dyade mère-enfant.

Les informations dispensées par les sages-femmes à leurs patientes ne peuvent être exhaustives et doivent être per-

sonnalisées et adaptées aux situations vécues et au contexte psycho-médicosocial rencontré.

En sophrologie, il est question d'*alliance*, le sophrologue explique au patient la technique sophronique et lui demande s'il donne son accord.

De même, en PG, la sage-femme doit expliquer très précisément la méthode lors du premier entretien, afin que la patiente lui donne son accord. Elle valide ainsi son adhésion active à la préparation, ce qui est fondamental.

Le premier niveau de la PG, aborde la préparation à la naissance et à la parentalité de toutes les femmes enceintes.

Le second niveau abordera quant à lui la gestion de la pathologie pouvant être rencontrée par la sage-femme chez les patientes non préparées en PG (retard de croissance intra-utérin, menace d'accouchement prématuré, névroses et troubles du stress post-traumatiques du post-partum, etc.)*

Pour résumer, la sage-femme formée en PG pourra accompagner les femmes présentant un état dépressif lié à la grossesse.

Cependant, les dépressions de type chronique ou les troubles psychiatriques constituent des contre-indications à l'usage de la PG**.

* N.B: ne pas proposer la PG aux femmes souffrant de dépressions chroniques sans avis médical, car les patientes concernées pourraient décompenser de façon psychotique.

** Pour plus d'informations, veuillez consulter notre site: nposages-femmes.org, ou nous contacter à l'adresse suivante: nposagesfemmes@gmail.com

ÉTUDE RÉALISÉE AU SEIN DE DEUX MATERNITÉS

CONTEXTE DE L'ÉTUDE

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

LES AXES DE RECHERCHES SÉLECTIONNÉS

- Le vécu positif des patientes quant à leur grossesse et leur accouchement;
- Le calme des bébés « préparés » avec la méthode;
- La sérénité des jeunes mères durant la période postnatale.

LES RÉSULTATS

- **Le vécu positif des patientes quant à leur grossesse (CB)**
 - 1^{er} interrogatoire (sur 200 patientes interrogées)
 - À la question: « *La préparation vous a-t-elle aidée ?* » 100 % des patientes répondaient « *Oui* ».
 - 2^e interrogatoire (sur 40 patientes interrogées)
 - À la question: « *La préparation vous a-t-elle aidée à gérer le stress pendant la grossesse ?* » 100 % des patientes répondaient « *Oui* ».
- **Le vécu positif des patientes quant à leur accouchement (200 patientes)**

→ **Maternité A:** 41 primipares - 3 h 19
59 multipares - 2 h 01

→ **Maternité B:** 53 primipares - 3 h 22
47 multipares - 2 h 05

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

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

→ **Interrogatoire proposé à 40 patientes, dont:**

- 35 ayant accouché par voie basse sans péridurale,
- 2 ayant accouché par voie basse avec péridurale,
- 3 ayant donné naissance par césarienne (2 pour sièges, 1 pour échec de déclenchement)

- À la question: « *La Préparation Globale à la Naissance, Méthode De Valors® vous a-t-elle aidée ?* »:

- «... à accélérer la dilatation ? »
85 % patientes répondaient: « *Oui* ».

- «... à contrôler la douleur ? »
82.5 % patientes répondaient: « *Oui* ».

- «... à gérer le stress pendant le travail et l'accouchement ? »
100 % des patientes répondaient: « *Oui* ».

► **Le calme des bébés « préparés » avec la méthode**

- 1^{er} interrogatoire: (200 patientes interrogées)
 - À la question: « *Le bébé est-il calme ?* »
 - 100 % des patientes répondaient: « *Oui* ».
- 2^e interrogatoire: (40 patientes interrogées)
 - À la question: « *Le bébé est-il calme ?* »
 - 100 % des patientes répondaient: « *Oui* » dont 42,5 % précisaient « *particulièrement calme* ».

► **La sérénité des jeunes mères durant la période postnatale**

- À la question: « *La Préparation Globale à la Naissance, Méthode De Valors[®], vous a-t-elle aidée à être plus sereine en tant que jeune maman et à être plus confiante en l'avenir ? Confiante en l'avenir et plus sereine quant à la vie avec votre bébé ?* »
- 100 % des patientes répondaient: « *Oui* ».

BIBLIOGRAPHIE

1. BARDACKE N. et al. *Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison*, 2017. In : BMC Pregnancy Childbirth [En ligne], 2017. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5427564/> (Consulté le 03/03/2018).
2. BARDACKEN. et al. *"I've changed my mind", Mindfulness-based childbirth and parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: study protocol of the quasi-experimental controlled trial*, 2016. In : BMC Psychiatry 16 : 377.
3. BARDACKE N. et al. *Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period*, Avril 2010. In : Journal of Child and Family Studies, [En ligne], 2010. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20339571> (Consulté le 17/11/2017).
4. BARDACKE N. *Se préparer à la naissance en pleine conscience*, Le courrier du livre, septembre 2016. 374 pages.
5. CHAN KP. *Prenatal meditation influences infant behaviors*, juillet 2014. In : Infant behavior and development, n° 37, page 556-561. [En ligne], 2014. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25063985> (Consulté le 21/12/2017).
6. DEVEER C. *Préparation à la Naissance et à la parentalité : Impact de la sophrologie sur le déroulement de l'accouchement*. Travail réalisé en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage-femme, Lyon : université Claude Bernard, année 2015. 61 pages. [En ligne]. Disponible sur : http://bibnum.univ-lyon1.fr/nuxeo/nxfile/default/179c788d-b3e6-4703-8c54-6ed3be1cf330/blobholder:0/Msfb_2015_DEVEER_Camille.pdf (Consulté le 08/01/2018)
7. GOODMAN J. et al. *CALM Pregnancy: Results of a Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Perinatal Anxiety*, oct. 2014. In : Arch Womens Ment Health [En ligne], 2014. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4107206/> (Consulté le 03/03/2018)
8. GUARDINO C. et al. *Randomized Controlled Pilot Trial of Mindfulness Training for Stress Reduction during Pregnancy*, 2014. In : Psychol Health, [En ligne], 2014. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4160533/> (Consulté le 03/02/2018)
9. HUET M. et al. *Stress et grossesse : Impacts et interventions*. Travail réalisé en vue de l'obtention du Bachelor of Science Sage-femme. Lausanne : Haute école de santé Vaud, Haute école spécialisée de Suisse occidentale, année 2015. 84 pages. [En ligne]. Disponible sur : http://doc.rero.ch/record/259091/files/HESAV_TB_Huet_2015.pdf (Consulté le 18/03/2018)
10. HUGHESA. et al. *Mindfulness approaches to childbirth and parenting*, Oct.2009. In : British journal of midwifery [En ligne], 2009. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3846392/> (Consulté le 27/11/2017)
11. KHIANMAN B. et al. *Relaxation therapy for preventing and treating preterm labour*, juin 2011. In : Cochrane Database Systematic Review. [En ligne], 2012. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22895959> (Consulté le 02/02/2018).
12. MUTHUKRISHNAN S. et al. *Effect of Mindfulness Meditation on Perceived Stress Scores and Autonomic Function Tests of Pregnant Indian Women*, avril 2016. In : Journal of Clinical and Diagnostic Research [En ligne], 2016. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4107206/> (Consulté le 07/02/2018).
13. MUZIK M. et al., *Mindfulness Yoga during Pregnancy for Psychiatrically At-Risk Women : Preliminary Results from a Pilot Feasibility Study*, Nov. 2012. In : Complementary Therapies in Clinical Practice, [En ligne], 2012. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23059438/> (Consulté le 23/11/2017).
14. NWEBUBE C. et al. *Prenatal listening to songs composed for pregnancy and symptoms of anxiety and depression : a pilot study*. Mai 2017. In : BMC Complementary and Alternative Medicine [En ligne], 2017. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28482901/> (Consulté le 26/11/2017).
15. ROY MALIS F. et al. *Effects of an antenatal mindfulness-based childbirth and parenting programme on the post-partum experiences of mothers : a qualitative interview study*, février 2017. In : BMC Pregnancy Childbirth [En ligne], 2017. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28173769> (Consulté le 08/01/2018).
16. SADEGHI A. et al. *The effect of progressive muscle relaxation on pregnant women's general health*, Dec.2015. In : Iranian journal of nursing and midwifery research [En ligne], 2015. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4700682/> (Consulté le 07/12/2018),
17. TAYLOR B.L. et al. *The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in the Perinatal Period : A Systematic Review and Meta-Analysis*, 2016. In : Plos one, [En ligne], 2016. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4868288/> (Consulté le 22/12/2018).
18. TOMFOHR-MADSEN L. et al. *Mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress in pregnancy : study protocol for a randomized controlled trial*, Oct.2016. In : Trialsjournal, [En ligne], 2016. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5064936/> (Consulté le 19/11/2017).
19. TRAGEA C. et al. *A randomized controlled trial of the effects of a stress management programme during pregnancy*, 2014. In : Complementary therapies in medicine [En ligne], n° 22, 30 janvier 2014, p. 203-211. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com> (Consulté le 12/11/2017).
20. WOOLHOUSE H. et al. *Antenatal mindfulness intervention to reduce depression, anxiety and stress : a pilot randomised controlled trial of the MindBabyBody program in an Australian tertiary maternity hospital*, 2014. In : BMC Pregnancy Childbirth [En ligne], 2014. 14 : 369. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4215015/> (Consulté le 11/02/2018).
21. WULFFV. et al. *Music in obstetrics : An intervention option to reduce tension, pain and stress*. Sep.2017. In : Geburtshilfe Frauenheilkd. [En ligne], 2017. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5612774/> (Consulté le 23/11/2017).
22. YAZDANIMEHRR. et al. *The Effect of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy on Depression and Anxiety among Pregnant Women : a Randomized Clinical Trial*, Sep.2016. In : Journal of caring sciences [En ligne], 2012. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5045953/> (Consulté le 19/02/2018).
23. ZHENRONG C. et al. *The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions on Maternal Perinatal Mental Health Outcomes : a Systematic Review*, Janvier 2017. In : Mindfulness, [En ligne], 2017. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5506176/> (Consulté le 07/01/2018).
24. MARON Michel. *Stress et Anxiété en période périnatale*, CHRU Lille, 2015. (Conférence).
25. ROEGLERS Luc. *Stress et Grossesse : Quelle prévention pour quels risques ?* Société Francophone de Psychologie Périnatale, 2010. (Conférence).
26. BARDACKE Nancy. *Se préparer à la naissance en pleine conscience*, Le courrier du livre, septembre 2016. 374 pages.
27. BELAND M. et al. *French adaptation and validation of a scale measuring the fear of childbirth*, 2012. In : L'encéphale, [En ligne], 2012. Disponible sur : <https://www.emconsulte.com/produit/ENCEP> (Consulté le 07/02/2018).
28. BOURDET Delphine. *Une grossesse zen avec la sophrologie*, Le courrier du livre, 2014. 173 pages.
29. DRUGMANNE Aurore. Séance journalière de yoga prénatal, 2018.
30. HAS. *Préparation à la naissance et à la parentalité, Recommandations professionnelles* [Internet]. 2005. Disponible sur : http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
31. LANCELOT ALAIN, *Les 50 règles d'or de la sophrologie pour une pratique quotidienne*. Décembre 2017, Larousse pratique, 93 pages.
32. VENDITELLI F. et al. *Menace d'accouchement prématuré, stress, soutien psychosocial et psychothérapie : revue de la littérature*, juin 2002. In : Gynécologie Obstétrique & amp, Volume 30, n° 6, pages 503-513.
33. STERN Daniel. *La constellation maternelle*, Calmann-Lévy, juillet 1998, 296 pages.
34. FORT Josette. *Naissance et fantasme de mort*, L'harmattan, mars 2005, 256 pages.
35. RAINE A. et al. *Birth Complications Combined with Early Maternal Rejection at Age 1 Year Predispose to Violent Crime at Age 18 Years*, janvier 1994. In : Archives of General Psychiatry Volume : Volume 51, Number 12, pages 984-988.
36. BERGERET-AMSELEK Catherine. *Le mystère des mères*, édition Desclée de Brouwer, Octobre 2005, 183 pages.
37. MONTAGU A et al. *La peau et le toucher*, édition Seuil, Octobre 1979, 220 pages.
38. DRUGMANNE A. *Le versant psychique de l'accouchement*. In : Les Dossiers de l'Obstétrique, numéro 481. Juin 2018.

Oedien®

DIÉNOGEST/ÉTHINYLESTRADIOL 2 MG/0,03 MG, COMPRIMÉ PELLICULÉ

œstrogène + dienogest



Prise en continu :
28 comprimés

DOUBLE
INDICATION⁽¹⁾

LABORATOIRES BAILLEUL :
PLUS DE 25 ANNÉES D'EXPERTISE
DANS LE TRAITEMENT DE L'ACNÉ*

- Contraception orale.
- Traitement de l'acné modérée après échec de traitements topiques ou d'un traitement antibiotique oral adaptés chez les femmes optant pour un contraceptif oral.

La décision de prescrire Oedien® 2 mg/0,03 mg, comprimé pelliculé doit être prise en tenant compte des facteurs de risque de la patiente, notamment ses facteurs de risque thromboembolique veineux (TEV), ainsi que du risque TEV associé à Oedien® 2 mg/0,03 mg, comprimé pelliculé en comparaison aux autres contraceptifs hormonaux combinés (CHC) (voir rubriques « Contre-indications » et « Mises en garde spéciales et précautions d'emploi »).⁽¹⁾

L'utilisation de tout contraceptif hormonal combiné (CHC) augmente le risque thromboembolique veineux par rapport à une non-utilisation (cf. 4.1, 4.3 et 4.4 du RCP). Pour les CHC contenant du diénogest comme dans Oedien® 2 mg/0,03 mg, comprimé pelliculé, ce sur risque nécessite d'être confirmé par des études supplémentaires, par rapport à ceux de 2^e génération contenant du lévonorgestrel. Un document d'aide à la prescription a été élaboré pour vous accompagner lors de vos consultations relatives aux CHC, disponible sur demande auprès du laboratoire via votre attaché à la promotion du médicament ou sur le site www.ansm.sante.fr.

Pour une information complète, consultez le RCP d'Oedien® 2 mg/0,03 mg, comprimé pelliculé disponible sur la base de données publique des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>).

Avant de prescrire, consultez la place dans la stratégie thérapeutique sur www.has-sante.fr

(1) Résumé des Caractéristiques du Produit Oedien® 2 mg/0,03 mg, comprimé pelliculé.

*Commercialisation de l'Erythromycine Bailleul en 1991.

VOTRE VIE, NOTRE ESSENTIEL : LE BIEN-ÊTRE DES FEMMES

Mère, enfant, placenta : un espace trin

ENTRE MYTHES ET RÉALITÉS,

UNE PERSPECTIVE PSYCHANALYTIQUE EST-ELLE POSSIBLE ? **1^{re} PARTIE**

PAR MICHÈLE GERSANT, SAGE-FEMME

PRÉAMBULE

Le mystère de la vie, de la naissance, des origines a de tout temps fasciné les hommes et suscité questionnements, curiosité et fantasmes. La figure de la sage-femme auprès des femmes en couches est attestée depuis l'Antiquité. Pour qui s'intéresse à la naissance d'un point de vue historique ou anthropologique, il est admis que la sage-femme est le support de représentations puissantes et paradoxales. Tout se passe comme si celles que l'on se fait de la sage-femme correspondaient à la superposition de deux images. D'une part celle de la sage-femme est en effet celle qui transmet son savoir à la femme qui accouche. La seconde représentation est celle de la femme qui est ignorante, la matrone, ou celle qui met son savoir au service de l'avortement et de l'infanticide, figurant ainsi la mauvaise mère ou la sorcière. Les travaux de Monique Bydlovsky ont pu témoigner de cette bipolarité. en grec « maïa » signifie tout à la fois sage-femme et grand-mère, et des retentissements qu'ils opèrent dans la relation très particulière qu'entretiennent parturientes et sages-femmes que mon expérience dans le champ de la périnatalité a pris forme et nourri ma clinique. Les travaux récents d'Albert CICCONE mettent en évidence l'importance de ce champ clinique dans la pensée psychanalytique.

Mon parcours m'a portée de la profession de sage-femme exercée à partir de 1981 jusqu'à la démarche puis la recherche psychanalytique. Je me suis particulièrement attachée à la naissance sous toutes ses formes, naissance de la femme devenant mère, naissance du père et bien sûr naissance de l'enfant qui se dégage de son existence de fœtus et les limites auxquelles cette distinction renvoie. Rappelons que, pour ce qui concerne le cadre légal, le foeticide est autorisé mais que l'infanticide constitue un crime. Parallèlement à cet aspect, la naissance de la pensée, la protopensée et les expériences sensorielles qui la sous-tendent, et à partir de là, la naissance du sentiment d'identité et les traces que les expériences sensorielles très précoces du corps de la mère ont pu laisser chez chacun ont suscité mon intérêt et ma curiosité.

Pour qui s'intéresse à la naissance d'un point de vue historique ou anthropologique, il est admis que la sage-femme est le support de représentations puissantes et paradoxales.

INTRODUCTION

La psychanalyse moderne a conduit de nombreux chercheurs à se poser la question de la naissance psychique, à en proposer des représentations, à penser les conditions d'émergence du sujet humain. La naissance psychique s'établit à partir de perceptions et de sensations du nouveau-né et avant lui du fœtus qu'il a été. À ce titre, on peut affirmer que l'environnement foetal, sa réalité biologique sont importants à considérer et à étudier. Il nous faut pouvoir penser d'un côté la naissance de la vie psychique, de l'autre les expériences sensorielles et corporelles très précoces, sans les opposer. C'est cette interface que nous allons questionner, à un endroit particulier, négligé d'une façon générale et cependant ontologiquement fascinant : le territoire placentaire. Le travail sera articulé autour de deux grands axes : d'une part, les mécanismes à l'œuvre au décours de la naissance physiologique puis, d'autre part, les processus présents lors de l'élaboration de la vie psychique, dans la même perspective de pouvoir penser et dégager les conditions d'émergence du sujet humain. Nous poursuivrons par une réflexion centrée sur le placenta, la manière de pouvoir le penser et enfin le considérer d'un point de vue psychanalytique.

Les rites et les habitudes traditionnelles qui entourent la naissance font régulièrement l'objet d'interprétations à la lumière de la psychanalyse. Et en effet, on connaît l'importance dans le champ de la psychanalyse du corps, des interactions précoces dont il est le support, du travail de psychisation auquel il est soumis.

1. NAISSANCE DE LA PENSÉE

À propos du sentiment, de la perception de sa propre identité

Une des préoccupations premières des psychanalystes s'est orientée autour de l'étude du développement primitif de l'être humain. C'est bien à partir des mécanismes de psychisation qu'il a été permis de distinguer les notions d'équilibre homéostatique, de relation symbiotique ou encore de dyade mère-enfant de la simple interdépendance physique à l'œuvre dans le monde animal ou végétal. Pour Winnicott, « dès le début, il est possible à l'observateur de voir qu'un nourrisson est un embryon d'être humain, une unité ».

Il considère que la plupart des nourrissons ont atteint l'état d'individu à l'âge d'un an.

« La santé mentale du fœtus et de l'enfant repose sur le fait qu'il peut s'identifier à deux personnes. C'est à ce niveau que le père est garant de son identité psychique. Les structures mentales de l'enfant se construisent, comme son corps, à partir de matériaux qui lui sont extérieurs. Lorsqu'on dit d'un enfant qu'il s'identifie à son père, cela signifie qu'il puise chez lui les éléments psychiques nécessaires à sa construction. S'il ne se construisait qu'avec une seule personne, il ne pourrait être mentalement autre chose que la poupée russe de sa maman. C'est donc la relation qu'il établit avec son père qui lui permet de se construire comme un individu différent de ses deux parents. Privé de cette identification, il lui devient impossible de penser qu'un jour, il devra quitter sa mère et sa construction mentale en est gravement perturbée. »

Lorsque Didier Dumas s'aventure à évoquer la santé mentale du fœtus, il poursuit sa réflexion en abandonnant en quelque sorte le fœtus pour se limiter à la nécessité que l'enfant a de quitter sa mère à partir de la relation qu'il aura établie avec son père. Mais quid du fœtus pour quitter sa mère? Si ce n'est à partir de la réalité biologique du placenta, autre que lui, extérieur à lui et qui, en quelque sorte, contient du père... Notons qu'Adam, littéralement le terreux en hébreu, né de la terre glaise, puis Ève, prennent corps par le souffle de Dieu, le septième jour, sans nécessité d'un lien placentaire à quoi celui-ci supplée. Créés, masculin et féminin, à l'image de Dieu, on peut considérer que Dieu est lui-même mâle et femelle.

2. NAISSANCE PHYSIOLOGIQUE, ÉPREUVE BIOLOGIQUE

Le placenta, quelques éléments d'anatomie et de physiologie

2.1. EMBRYOGÉNÈSE ET DEVENIR

Dès le début, les mécanismes en œuvre au moment de la fécondation, vont mettre en évidence ce que la médecine désignera sous le terme d'unité fœto-placentaire. À partir de cette unité anatomique, une différenciation va s'établir très précocement, distinguant d'une part l'embryon qui préfigure ce qui deviendra le fœtus, et d'autre part le trophoblaste qui précède ce que sera le placenta.

On peut considérer que les mécanismes de l'accouchement vont avoir comme effet de séparer définitivement ces deux entités, d'une part par la naissance du nouveau-né, source d'investissement, destiné à vivre, et d'autre part par l'expulsion du placenta, source de rejet et de résistance ou de dégoût, destiné à disparaître. La sage-femme qui préside aux accouchements aura la charge d'assister la parturiente au moment de la naissance de l'enfant puis de pratiquer la délivrance, moment le plus périlleux de la mise au monde. Cette double polarité nourrit les représentations clivées de la sage-femme, bonne ou mauvaise, capable tout à la fois de présider à la naissance de l'enfant, de favoriser la rencontre avec la mère et l'établissement des relations précoces (bonne mère) et très rapidement de recueillir le placenta, le toucher et d'une certaine manière d'être au plus près des pulsions animales voire cannibales de l'être humain.

2.2. ANATOMIE ET FONCTIONS PLACENTAIRES

Le placenta a un rôle de nutrition qui préfigure la fonction de nourrissage qui reviendra à la mère après la naissance. Il assure également un rôle de protection sur un plan immunologique. Il agit en quelque sorte comme un filtre, chargé de trier les éléments qui parviennent jusqu'à lui pour assurer à l'enfant en devenir un environnement favorable. Cette fonction évoque d'ores et déjà une certaine analogie avec la fonction alpha et l'appareil à penser que la mère va devoir prêter à son enfant aux fins de détoxifier certains stimuli et transformer des éléments bruts en éléments assimilables. Le placenta est cet organe nourricier où vont s'organiser les échanges permettant à l'enfant de se développer, et de mûrir pour pouvoir, à terme, s'adapter à la vie aérienne. Toit et nourriture : fonctions symboliques fondamentales que le père aura ultérieurement à assumer.

En dehors de ces fonctions, le placenta constitue également un espace, circonscrit par les membranes amniotiques qui en sont le prolongement, dans lequel l'embryon puis le fœtus vont connaître leurs premières expériences corporelles. On les nomme également « les annexes ». De par sa nature même, le sac ovulaire définit un dedans et un dehors. Ce premier espace renvoie inévitablement à la notion d'enveloppe psychique contenante. Notons qu'en cas d'effraction de cette enveloppe par rupture ou par simple fissuration des membranes, la porosité alors réalisée entre intérieur et extérieur fragilise la grossesse et en impose l'interruption à plus ou moins brève échéance à cause des risques infectieux qui en résultent. Après la naissance de l'enfant, le placenta va se détacher de la muqueuse utérine à partir d'un plan de clivage qui va se produire dans un délai rapide après l'accouchement. Il faut noter que c'est bien ce temps de délivrance qui est le temps périlleux de l'accouchement, responsable dans une grande majorité des cas des décès maternels par hémorragie. En effet, le placenta est considéré après clampage du cordon ombilical comme un corps étranger par l'organisme maternel qui va réagir en cherchant à le rejeter. Faute d'extraction complète, le corps maternel réagira par des mécanismes infectieux ou hémorragiques responsables de complications graves nécessitant des gestes médicaux urgents.

2.3. LE PLACENTA COMME LIEU DE FANTASMES OU LE PLACENTA QUI REMONTE...

La localisation placentaire normale est de type utéro fundique, permettant les mécanismes locaux de dilatation cervicale qui précèdent la mise au monde. Il arrive que les échographies mettent en évidence des insertions basses du placenta, alors situé à proximité du col utérin ou le recouvrant. Ces malpositions placentaires, si elles se montraient définitives, compromettraient l'accouchement par voie basse pour des raisons mécaniques évidentes. On parle alors — aussi bien les parturientes que le personnel médical — de la nécessité que le placenta remonte... comme si celui-ci était animé et doué de mouvement, voire d'une certaine autonomie d'action. Les contrôles échographiques suivants guettent alors la migration placentaire! Si le placenta ne remonte pas, l'extraction par césarienne sera rendue obligatoire, la naissance par voie basse étant absolument impossible. Ce

mouvement de déplacement placentaire n'est pas sans évoquer ces fantasmes très répandus au cours du XVIII^e siècle, où l'utérus était considéré comme un animal vivant que les femmes portaient à l'intérieur d'elles, être vivant de surcroît possédé du désir de faire des enfants.

2.4. LE PLACENTA

QUESTION DE VIE OU DE MORT

En cas de décollement précoce pendant la grossesse, c'est l'embryon ou le fœtus dont la vitalité est compromise. A contrario, en cas de décollement trop tardif, c'est la mère qui risque la mort. Il existe des pathologies placentaires, dont l'étiologie est complexe, et qui compromettent la poursuite de la grossesse. Des retards importants de la croissance fœtale, imputés à un fonctionnement placentaire de mauvaise qualité, vont imposer l'arrêt de la grossesse pour garantir la survie de l'enfant.

Notons que l'instant de la délivrance du placenta reste le moment le plus à risque en termes de morbidité ou de mortalité maternelle. Il arrive dans certaines situations que la délivrance ne s'effectue pas ou de manière incomplète, nécessitant alors des gestes obstétricaux immédiats (révision utérine et délivrance artificielle) extrêmement violents pour le corps des femmes. Penser autrement le placenta, l'intégrer dans une dimension psychosomatique, s'avérerait sans aucun doute pertinent pour aborder autrement ces situations somme toute assez fréquentes évoquant de massives résistances corporelles. Réduire alors la fréquence des gestes médicaux rendus nécessaires mais fortement intrusifs et violents en termes d'intégrité corporelle et produisant des effets parfois délétères dans la psyché des femmes qui y ont été soumises ou des hommes qui y ont assisté constitue un des enjeux de l'obstétrique moderne.

Attitudes vis-à-vis du placenta, enjeux en termes de rapport humanité versus animalité

Le placenta suscite généralement un mouvement de répulsion, de dégoût. On sait que chez les animaux, ovipares ou vivipares, les femelles mangent naturellement leur arrière-faix. Les ruraux, confortés au XIX^e siècle par les recommandations des vétérinaires, s'opposent à cette pratique en soustrayant le placenta dès son expulsion, étant convaincus du risque subséquent de voir la femelle dévorer ses petits. De la même façon, redoute-t-on dans notre espèce cette attitude de la femme mangeant son placenta, considéré comme le double symbolique de l'enfant qu'elle vient de mettre au monde. Dès lors en effet le risque existe du glissement (fantasmatique?) vers la mère dévorant ses petits? On sait depuis le XVIII^e siècle qu'il s'agit bien là d'une réalité culturelle.

Buffon dans ses « Variétés sur l'espèce humaine » nous rapporte cette pratique de cannibalisme dans l'Amérique septentrionale. Au siècle dernier, en Australie, on constate les mêmes coutumes en cas de disette ou à l'occasion d'une naissance gémellaire. En Uruguay et en Tasmanie, on considère que l'âme de l'enfant réintègre ainsi le corps de ses parents. C'est également pour la mère la meilleure façon de retrouver la vigueur perdue pendant la grossesse.

Après avoir été longtemps l'objet de rituels anciens (on l'enterre le plus souvent d'une faute), le placenta est

Il a été dénommé « tourteau », « tarte » ou « galette ». Aujourd'hui encore on examine attentivement le « gâteau placentaire » c'est-à-dire sa face utérine.

aujourd'hui relégué en zone d'ombre. Rares sont les femmes qui se préoccupent de son devenir, plus rares encore celles qui souhaitent le récupérer. En le faisant disparaître rapidement, en le soustrayant à la vue, cherchons-nous à dénier ces pratiques faisant douter de notre humanité? Les différentes appellations du placenta évoquent bien cette notion d'ingestion. Il a été dénommé « tourteau », « tarte » ou « galette ». Aujourd'hui encore on examine attentivement le « gâteau placentaire » c'est-à-dire sa face utérine.

On lui attribue depuis toujours des vertus fertilisantes. L'opothérapie placentaire est pratiquée dès l'Antiquité et jusqu'au XVIII^e siècle, époque à laquelle on déclare le placenta chose répugnante dont il est urgent de se débarrasser. On abandonne son utilisation thérapeutique en même temps que se pose aux hommes d'église une inquiétante question : « Quelle fut l'attitude d'Adam et Ève face au placenta de Caïn ? » Elle divisera théologiens et accoucheurs jusqu'à l'aube du XIX^e siècle qui redécouvre les vertus immunitaires et galactogènes du placenta.

On ne peut que supposer (les textes sont peu diserts sur ce sujet) la poursuite de la placentophagie jusqu'au XIX^e siècle dans le but de favoriser la lactation.

Si l'ingestion placentaire comme rituel de fertilité est clairement condamnée, on en retrouve la quintessence, la trace symbolique au travers de la cérémonie des relevailles que l'Église s'efforcera d'imposer. L'accouchée en recherche de purification doit apporter deux petits pains ou deux gâteaux qu'elle fait alors bénir. Elle en laisse un au sanctuaire et partage le second avec les membres de sa famille ou plus souvent avec les femmes de sa communauté en âge de procréer, particulièrement celles qui sont encore sans enfant. Cette pratique s'est peu à peu éteinte, sa valeur originelle ayant été effacée.

Notons actuellement une pratique qui, bien que marginale, témoigne d'un regain d'intérêt pour les vertus placentaires : l'ingestion par la jeune accouchée de granules homéopathiques constituées à partir de son placenta. Cette utilisation moderne du placenta est censée favoriser l'involution utérine et renforcer les défenses immunitaires de la jeune accouchée. N'est-ce pas là une forme « culturellement correcte » de l'ingestion placentaire? Sommes-nous si éloignés du comportement animal?

3. POUVOIR PENSER LE PLACENTA

3.1. POINT DE VUE ANTHROPOLOGIQUE

La naissance est considérée par les anthropologues comme un moment privilégié qui donne lieu à de très nombreux rites de passage. Le placenta et le cordon ombilical, outre de constituer des reliquats matériels de la relation qui s'est établie in utero entre la femme et le fœtus au cours de la grossesse, représentent également des matières issues du

corps humain et leur devenir n'est jamais laissé au hasard dans les sociétés d'hier ou d'ailleurs.

Que ce soit dans l'ethnologie française ou dans l'ensemble des études anthropologiques, le placenta, conçu comme le lien entre la mère et l'enfant pendant la période prénatale, est l'objet de pratiques rituelles dont il convient de mesurer l'importance.

1. Quelques regards d'hier

■ EN AFRIQUE

Dans les sociétés africaines, le placenta bénéficie d'un statut symbolique puissant. Si les rites qui entourent la naissance font l'objet de grandes variations, un fait remarquable est l'intense attention portée sur le placenta.

En Afrique de l'Ouest, deux représentations prévalent : celle du jumeau de l'enfant ou celle du second enfant, celui « qui est plus soi-même que soi-même » pour reprendre les termes des Gourmantché du Burkina Faso.

Chez les Joola, l'enfant n'est toujours pas considéré comme né pendant toute la période où le placenta n'est pas expulsé. Les soins ne seront prodigués à la mère et à l'enfant que lorsque la délivrance sera effectuée. Le placenta est recueilli dans une poterie réalisée à cet effet, emplie d'eau et qui sera enterrée rituellement. Les sages-femmes sont nommées « celles qui vont enterrer la chose la nuit ». L'individu dont le placenta n'aurait pas bénéficié de ce rituel serait compromis dans son inscription territoriale ou dans sa relation aux ancêtres tutélaires.

Chez les Dogons, le placenta est considéré comme un référent primordial de la cosmogonie. Tout placenta est considéré comme la réplique du placenta primordial, celui du dieu créateur Amma, qui l'a gravé de tous les signes de la création de l'Univers. Les héros contestataires se révoltent contre l'ordre divin commettent leur premier acte de rébellion en déchirant un fragment placentaire. Le Renard blanc, sorti de la matrice divine, sera condamné à vivre isolé et errer à la recherche de son double originaire. Il sera puni et privé de parole pour avoir introduit le chaos dans l'Univers, mais doté pour les mêmes raisons du pouvoir de divination qui, par ailleurs, lui accorde un vaste pouvoir.

■ EN ASIE

Chez les Muong du Viet Nam, le placenta doit rapidement être emporté hors de la maison et exposé à la vue des Ma, ces âmes redoutées désincarnées des morts qui n'ont pas accédé à l'ancestralité et se désintéressent alors du nouveau-né.

2. Dans la société française traditionnelle

La conscience d'une absence spontanée de l'évocation du placenta nous encourage à en explorer les perceptions, les représentations médicales qui lui sont associées. Aujourd'hui au premier abord, le placenta est un grand absent et cette absence ne peut manquer de surprendre à un double titre. D'une part, le placenta est important d'un point de vue ethnographique – que ce soit dans l'histoire de l'accouchement ou d'autres contrées-, d'autre part il est l'objet d'une grande vigilance de la part de l'équipe médicale. Pour comprendre le désintérêt et l'oubli qui entourent aujourd'hui cet objet ethnographique, nous nous intéresserons à la manière dont il était investi dans la France traditionnelle.

[...] le placenta doit rapidement être emporté hors de la maison et exposé à la vue des Ma, ces âmes redoutées désincarnées des morts...

3.2. LA DÉLIVRANCE

POINT DE VUE ETHNOLOGIQUE

Traditionnellement dans la France rurale quand l'accouchement se déroulait à la maison, le placenta était enterré. Considéré comme le double symbolique de l'enfant, son ensevelissement était associé à un vœu concernant les qualités du nouveau-né, exprimé par le choix de la plante ou de l'arbre apposé sur le lieu d'ensevelissement.

Cet ensevelissement du placenta revenait au père qui, bien que n'assistant pas à l'accouchement, avait cependant un certain nombre de tâches à accomplir. Si autour du lit, dans l'entourage proche de l'accouchée, se trouvait un premier cercle de femmes, le père restait à proximité, assumait le transport du bois nécessaire au feu, était appelé pour voir l'enfant, puis ensevelir le placenta, c'est-à-dire participer activement à la naissance dans des actes importants tant du point de vue concret que symbolique. Les usages vis-à-vis du placenta s'inscrivaient, on le voit, dans une répartition sexuée des tâches.

Le placenta était aussitôt renvoyé au destin final du corps humain dans la tradition occidentale : la terre. Assez généralement les précautions prises pour le traitement du placenta sont liées à l'idée que ce qui adviendrait au placenta, adviendra par analogie à l'être humain qui vient de naître. Cette liaison irrémédiable est présente dans la tradition française qui recommande de ne pas brûler le placenta, ne pas le jeter à l'eau, de ne pas le livrer aux bêtes.

Par ailleurs, cet acte de planter un arbre sur les matières fertiles qui constituent le placenta, permet de faire prendre racine à l'arbre, perçu comme une autre composante de l'identité. Des traces de cette représentation sont perceptibles dans les contes qui permettent de connaître le destin de la personne partie en voyage par l'examen de l'arbre planté sur le placenta.

Une coutume plus ancienne de l'ingestion du placenta est rapportée. Destinée à rendre à la femme une partie des nutriments dépensés pendant la grossesse, elle est évoquée par les historiens à propos des pratiques paysannes au Moyen Âge. À visée galactogène, cette pratique attestée jusqu'au XVI^e siècle a été rapportée dans les Abruzzes (Italie) au début du XX^e siècle. Cependant, l'ingestion du double symbolique de l'enfant fut condamnée dès le XVI^e siècle. Les gravures représentant le bain mettent parfois en arrière-plan l'accouchée se tenant sur son lit et à qui on apporte le repas rituel dont la composition contient souvent un « gâteau fertile » de forme et de couleur proches de celles du placenta. Le nom même du placenta se prête à cette substitution puisque notre civilisation a retenu le terme latin signifiant « gâteau » ou « galette » pour désigner l'organe des échanges fœto-maternels, une analogie ayant été constatée entre la forme du placenta et celle de la galette.

L'ensevelissement du placenta qui a précédé la médicalisation de la naissance reposait sur une analogie entre

l'avenir du nouveau-né et le devenir de cette substance de l'accouchement, visualisée par la plante ou l'arbre se nourrissant de ces propriétés fertiles dont le fœtus avait bénéficié jusqu'alors. Cet acte témoignait des liens établis et persistants entre l'humain et son environnement physique. À l'occasion de la naissance, les pratiques observées jusqu'au XXe siècle soulignaient donc les liens perçus entre l'homme et la nature.

3.3. LA DÉLIVRANCE POINT DE VUE DES SOIGNANTS

Le XIII^e siècle voit le savoir obstétrical et les pratiques associées se construire et se répandre progressivement. Les premiers traités d'obstétrique portent une attention particulière à la délivrance. Ils mettent en évidence la menace qu'elle représente, le risque vital qu'elle peut faire encourir à la jeune accouchée au moment de son expulsion. La vision dominante n'est plus la relation entre l'enfant et le placenta mais une vision ontologique de celui-ci. Devenu inutile dès la naissance de l'enfant, cet organe est attendu avec la hantise d'une sortie partielle qui fait redouter l'hémorragie, voire la mort maternelle.

Cette importance de la dimension ontologique est confirmée par les savoirs médicaux actuels. Si la dimension relationnelle entre mère et enfant est bien reconnue durant la grossesse le placenta est renvoyé à une réification exempte de dimension relationnelle une fois le fœtus expulsé.

1. Dans la société moderne

▀ QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES

L'hospitalisation de la naissance est un phénomène récent qui s'est mis en place progressivement depuis la fin du XIX^e siècle jusqu'au début des années 80. L'accouchement en maternité a dû attendre 1875 et la fin des épidémies de fièvre puerpérale pour s'affirmer. Ce n'est que progressivement au cours du XX^e siècle que les jeunes femmes se rendent à l'hôpital pour y accoucher.

La construction des savoirs médicaux et des pratiques associées s'est affinée progressivement. Ainsi les premiers traités obstétricaux ont permis de contribuer à la diffusion du savoir d'une profession, celle de la sage-femme, qui a peu à peu remplacé les interventions traditionnelles de la matrone. Rémunérée en argent et non plus en biens, recevant une formation savante et non plus seulement celle de l'expérience, relayée par le médecin en cas de difficultés, la sage-femme contribue peu à peu à la médicalisation de la naissance qui a profondément modifié les relations humaines autour de la mère et du nouveau-né. Simultanément elle a recréé à sa manière un rite de passage, socialisant la séparation physique des corps de la mère et nouveau-né, reconstituant une période où la mère avec l'enfant se trouvent à l'écart des activités quotidiennes, qu'elles soient domestiques ou professionnelles avant de leur trouver une nouvelle place dans la société.

2. Devenir du placenta à l'hôpital

Le placenta a une destinée tout à fait particulière. Si on le considère comme une pièce anatomique d'origine humaine, on pourrait imaginer qu'il suive les mêmes trajets vers l'incinérateur dans un crématorium habilité à cette tâche par les collectivités territoriales. Si on le voit comme un déchet d'activité de soins, il est opéré à son prétraitement par des appareils de désinfection agréés par les ministères chargés du travail, de la santé, de l'environnement et de l'industrie après avis du Conseil d'Hygiène Publique. C'est cette deuxième voie qu'il suit actuellement.

L'avènement du SIDA a jeté un discrédit important sur le placenta. Il est dorénavant détruit en prenant des précautions particulières. En effet, il est considéré comme un produit à risque, potentiellement contaminé. Cependant, de nouveaux indices témoignent d'un regain d'intérêt en sa faveur. La présence de cellules-souches fœtales dans le placenta ainsi que dans le cordon ombilical en fait une source possible de matière utile dans les cas de maladie nécessitant une greffe. Ainsi des indications de greffe de tissus issus de la délivrance voient le jour dans certaines affections oculaires.

En conclusion, on peut voir que le placenta est aujourd'hui l'objet d'attentions de la part de l'équipe soignante qui l'envisage d'un point de vue ontologique. •

Maternity
American Hospital of Paris

**Césarienne
sur demande maternelle
- Limites & Enjeux -**

6 DÉCEMBRE 2019
14h30-18h30
Suivi d'un cocktail apéritif
Inscription gratuite

Avec le soutien
du Collège National des Gynécologues
et Obstétriciens Français

Auditorium de l'Hôpital Américain de Paris
entrée par le 63 boulevard Victor Hugo 92200 Neuilly-sur-Seine
inscription : dalia.pierrot@ahparis.org

Suite au prochain numéro (N° 497 de décembre 2019).

Méthodologie du zonage applicable à la profession de sage-femme

ARRÊTÉ PARU AU JOURNAL OFFICIEL DU 27 OCTOBRE 2019

Un arrêté paru au Journal officiel du 27 octobre¹ précise la méthodologie du zonage applicable à la profession de sage-femme. Il s'agit de déterminer les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, concernant cette profession. Ces zones sont éligibles aux aides conventionnelles et peuvent faire l'objet de mesures d'accompagnement complémentaires notamment par les ARS.

La méthodologie retenue est détaillée en annexe de l'arrêté. Cette annexe rappelle les modalités pour la délimitation des zones, la maille applicable, les sources des données ainsi que les modalités de calcul de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL), qui s'exprime en nombre d'équivalents temps plein (ETP) accessibles pour 100 000 femmes.

Les possibilités d'adaptation régionale du classement sont aussi détaillées. Le texte précise toutefois que les « zones très sous-dotées ne sont pas modulables ». Parmi les territoires concernés : Mayotte (100 % de zones très sous-dotées) et la Corse (37,9 %). La France est ainsi divisée en 397 zones sous-dotées, 366 zones sous-dotées et 1 630 zones intermédiaires. Les ARS ont jusqu'au 31 décembre de chaque année pour transmettre la liste des bassins de vie, cantons ou villes, en précisant la qualification retenue pour chacun, permettant de faire évoluer cette classification.

ARRÊTÉ DU 17 OCTOBRE 2019

Relatif à la méthodologie applicable à la profession de sage-femme pour la détermination des zones prévues au 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique

NOR : SSAH1930365A

Version consolidée au 30 octobre 2019

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

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1434-4 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-9 et L. 162-14-1 ;

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment son article L. 1511-8 ;

Vu la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment son article 158 ;

Vu le décret n° 2017-632 du 25 avril 2017 relatif aux conditions de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins ou dans lesquelles le niveau de l'offre est particulièrement élevé ;

Vu l'arrêté du 21 décembre 2011 modifié relatif aux dispositions applicables à la détermination des zones prévues à l'article L. 1434-7 du code de la santé publique ;

Vu l'avis des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale du 10 août 2018 relatif à l'avenant n° 4 à la convention nationale des sages-femmes, signée le 11 octobre 2007 et tacitement renouvelée ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 8 octobre 2019 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole en date du 16 octobre 2019,

ARRÊTENT

Article 1

Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, concernant la profession de sage-femme, sont déterminées conformément à la méthodologie prévue à l'annexe du présent arrêté.

Article 2

I. - Les agences régionales de santé transmettent à la direction générale de l'offre de soins du ministère chargé de la santé au plus tard au 31 décembre de chaque année la liste

1. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000039281722>

des bassins de vie ou cantons-ou-villes en précisant la qualification retenue par le directeur général de l'agence régionale de santé en application du IV et du V de la présente annexe.

II. - Les agences régionales de santé transmettent à la direction générale de l'offre de soins du ministère chargé de la santé, dès leur publication, les arrêtés pris en application des articles R. 1434-41 et R. 1434-43 du code de la santé publique.

Article 3

A modifié les dispositions suivantes :

Abroge Arrêté du 21 décembre 2011 - art. 6 (Ab)

Abroge Arrêté du 21 décembre 2011 - art. Annexe IV (Ab)

Article 4

La directrice générale de l'offre de soins et la directrice de la sécurité sociale sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

ANNEXE

Méthodologie de détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de sage-femme libérale.

Conformément aux dispositions du I de l'article R. 1434-41 du code de la santé publique, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de sage-femme.

Conformément au II de l'article R. 1434-41 du code de la santé publique, ces zones sont déterminées selon la méthodologie définie ci-après.

I. - Délimitation des zones

Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante en sage-femme ou par des difficultés dans l'accès aux soins, au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique sont les zones très sous dotées et les zones sous dotées. Ces zones sont éligibles aux aides conventionnelles, prises en application de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, aux aides prévues à l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, et peuvent faire l'objet de mesures d'accompagnement complémentaires notamment par les agences régionales de santé.

Conformément au III de l'article R. 1434-41 du code de la santé publique, les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins en sage-femme est particulièrement élevé, au sens du 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, sont déterminées selon la méthodologie définie dans la convention nationale des sages-femmes.

Les autres zones sont classées en zones intermédiaires. Ces zones peuvent faire l'objet de mesures d'accompagnement notamment par les agences régionales de santé.

II. - Maille applicable

Le découpage des zones est défini à l'échelle du bassin de vie qui constitue le plus petit territoire INSEE sur lequel

les habitants ont accès aux équipements et services de la vie courante.

Toutefois, dans le cas où l'unité urbaine pôle du bassin de vie compte plus de 30 000 habitants, celui-ci est découpé en unités plus petites, le canton-ou-ville (appelé également pseudo-canton). Le canton-ou-ville est un regroupement d'une ou plusieurs communes entières.

Un bassin de vie ou canton-ou-ville peut être situé sur plusieurs régions administratives.

III. - Sources des données

3.1. Variables territoriales

- Les cantons-ou-villes : INSEE, année 2017 ;
- Les bassins de vie : INSEE, année 2012, géographie 2017.

3.2. Variables d'activité

Les informations sur l'activité et les honoraires des sages-femmes libérales sont issues des données du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) pour l'année 2017.

3.3. Variables administratives

- Les variables par cabinet des sages-femmes libérales : fichier national des professionnels de santé (FNPS) de l'assurance maladie, décembre 2017 ;
- La population féminine résidente : données du recensement INSEE, 2015.

3.4. Distance et temps de trajet entre communes

Les données concernant les distances entre communes sont issues du distancier Metric de l'INSEE.

IV. - Méthodologie

La méthodologie employée s'appuie sur l'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL).

L'indicateur APL s'exprime en nombre d'équivalents temps plein (ETP) accessibles pour 100 000 femmes standardisées (ETP/100 000 femmes).

L'indicateur APL est calculé au niveau du bassin de vie ou canton-ou-ville. Il correspond à la moyenne, pondérée par la population de chaque commune, des indicateurs APL des communes composant le bassin de vie ou canton-ou-ville. Chaque bassin de vie ou canton-ou-ville est ensuite classé en fonction de son indicateur d'APL.

4.1. Descriptif des variables utilisées dans le calcul de l'indicateur APL

▀ Le nombre de sages-femmes en ETP

Le nombre de sages-femmes en ETP est calculé en fonction des honoraires remboursables par professionnel de santé dans l'année. L'activité de chaque sage-femme est rapportée à la médiane et ne peut excéder les honoraires du 85^e percentile.

Seule l'activité libérale des sages-femmes est prise en compte.

Les sages-femmes âgées de 65 ans et plus ne sont pas prises en compte, ni celles avec une activité très faible (honoraires remboursables dans l'année inférieurs aux honoraires du 5^e percentile).

Les sages-femmes installées dans l'année sont comptabilisées pour un ETP.

Les activités spécifiques des sages-femmes échographistes (ADE/KE) et des sages-femmes avec une activité en soins infirmiers (SFI) ne sont pas prises en compte.

■ La population résidente par commune, standardisée par l'âge

Afin de tenir compte de la structure par âge de la population de chaque commune et d'une demande en soins différente selon l'âge, la population résidente a été standardisée à partir du montant d'honoraires consommés pour le suivi gynécologique, le suivi de la grossesse et le suivi postnatal réalisé par les sages-femmes et les gynécologues par tranche d'âge de 5 ans.

■ Les distances entre communes

Le temps de trajet nécessaire pour parcourir la distance entre deux communes a été mesuré en minutes ; il s'agit du temps de parcours estimé entre les mairies de ces deux communes. Les temps de parcours utilisés sont issus du distancier Metric produit par l'INSEE. Ce distancier tient compte notamment du réseau routier existant, des différents types de route, de la sinuosité et de l'altimétrie. L'accessibilité a été considérée comme parfaite (coefficient égal à 1) entre deux communes éloignées de moins de 10 minutes. L'accessibilité est réduite à 2/3 pour deux communes éloignées de plus de 10 minutes et de moins de 20 minutes, et à 1/3 pour deux communes éloignées de plus de 20 minutes et de moins de 30 minutes. Entre deux communes éloignées de plus de 30 minutes, l'accessibilité est considérée comme nulle.

4.2. Classement des bassins de vie/cantons-ou-villes

■ Les bassins de vie ou cantons-ou-villes sont classés par ordre croissant de leur niveau d'APL

- Les premiers bassins de vie ou cantons-ou-villes avec l'APL le plus faible et représentant 7,7 % de la population féminine française totale sont classés en zones très sous dotées ;
- Les bassins de vie ou cantons-ou-villes suivants qui représentent 10,2 % de la population féminine française sont classés en zones sous dotées ;
- Les bassins de vie ou cantons-ou-villes suivants qui représentent 60,4 % de la population féminine française sont classés en zones intermédiaires.

4.3. Gestion des bassins de vie/cantons-ou-villes situés sur plusieurs régions administratives

L'agence régionale de santé qui regroupe le plus de population féminine dans un bassin de vie/canton-ou-ville situé sur plusieurs régions est en charge du classement du bassin de vie/canton-ou-ville dans son entièreté qu'il soit contigu ou non-contigu.

La population considérée du bassin de vie/canton-ou-ville est intégralement prise en compte dans la part de population de la région qui procède à ce classement.

V. - Adaptation régionale

Si les caractéristiques d'une zone tenant par exemple à sa géographie ou à ses infrastructures de transports le justifient, les agences régionales de santé peuvent modifier le classement en zones sous dotées et intermédiaires selon les

dispositions ci-après et après concertation prévue à l'article R. 1434-42 du code de la santé publique et avis de la commission paritaire régionale prévue à la convention nationale des sages-femmes.

Un reclassement des bassins de vie ou cantons-ou-villes en zones sous dotées est possible pour les seuls bassins de vie ou cantons-ou-villes intermédiaires s'ils font partie, avec les zones très sous dotées et les zones sous dotées, des zones qui recouvrent les 22,9 % de la population féminine française pour lesquels l'indicateur APL est le plus bas.

Les zones très sous dotées ne sont pas modulables.

La part de la population régionale dans les zones qualifiées de zones sous dotées devra rester stable. Ainsi, le reclassement de bassins de vie ou cantons-ou-villes en zones sous dotées devra entraîner le basculement de bassins de vie ou cantons-ou-villes initialement classés en zones sous dotées vers un classement en zones intermédiaires pour une population de taille équivalente au niveau régional. Après modulation au niveau régional, la répartition au niveau national conserve ainsi une part de 10,2 % de la population féminine française totale classée en zones sous dotées.

VI. - Évolution des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de sage-femme

Les arrêtés des directeurs généraux des agences régionales de santé relatifs à la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de sage-femme peuvent être modifiés, après concertation prévue à l'article R. 1434-42 du code de la santé publique et avis de la commission paritaire régionale prévue à la convention nationale des sages-femmes, en tant que de besoin sur la base des données APL actualisées annuellement par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et mises à disposition sur son site internet.

Les modifications s'opèrent dans le respect des parts de population régionale figurant au point VII.

VII. - Répartition des zones

Catégorie	Nombre de bassins de vie canton-ville (BVCV)	Part de la population féminine régionale couverte	Seuil d'APL maximum	Nombre de BVCV en zone d'échange
Auvergne-Rhône-Alpes				
Zone très sous dotée	37	3,8 %	7,0	0
Zone sous dotée	25	3,5 %	9,8	25
Zone intermédiaire	211	51,2 %	20,3	5
Total général des zones prévues au 1 ^{er} et au 2 ^e de l'article L. 1434-4 du CSP	386	100,0 %	37,1	122
Bourgogne-Franche-Comté				
Zone très sous dotée	39	13,3 %	7,1	0
Zone sous dotée	29	12,3 %	9,7	29
Zone intermédiaire	106	58,0 %	20,0	10
Total général des zones prévues au 1 ^{er} et au 2 ^e de l'article L. 1434-4 du CSP	194	100,0 %	34,5	52

Bretagne				
Zone très sous dotée	14	4,7 %	7,1	0
Zone sous dotée	18	6,8 %	9,7	18
Zone intermédiaire	101	62,8 %	20,3	9
Total général des zones prévues au 1 ^o et au 2 ^o de l'article L. 1434-4 du CSP	172	100,0 %	34,7	58
Centre-Val de Loire				
Zone très sous dotée	35	15,5 %	7,0	0
Zone sous dotée	20	8,3 %	9,8	20
Zone intermédiaire	95	67,0 %	19,6	17
Total général des zones prévues au 1 ^o et au 2 ^o de l'article L. 1434-4 du CSP	155	100,0 %	24,3	39
Corse				
Zone très sous dotée	8	37,9 %	6,5	0
Zone sous dotée	3	10,4 %	8,2	3
Zone intermédiaire	6	51,7 %	19,9	1
Total général des zones prévues au 1 ^o et au 2 ^o de l'article L. 1434-4 du CSP	17	100,0 %	19,9	4
Grand Est				
Zone très sous dotée	23	4,7 %	6,9	0
Zone sous dotée	33	11,9 %	9,7	33
Zone intermédiaire	171	68,1 %	20,3	15
Total général des zones prévues au 1 ^o et au 2 ^o de l'article L. 1434-4 du CSP	263	100,0 %	38,9	70
Guadeloupe				
Zone très sous dotée	1	2,7 %	-	0
Zone intermédiaire	9	44,8 %	20,1	1
Total général des zones prévues au 1 ^o et au 2 ^o de l'article L. 1434-4 du CSP	19	100,0 %	26,7	9
Guyane				
Zone très sous dotée	2	14,0 %	-	0
Zone sous dotée	1	11,9 %	7,4	1
Total général des zones prévues au 1 ^o et au 2 ^o de l'article L. 1434-4 du CSP	7	100,0 %	36,1	5
Hauts-de-France				
Zone très sous dotée	50	16,0 %	7,1	0
Zone sous dotée	66	25,2 %	9,7	66
Zone intermédiaire	107	54,9 %	20,3	26
Total général des zones prévues au 1 ^o et au 2 ^o de l'article L. 1434-4 du CSP	228	100,0 %	25,3	96
Ile-de-France				
Zone très sous dotée	11	4,2 %	7,1	0
Zone sous dotée	48	16,4 %	9,7	48
Zone intermédiaire	162	78,9 %	19,5	18
Total général des zones prévues au 1 ^o et au 2 ^o de l'article L. 1434-4 du CSP	222	100,0 %	23,0	67
La Réunion				
Zone intermédiaire	1	1,3 %	14,0	0
Total général des zones prévues au 1 ^o et au 2 ^o de l'article L. 1434-4 du CSP	20	100,0 %	46,5	17

Martinique				
Zone intermédiaire	2	50,5 %	16,7	0
Total général des zones prévues au 1 ^o et au 2 ^o de l'article L. 1434-4 du CSP	4	100,0 %	29,4	2
Mayotte				
Zone très sous dotée	1	100 %	NC	0
Total général des zones prévues au 1 ^o et au 2 ^o de l'article L. 1434-4 du CSP	1	100 %	NC	0
Normandie				
Zone très sous dotée	41	17,2 %	7,0	0
Zone sous dotée	46	22,7 %	9,8	46
Zone intermédiaire	89	56,4 %	20,0	17
Total général des zones prévues au 1 ^o et au 2 ^o de l'article L. 1434-4 du CSP	180	100,0 %	23,6	65
Nouvelle-Aquitaine				
Zone très sous dotée	57	8,0 %	7,1	0
Zone sous dotée	36	5,8 %	9,7	36
Zone intermédiaire	210	59,5 %	20,3	17
Total général des zones prévues au 1 ^o et au 2 ^o de l'article L. 1434-4 du CSP	365	100,0 %	41,8	100
Occitanie				
Zone très sous dotée	41	4,7 %	7,1	0
Zone sous dotée	23	3,9 %	9,6	23
Zone intermédiaire	157	47,5 %	20,3	6
Total général des zones prévues au 1 ^o et au 2 ^o de l'article L. 1434-4 du CSP	325	100,0 %	39,0	106
Pays de la Loire				
Zone très sous dotée	20	4,4 %	6,8	0
Zone sous dotée	9	1,6 %	9,7	9
Zone intermédiaire	112	57,6 %	20,1	7
Total général des zones prévues au 1 ^o et au 2 ^o de l'article L. 1434-4 du CSP	183	100,0 %	31,0	49
Provence-Alpes-Côte d'Azur				
Zone très sous dotée	17	5,1 %	6,9	0
Zone sous dotée	9	1,8 %	9,7	9
Zone intermédiaire	91	63,8 %	20,2	7
Total général des zones prévues au 1 ^o et au 2 ^o de l'article L. 1434-4 du CSP	165	100,0 %	51,1	54
Pour information, total figurant dans l'avenant n° 4 à la convention nationale des sages-femmes n'incluant pas les données relatives à Mayotte				
Zone très sous dotée	396	7,3 %	7,1	0
Zone sous dotée	366	10,2 %	9,8	366
Zone intermédiaire	1630	60,6 %	20,3	156
Total général des zones prévues au 1 ^o et au 2 ^o de l'article L. 1434-4 du CSP	2905	100,0 %	51,1	915
Total France entière				
Zone très sous dotée	397	7,7 %	7,1	0
Zone sous dotée	366	10,2 %	9,8	366
Zone intermédiaire	1630	60,4 %	20,3	156
Total général des zones prévues au 1 ^o et au 2 ^o de l'article L. 1434-4 du CSP	2906	100,0 %	51,1	915

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 ?

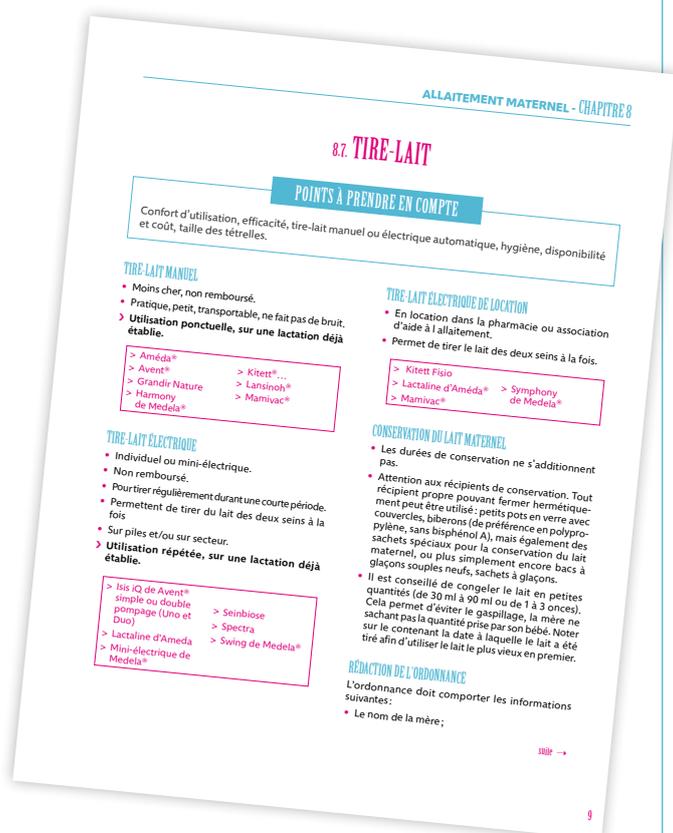
- La sage-femme est au cœur de la périnatalité et de la gynécologie de prévention.
- Sa pratique est au carrefour de la médecine et de l'humanisme.
- Son engagement est entier pour la santé et les droits des femmes.
- Son statut médical lui donne la possibilité et le droit de suivre la grossesse, pratiquer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

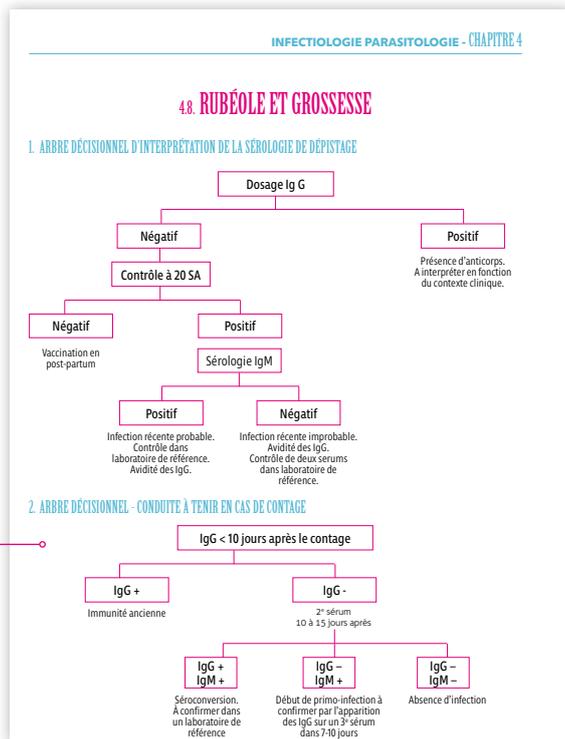
- ▷ **Principe actif**: 50 mg de fer (sulfate ferreux) et 30 mg d'acide ascorbique par unité de prise.
- ▷ **Excipient**
- Gélule: carbonate de magnésium léger, talc, silice colloïdale, anhydride, amidon de maïs.
- Enveloppe: gélatine, dioxyde de titane, bleu patenté jaune de quinoléine.
- Comprimé: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

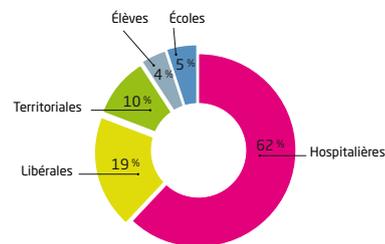
Diffusion

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

Naissances prématurées dans le Monde

PUBLICATION DE L'OMS (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ)

PRINCIPAUX FAITS

Chaque année, quelque 15 millions de bébés naissent prématurément (avant 37 semaines révolues de gestation). Ce nombre est en augmentation.

À l'origine de près d'un million de décès par an en 2015, les complications des naissances prématurées sont la cause principale de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

Les trois quarts pourraient être évités grâce à des interventions courantes, à la fois efficaces et peu onéreuses, même sans recourir aux soins intensifs.

Sur 184 pays, le taux des naissances prématurées varie entre 5 % et 18 % des bébés nés.

VUE D'ENSEMBLE



On considère comme prématuré un bébé né vivant avant 37 semaines d'aménorrhée. Cette notion recouvre trois sous-catégories :

- La prématurité extrême (moins de 28 semaines) ;
- La grande prématurité (entre la 28^e et la 32^e semaine) ;
- La prématurité moyenne, voire tardive (entre la 32^e et la 37^e semaine).

Le déclenchement du travail ou l'accouchement par césarienne ne devrait pas être prévu avant 39 semaines achevées sauf indications médicales.

LE PROBLÈME

On estime à 15 millions le nombre de bébés prématurés chaque année, ce qui représente plus d'un bébé sur 10. Or près d'un million d'enfants décèdent chaque année en raison de complications liées à la prématurité¹. Bon nombre de survivants souffrent d'une incapacité à vie, notamment en matière d'apprentissage, et de troubles visuels et auditifs.

À l'échelle mondiale, la prématurité est la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Dans presque tous les pays disposant de données fiables, les taux de naissances prématurées sont en hausse.

Les taux de survie présentent des inégalités frappantes d'un pays à l'autre. Dans les pays à faible revenu, la moitié des bébés nés à 32 semaines (2 mois trop tôt) décèdent en raison d'un manque de soins réalisables et abordables comme le maintien au chaud, l'allaitement et les soins de base pour traiter les infections et les problèmes respiratoires. Dans les pays à revenu élevé, la quasi-totalité de ces bébés survivent. L'utilisation insuffisante de la technologie dans les milieux à revenu intermédiaire entraîne un plus grand

nombre d'incapacités chez les bébés prématurés qui survivent à la période néonatale.

LA SOLUTION

Plus des trois quarts des bébés prématurés peuvent être sauvés si on leur prodigue des soins efficaces et peu onéreux – par exemple des injections de stéroïdes anténatales (pour les mères qui ont des contractions prématurées dans le but de renforcer le développement pulmonaire du fœtus), la « méthode kangourou » (lorsque l'enfant bénéficie d'un contact peau à peau sur la poitrine de sa mère qui l'allaité fréquemment) et des antibiotiques pour combattre les infections du nouveau-né. Par exemple, on a montré que la continuité des soins obstétricaux là où il existe des services obstétricaux efficaces diminue la prématurité d'environ 24 %.

La prévention des décès et des complications dus aux naissances prématurées commencent par une grossesse en bonne santé. Des soins de qualité avant, entre et pendant les grossesses garantissent à toutes les femmes une expérience positive de la grossesse.

Les lignes directrices de l'OMS pour les soins anténatals comportent des interventions essentielles pour éviter les

Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive

Ce document expose des recommandations exhaustives de l'OMS sur les soins prénatals systématiques à l'intention des femmes enceintes et des adolescentes. Le but de ces recommandations est de compléter les lignes directrices de l'OMS existantes sur la prise en charge des complications spécifiques associées à la grossesse. Elles sont destinées à refléter et à répondre à la nature complexe des problèmes entourant la pratique et la délivrance des soins prénatals et à donner la priorité à la santé et au bien-être de la personne – et pas seulement à la prévention de la mortalité et de la morbidité – selon une démarche visant le respect des droits de l'homme.



58 pages

Date de publication : 2017

Langues : Anglais, espagnol, français, russe

ISBN : 978-92-4-254991-1

PUBLICATION EN TÉLÉCHARGEMENT SUR :

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/fr/

naissances prématurées, comme les conseils sur une alimentation saine, une nutrition optimale, le tabagisme et la consommation de substances ; la biométrie foetale en utilisant l'échographie pour aider à déterminer l'âge gestationnel et détecter les grossesses multiples ; et au minimum huit consultations avec les professionnels de la santé pendant la durée de la grossesse pour identifier et gérer d'autres facteurs de risque, tels que les infections.

COMMENT S'EXPLIQUE LA PRÉMATURITÉ ?

La prématurité tient à diverses raisons. La plupart des naissances prématurées se produisent spontanément, mais certaines résultent d'un déclenchement précoce des contractions ou d'un accouchement par césarienne, que ce soit pour des raisons médicales ou non.

Parmi les causes courantes de naissances prématurées figurent les grossesses multiples, les infections et maladies chroniques, comme le diabète et l'hypertension ; il arrive fréquemment, toutefois, que la cause ne soit pas identifiée. Il y aurait aussi une influence génétique. Une meilleure compréhension des causes et des mécanismes permettra de faire progresser l'élaboration de solutions de prévention.

OÙ ET QUAND LA NAISSANCE PRÉMATURÉE SE PRODUIT-ELLE ?

Plus de 60 % des naissances prématurées surviennent en Afrique et en Asie du Sud, mais il s'agit vraiment d'un problème planétaire. Dans les pays les plus pauvres, on compte en moyenne 12 % de bébés nés prématurément contre 9 % dans les pays à revenu plus élevé. Au sein même des pays, les familles les plus modestes présentent un risque accru.

Les 10 pays qui possèdent les taux les plus élevés de naissances prématurées sont les suivants² :

- ① Inde : 3 519 100
- ② Chine : 1 172 300
- ③ Nigeria : 773 600
- ④ Pakistan : 748 100
- ⑤ Indonésie : 675 700
- ⑥ États-Unis d'Amérique : 517 400
- ⑦ Bangladesh : 424 100
- ⑧ Philippines : 348 900
- ⑨ République démocratique du Congo : 341 400
- ⑩ Brésil : 2 79 300

Les 10 pays qui détiennent les taux de naissances prématurées les plus élevés pour 100 naissances vivantes sont les suivants¹ :

- ① Malawi : 18,1 pour 100
- ② Comores : 16,7
- ③ Congo : 16,7
- ④ Zimbabwe : 16,6
- ⑤ Guinée équatoriale : 16,5
- ⑥ Mozambique : 16,4
- ⑦ Gabon : 16,3
- ⑧ Pakistan : 15,8
- ⑨ Indonésie : 15,5
- ⑩ Mauritanie : 15,4

Sur les 65 pays présentant des données fiables en matière de tendance, tous à l'exception de trois font état d'une

augmentation du taux de naissances prématurées au cours des vingt dernières années.

Cela peut notamment s'expliquer par une meilleure évaluation, un accroissement de l'âge maternel et des problèmes de santé maternelle sous-jacents comme le diabète et l'hypertension, l'utilisation accrue de traitements contre l'infertilité qui se traduit par des taux plus élevés de grossesses multiples, et des changements de pratiques obstétricales comme l'augmentation du nombre de césariennes avant terme.

Il y a un écart de survie spectaculaire des bébés prématurés selon leur lieu de naissance. Par exemple, plus de 90 % des bébés extrêmement prématurés (moins de 28 semaines) nés dans un pays à revenu faible décèdent au cours des premiers jours de leur vie ; en revanche, moins de 10 % meurent dans les pays à revenu élevé.

ACTION DE L'OMS

En mai 2012, l'OMS et ses partenaires ont publié un rapport intitulé Arrivés trop tôt : rapport des efforts mondiaux portant sur les naissances prématurées, présentant les toutes premières estimations jamais réalisées sur les naissances prématurées ventilées par pays.

L'OMS s'engage à réduire les problèmes de santé et le nombre de vies perdues suite à une naissance prématurée en prenant les actions spécifiques ci-après :

- Collaborer avec les États Membres et ses partenaires pour mettre en œuvre le plan d'action mondial pour mettre un terme aux décès évitables des nouveau-nés, adopté en mai 2014 dans le cadre de la Stratégie mondiale du Secrétaire général des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant ;
- Œuvrer de concert avec les États Membres pour renforcer la mise à disposition et la qualité des données sur les naissances prématurées ;
- Fournir tous les 3 à 5 ans des analyses actualisées des niveaux et tendances des naissances prématurées dans le monde ;
- Collaborer avec les partenaires du monde entier pour mener des recherches sur les causes des naissances prématurées, et tester l'efficacité et les méthodes d'exécution des interventions visant à empêcher les naissances prématurées et à traiter les bébés qui sont nés avant terme ;
- Actualiser périodiquement les lignes directrices cliniques pour la prise en charge de la grossesse et des mères présentant des contractions précoces ou un risque d'accouchement prématuré, ainsi que les lignes directrices pour les soins dispensés aux bébés prématurés, y compris la « méthode kangourou », l'alimentation des bébés ayant une insuffisance pondérale à la naissance, le traitement des infections et des problèmes respiratoires, et les soins de suivi à la maison ; et
- Mettre au point des outils permettant d'améliorer les compétences des soignants et d'évaluer la qualité des soins dispensés aux mères qui risquent d'accoucher prématurément et aux prématurés ;
- Soutenir les pays dans la mise en œuvre des lignes directrices de l'OMS sur les soins prénataux, visant à réduire

WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes

The primary audience for this guideline includes health-care professionals who are responsible for developing national and local health-care protocols and policies, as well as managers of maternal and child health programmes and policy-makers in all settings. The guideline will also be useful to those directly providing care to pregnant women and preterm infants, such as obstetricians, paediatricians, midwives, nurses and general practitioners. The information in this guideline will be useful for developing job aids and tools for pre- and in-service training of health workers to enhance their delivery of maternal and neonatal care relating to preterm birth.

Date de publication: novembre 2015
98 pages - Langues: Anglais
ISBN: 978 92 4 150898 8

PUBLICATION EN TÉLÉCHARGEMENT SUR:

https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/



le risque d'issues dramatique de la grossesse, y compris les naissances prématurées, et à assurer une grossesse positive pour toutes les femmes.

LIGNES DIRECTRICES POUR AMÉLIORER LA SURVIE ET L'ÉTAT DE SANTÉ DES PRÉMATURÉS

L'OMS a élaboré de nouvelles lignes directrices comportant des recommandations pour améliorer la survie et l'état de santé des prématurés. Cet ensemble d'interventions essentielles peut améliorer les chances de survie et les résultats en matière de santé des nourrissons prématurés.

Il y a des interventions destinées à la mère, par exemple des injections anténatales de stéroïdes, l'administration d'antibiotiques en cas de rupture de la poche des eaux avant le début du travail et le sulfate de magnésium pour éviter de futurs troubles neurologiques de l'enfant.

Il y a aussi des interventions destinées au nouveau-né, par exemple les soins de protection thermique et l'aide à l'allaitement (avec la « méthode kangourou »), l'administration d'oxygène sans risque et d'autres traitements pour aider les enfants à respirer plus facilement.

1. Liu L, Oza S, Hogan D, Chu Y, Perin J, Zhu J, et al. *Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals*. Lancet. 2016; 388 (10063): 3027-35.
2. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard M, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn JE. *National, regional and worldwide estimates of preterm birth*. The Lancet, June 2012. 9; 379 (9832): 2162-72. Estimates from 2010.

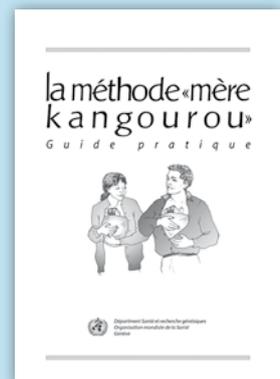
L'OMS coordonne actuellement deux essais cliniques sous l'intitulé « WHO ACTION Trials (Antenatal Corticosteroids for Improving Outcomes in preterm Newborns) » : essais concernant l'administration prénatale de corticostéroïdes pour améliorer les issues chez les prématurés pour les femmes risquant d'accoucher prématurément :

- Essai au Ghana, en Inde, au Malawi, au Nigéria et en République-Unie de Tanzanie de soins mère kangourou immédiats (par rapport aux recommandations actuelles tendant à débiter les soins mère kangourou quand l'enfant est stable).
- Recherche sur la mise en œuvre pour généraliser les soins mère kangourou en Éthiopie et en Inde. •

La méthode « mère kangourou » Guide pratique

La méthode « mère kangourou » consiste à porter un enfant prématuré sur le ventre en contact peau contre peau. Cette méthode est très efficace et facile à appliquer. Elle contribue à la bonne santé et au bien-être des prématurés et des nourrissons nés à terme.

Ce guide fournit des conseils sur la façon d'organiser les services sanitaires spécialisés vers lesquels ces nouveau-nés sont orientés et sur ce qui est nécessaire pour mettre en place et dispenser les soins « kangourou », tout particulièrement dans des milieux où les ressources sont limitées.



80 pages

Date de publication: 2004

ISBN: 9242590355

Numéro de référence OMS: WS 410 2003KA-

PUBLICATION EN TÉLÉCHARGEMENT SUR:

https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241590351/fr/



Maternité parentalité

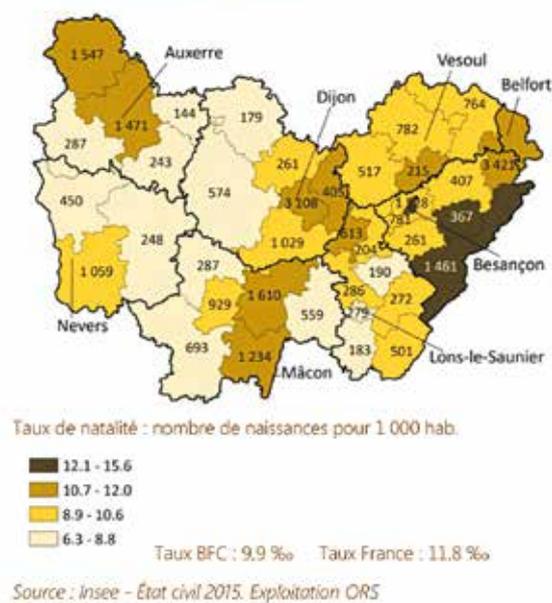
ÉLÉMENTS SAILLANTS EN BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

PUBLICATION DE L'ORS (OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ)
ET DE L'ARS (AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ)

FAITS MARQUANTS

- Près de 30 000 naissances en 2015 dans la région, soit un taux de natalité de 9,9 ‰ habitants, en baisse continue depuis 1980.
- Plus de femmes fumeuses, mais aussi plus d'arrêts pendant la grossesse qu'en moyenne en France.
- Les ménages avec enfant(s) représentent la moitié des bénéficiaires d'aides sociales à bas revenus dans la région.
- La fréquence des principales pathologies et complications liées à la grossesse est dans la moyenne nationale.
- Un taux de mortalité infantile en baisse continue, sauf pour le Territoire de Belfort où il est particulièrement élevé.
- Une offre de prévention et de soins diversifiée.

Nombre de naissances et taux de natalité dans les territoires de contractualisation



CONTEXTE NATIONAL

Au 1^{er} janvier 2013, environ 14,2 millions de femmes en âge de procréer (âgées de 15 à 49 ans) vivent en France métropolitaine. Elles représentent 22,3 % de la population. Les maternités plus tardives (âge moyen à l'accouchement 30,4 ans en 2015) s'expliquent notamment par l'élévation du niveau des études, la place croissante des femmes sur le marché du travail (Insee Bourgogne, 2013) et des changements plus sociologiques au sein des couples, de la famille et des événements et attentes vis-à-vis de la vie. L'indice conjoncturel de fécondité s'élève à 1,96 enfant par femme en 2015, parmi les plus élevés en Europe.

Au plan européen, la France est dans une situation moyenne dans le domaine de la périnatalité : les taux de mortalité néonatale (2,3 pour 1 000 naissances vivantes) et de prématurité (7,4 %) se situent dans la moyenne européenne, le taux d'allaitement au sein à la maternité est de 60,2 %, 17,1 % des femmes enceintes fument et 9,9 % sont obèses (InVS, BEH thématique n° 6-7, 2015).

Dès la grossesse et la naissance, il existe des disparités de santé entre catégories socioprofessionnelles : le taux de prématurité est par exemple près de 2 fois plus élevé chez les salariées de services aux particuliers que chez les cadres (6,4 % contre 3,9 %).

DÉTERMINANTS

■ NAISSANCES ET FÉCONDITÉ

■ Moins de 30 000 naissances en 2015, en baisse continue

En 2015, 29 350 bébés sont nés en Bourgogne-Franche-Comté, soit 9,9 naissances pour 1 000 habitants (vs 11,8 ‰ au niveau national). Trois périodes d'évolution se distinguent entre 1980 et 2015 : le taux de natalité a nettement diminué jusqu'en 1994 (-1,5 ‰ par an contre -1,1 ‰ au niveau national), puis il a augmenté jusqu'en 2000, tant dans la région (+0,9 ‰ par an) qu'au niveau national (+1,1 ‰), pour diminuer de nouveau depuis (respectivement -0,9 ‰ et -0,7 ‰ par an).

■ Une fécondité proche de la moyenne nationale

La région compte 584 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Elles représentent 20,7 % de la population totale (22,3 % au niveau national). Cette proportion a diminué de 3 points depuis 1999 (23,7 % dans la région vs 24,7 % au niveau national).

Avec 1,93 enfants par femme, la Bourgogne-Franche-Comté a une fécondité proche de la moyenne observée en France métropolitaine en 2014 (1,98). La Côte-d'Or est le département le moins fécond de la région (1,78 enfant par femme) tandis que l'Yonne a le taux le plus élevé (2,05) avec une fécondité plus élevée aux âges jeunes.



Angusta® (misoprostol)

Comprimé
25 microgrammes

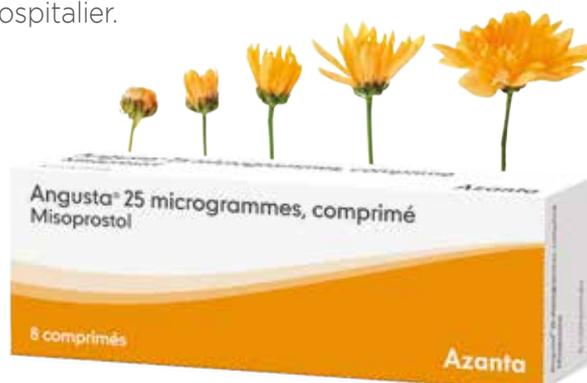
Pour le déclenchement du travail, par voie orale.

Indication : Angusta® est indiqué dans le déclenchement du travail.¹

Place dans la stratégie thérapeutique : Angusta® est indiqué, par voie orale, dans le déclenchement du travail sur col défavorable, uniquement en cas de situation médicalement justifiée, lorsque les autres moyens de déclenchement indiqués dans cette situation ne sont pas disponibles. Angusta® n'a pas de place dans le déclenchement du travail sur col favorable ou en cas de déclenchement du travail non médicalement justifié. Angusta® ne doit pas être utilisé en cas d'utérus cicatriciel (antécédent de césarienne ou de chirurgie utérine ou cervicale)².

Médicament réservé à l'usage hospitalier.

Agréé aux collectivités.



Azanta

1/ Résumé des Caractéristiques du Produit Angusta®

2/ HAS. Avis de la Commission de la transparence - Angusta® - 18 avril 2018.

Les mentions obligatoires d'Angusta® sont disponibles sur le site internet de l'ANSM <http://ansm.sante.fr>.

▀ Les mères bourguignonnes franc-comtoises plus jeunes que la moyenne française

Globalement, les femmes de la région sont plus jeunes à la naissance de leur enfant : en 2015, 1,6 % des nouveau-nés ont une mère âgée de moins de 20 ans (contre 1,4 % au niveau national), 12,4 % ont une mère âgée de 20 à 24 ans et 20,2 % ont une mère âgée de 35 ans ou plus (23,3 % au niveau national). Seule la Côte-d'Or est proche du niveau national (22,8 %).

■ COMPORTEMENTS

▀ Modes de contraception

Deux tiers des Bourguignons-Francis-Comtois de 15-54 ans ayant déjà eu des rapports sexuels déclarent utiliser un moyen de contraception. Le recours à la contraception diminue avec l'âge : 78 % entre 15 et 25 ans, 73 % entre 26 et 44 ans et 48 % chez les 45-54 ans. La pilule représente quel que soit l'âge, la principale méthode utilisée (par 42 % des répondants), devant le stérilet (20 %) et le préservatif masculin (20 %).

▀ Contraception d'urgence

Près d'une femme sur cinq (19 %) a eu recours à la contraception d'urgence au moins 1 fois dans sa vie.

Seuls 11 % des Bourguignons-Francis-Comtois connaissent son délai d'efficacité (72 h) ; la possibilité d'achat sans ordonnance est bien mieux connue (66 % des Bourguignons-Francis-Comtois) ainsi que les conditions d'accès pour les mineures : 74 % savent qu'elle est accessible sans autorisation parentale et 82 % qu'elle est gratuite.

▀ Recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG)

Parmi les Bourguignonnes-francis-comtoises de 15 à 75 ans, 17 % ont eu recours à l'IVG une fois au cours de leur vie, et 6 % deux fois ou plus.

Les IVG multiples sont plus fréquentes chez les femmes de 35-44 ans (10 %) et celles de 55-64 ans (7 %).

▀ Plus de femmes fumeuses mais aussi plus d'arrêts pendant la grossesse

La proportion régionale de femmes fumant avant la grossesse est nettement supérieure à la moyenne nationale (50,9 % vs 41,9 % en 2011). Cependant, la part de fumeuses qui arrêtent pendant leur grossesse (57,7 % des fumeuses) est supérieure à la moyenne nationale (52,7 %).

L'obésité est associée à des risques plus élevés durant la grossesse et l'accouchement, pour la santé de la mère et de l'enfant. En région 12,6 % des femmes enceintes sont obèses (IMC de 30 et plus).

■ CONDITIONS DE VIE DES FAMILLES

▀ 8 enfants sur 10 vivent dans un ménage composé d'un couple

Les enfants de moins de 18 ans vivent principalement au sein d'un couple (82 % d'entre eux). Près de 18 % vivent dans une famille monoparentale, le parent isolé étant une femme plus de 8 fois sur 10.

▀ Des parents qui exercent une activité professionnelle pour 7 enfants sur 10

Plus de 400 000 enfants de moins de 18 ans ont leurs parents actifs (monoparent ou les 2 parents du couple), Ils représentent 68,9 % des enfants de ce groupe d'âge.

Le taux d'enfants vivant avec des parents actifs varie sensiblement selon la configuration familiale. Au sein des familles monoparentales, le taux d'activité est plus élevé chez les hommes que chez les femmes : parmi les enfants vivant avec leur père isolé, celui-ci est actif dans 82,9 % des cas, contre 65,4 % pour les enfants vivant avec leur mère. Tandis que les parents de 69,0 % des enfants vivant au sein d'un couple sont actifs. Le taux d'activité des parents augmente avec l'âge de l'enfant.

▀ Situations de pauvreté, précarité

Les allocataires du revenu de solidarité active représentent 16,8 % des allocataires de prestations familiales (Cnaf et MSA). Parmi eux, 18,0 % sont des couples avec enfant(s), 32,2 % des familles monoparentales.

Par ailleurs, les allocataires à bas revenu (inférieur à 60 % du revenu médian) représentent un tiers de l'ensemble des allocataires. Parmi eux, 23,9 % sont des couples avec enfant(s) et 26,2 % des familles monoparentales.

■ AUTRES ÉLÉMENTS SAILLANTS SUR LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Les déclarations tardives de grossesse (au-delà du premier trimestre) sont plus fréquentes chez les femmes vivant dans un contexte social difficile. Selon les départements, ce phénomène concerne entre 0,6 % et 2,4 % des femmes enceintes, contre 5,1 % en moyenne en France entière.

Seules 3 échographies sont obligatoires. Pourtant, 20 % à 35 % des femmes ont bénéficié de 4 échographies voire plus (28 % au niveau national). Ce taux est à surveiller car il peut être le signe d'une surmédicalisation.

La préparation à la naissance a été suivie par 35 % à 56 % des femmes enceintes selon les départements. Les proportions de femmes concernées sont supérieures à la moyenne nationale en Côte-d'Or, dans le Doubs et dans le Territoire de Belfort.

Hormis dans le Jura et en Saône-et-Loire où l'on constate une diminution, le taux d'accouchement par césarienne est resté globalement stable en 5 ans.

ÉTAT DE SANTÉ

■ MORBIDITÉ

▀ Pathologies et complications pendant la grossesse

Une menace d'accouchement prématuré a eu lieu chez 5,7 % des femmes enceintes en 2011, et une rupture prématurée des membranes chez 7,1 % des femmes ; 3,3 % ont présenté une hypertension artérielle et 6,5 % un diabète gestationnel.

La fréquence de ces principales pathologies et complications liées à la grossesse observée au niveau régional est proche des valeurs nationales.

▀ État de santé des nouveau-nés

Le taux de nouveau-nés prématurés (nés avant 37 semaines d'aménorrhée) est relativement homogène entre les départements (entre 6,0 et 7,2 %). Par ailleurs, celui des faibles poids à la naissance (moins de 2 500 g) varie de 5,5 % en en Saône-et-Loire à 7,3 % dans l'Yonne. La proportion d'enfants bénéficiant de gestes techniques à la naissance est encore plus variable : de 2,3 % dans le Territoire de Belfort à 6,2 % dans le Doubs.

■ MORTALITÉ

■ 8 décès maternels pour 100 000 naissances

Près de 10 décès maternels ont été enregistrés dans la région entre 2007 et 2009, soit 8 pour 100 000 naissances vivantes contre 9,4 en France métropolitaine.

■ Un taux de mortalité périnatale inférieur à la moyenne nationale

Chaque année, 276 nouveau-nés sont décédés dans les 7 jours suivant l'accouchement, la majorité (234) étant mort-nés. Le taux de mortalité périnatale de la région est proche de la moyenne nationale (respectivement 9,2 et 9,6 décès pour 1 000 naissances).

Le taux de mortalité périnatale est globalement homogène au sein de la région (en moyenne 9,2 décès pour 1 000 naissances par an). Seuls 4 territoires se démarquent : le Pays Graylois et le pays Horloger Haut-Doubs présentent un taux significativement inférieur à la moyenne régionale (respectivement 3,8 ‰ et 5,4 ‰), tandis qu'il est significativement supérieur dans l'Auxerrois (13,1 ‰) et le Tonnerrois (18,3 ‰).

■ Près de 4 enfants de moins d'1 an sur 1000 décèdent chaque année

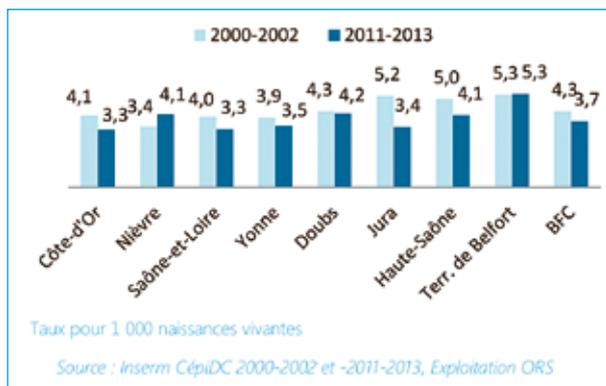
Chaque année en moyenne, 114 enfants de moins d'un an décèdent (période 2009-2013). Les principales causes de décès sont les affections périnatales (63 décès par an, soit 55,3 % de l'ensemble), les malformations congénitales (24 décès, 21,0 % de l'ensemble), la mort subite du nourrisson (8 décès, 7,4 %).

Le taux de mortalité infantile (décès avant 1 an) a baissé en Bourgogne-Franche-Comté comme en France entre 2000-2002 et 2011-2013, Depuis, il stagne à 3,7 ‰ naissances vivantes dans la région (3,6 ‰ en France métropolitaine).

■ AUTRES ÉLÉMENTS SAILLANTS MORBIDITÉ/ MORTALITÉ

Le taux de mortalité infantile est particulièrement élevé dans le Territoire de Belfort (5,3 ‰ contre 3,7 ‰ dans la région), qui est aussi le seul département où la mortalité n'a pas baissé au cours de la période. Par ailleurs, il a augmenté dans la Nièvre.

■ Évolution des taux de mortalité infantile en BFC et par département



Au niveau national, les deux tiers des décès maternels résultent de causes directement liées à la grossesse ou à l'accouchement et ses suites, principalement des hémorra-

gies et des embolies pulmonaires. Les maladies de l'appareil circulatoire constituent la principale cause indirecte.

■ Principales causes des décès maternels en France

	Effectifs	%
Causes directes	147	57,9 %
Hémorragies	46	18,1 %
Thrombo-embolies veineuses	30	11,8 %
Hypertension artérielle gravidique	23	9,1 %
Embolies amniotiques	20	7,9 %
Infections	8	3,1 %
Autres causes directes	20	7,9 %
Causes indirectes	95	37,4 %
Mal. de l'app. circulatoire	58	22,9 %
Mal. infectieuses et parasitaires	10	3,9 %
Mal. respiratoires	3	1,2 %
Autres	24	9,4 %
Causes inconnues	12	4,7 %
Toutes causes	254	100 %

Source : Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles 2007-2009

AIDE, SOINS, PRÉVENTION

■ PRÉVENTION

■ La Protection maternelle et infantile

Les services de protection maternelle et infantile (PMI) des départements assurent des consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité, dispensent des informations individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et les infections sexuellement transmissibles, ainsi que sur l'éducation familiale. Ils assurent aussi des entretiens de conseil conjugal ou de planification familiale.

Par ailleurs, les femmes enceintes peuvent faire suivre leur grossesse par les centres de PMI en bénéficiant de consultations prénatales ou de visites à domicile. Au total, près de 16 300 consultations et visites à domicile ont été organisées en 2013. Le taux pour 1 000 femmes de 15 à 50 ans est très variable selon les départements, notamment parce que les services de PMI complètent l'offre de soins de ville et hospitalière présente sur le territoire, ou sont complétés par cette offre.

Les densités de professionnels de la PMI intervenant auprès des femmes enceintes et des nouveau-nés sont inférieures à la moyenne nationale pour les médecins et les puéricultrices, tandis que la densité de sages-femmes est un peu supérieure. Celles des professionnels intervenant en éducation et planification familiale sont relativement proches du niveau national, hormis pour les infirmières, supérieure à la moyenne nationale.

■ Actions de prévention et promotion de la santé

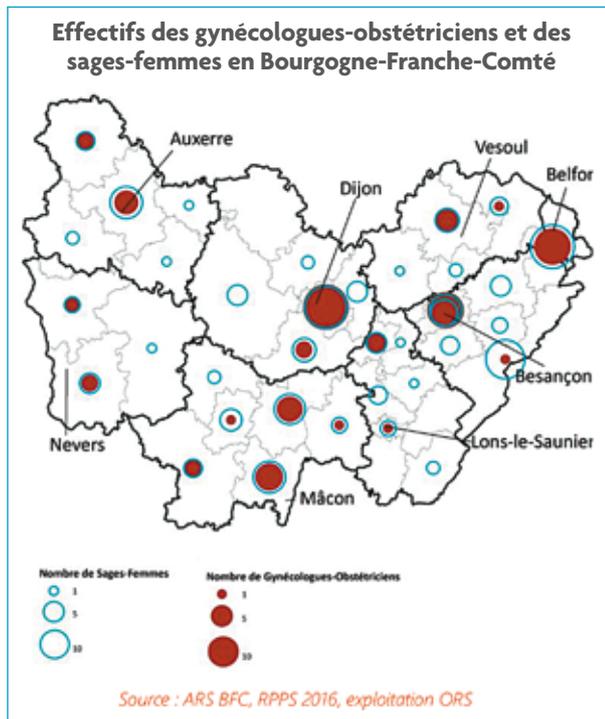
En 2015, sur les 265 actions financées par l'ARS, 3 actions portaient sur la parentalité/périnatalité et 2 autres concernaient les nourrissons.

■ OFFRE DE SOINS

■ Professionnels de santé

Les densités régionales de professionnels de santé impliqués dans le suivi des femmes et des nouveau-nés sont toutes inférieures à la moyenne nationale **sauf pour les sages-femmes**. Elles sont particulièrement faibles dans l'Yonne et la Haute Saône.

Parmi les 88 MSP de la région, 25 comptent au moins une sage-femme dans leur équipe (7 dans le Doubs, 4 dans



le Jura, 4 dans la Nièvre, 2 en Haute-Saône, 4 en Saône-et-Loire, 3 dans l'Yonne, comme dans le Territoire de Belfort). Le nombre d'équivalents temps plein varie de 0,2 à 3.

■ Gynécologues-obstétriciens et sages-femmes inégalement répartis en Bourgogne-Franche-Comté

La région dispose en 2016 de 232 gynécologues-obstétriciens et de 987 sages-femmes.

Les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes (tous modes d'exercices) sont concentrés dans les grandes agglomérations de Bourgogne-Franche-Comté telles que Dijon, Belfort, Besançon, Mâcon, Auxerre, Nevers.

Les effectifs sont plus importants à l'est de la région plutôt qu'à l'ouest.

■ Établissements de soins

L'offre hospitalière destinée aux nouveau-nés se répartit entre les services de néonatalogie hors soins intensifs, les soins intensifs, la réanimation néonatale, et les services d'obstétrique. Les territoires du Dijonnais et de Besançon disposent des 4 types de services, ce qui correspond aux maternités de niveau III.

Deux réseaux périnataux régionaux ont été mis en place chacun dans leur ex-région. Le Réseau périnatal de Bourgogne a pour objectifs d'organiser :

- L'orientation des femmes et des nouveau-nés vers les structures permettant d'assurer la prise en charge adaptée aux risques maternels et périnataux ;
- Les rencontres entre professionnels de la périnatalité, afin d'analyser leur pratique ;
- Et d'élaborer des protocoles de prise en charge médicale et organisationnelle et pour améliorer le suivi des enfants vulnérables.

Le réseau périnatal de Franche-Comté doit permettre d'assurer le suivi médical de la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée. Il doit également permettre le repérage des vulnérabilités psychosociales et l'accompagnement s'y rapportant, ainsi que le suivi à long terme des nouveau-nés vulnérables et susceptibles de développer un handicap.

L'ARS BFC finance 3 réseaux périnataux territoriaux en 2016. Ils interviennent dans l'Autunois-Morvan, dans le sud de l'Yonne et dans le sud du Nivernais Morvan.

Des consultations Père-Mère-Bébé sont proposées à Dijon et Besançon. Le but est de prendre en charge les difficultés en lien avec la parentalité et prévenir l'apparition de troubles psychopathologiques chez le nourrisson.

■ Éducation thérapeutique du patient (ETP)

Dans la région, six programmes sont destinés aux femmes enceintes atteintes de diabète gestationnel dont quatre localisés dans des départements francs-comtois, et un programme est potentiellement destiné aux nourrissons.

ISDES

Un indice composite a été calculé afin de synthétiser les différentes informations sur la thématique au niveau des territoires de contractualisation de la région et ainsi donner une vision synthétique des disparités territoriales.

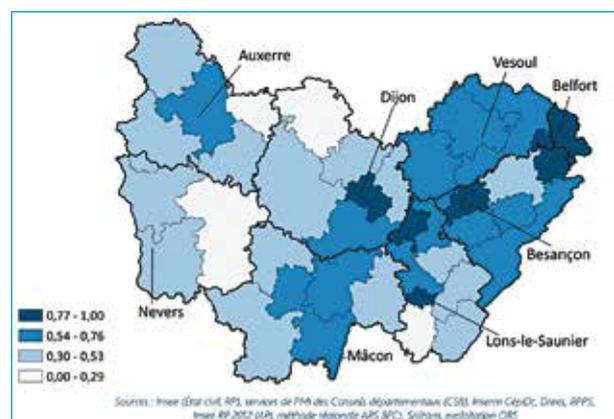
Les différents indicateurs utilisés sont :

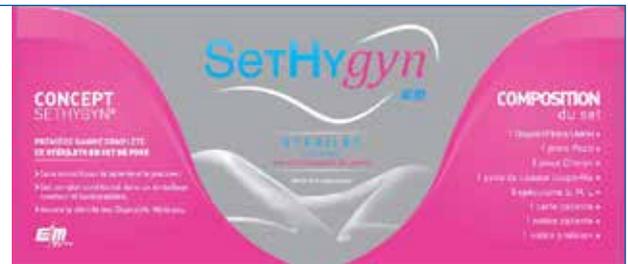
- Le taux de natalité ;
- La part des femmes en âge de procréer (15-49 ans) ;
- Le taux de prématurés ;
- Le taux de mortalité périnatale ;
- L'Accessibilité Potentielle Localisée (APL) pour les gynécologues ;
- La densité en médecins généralistes ;
- L'APL pour les médecins généralistes ;
- L'APL pour les sages-femmes ;
- Un indice de distance d'accès à un établissement avec service d'obstétrique.

L'APL mesure l'adéquation spatiale entre offre et demande de soins. Les taux d'accessibilité sont estimés à partir des observations des données de flux patient(s)-professionnel(s) de santé de l'Assurance Maladie. Les paramètres utilisés pour son calcul sont la distance entre les professionnels et les patients, l'activité des professionnels convertie en équivalent temps plein (ETP) et de la demande de soins.

Les scores obtenus se situent entre 0 et 1. Un score de 0 signifie que la problématique est très présente sur le territoire et que l'offre est moins présente. À l'inverse un score de 1 montre que le territoire est peu touché par la problématique et bénéficie d'une bonne couverture en termes d'offre.

Le score moyen régional est de 0,53. Ce score varie de 0,09 dans le Nivernais Morvan à 1 dans le Dijonnais et à Besançon. •





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

Chère Madame, Cher Monsieur,

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

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

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

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

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

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

Mélanie et Christophe NORMAND

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



Conseil de prescription : " dénomination du stérilet + référence "

Devenir et être Sage-femme en France en 2018

PAR **MARIE WALSER**, CONSULTANTE SOCIO-ANTHROPOLOGUE, ET **AMÉLIE AUBERT-PLARD**, ANTHROPOLOGUE AU SEIN DU GROUPE DANONE ET AFFILIÉE À L'UNIVERSITÉ PARIS NANTERRE (cf. biographies en page 40).
SYNTHÈSE PAR **BENOÎT LE GOEDEC**, SAGE-FEMME, RÉDACTEUR EN CHEF DES DOSSIERS DE L'OBSTÉTRIQUE

Une étude socio-anthropologique sur les sages-femmes a été menée par Marie Walser, consultante socio-anthropologue indépendante, et Amélie Aubert-Plard, anthropologue au sein du Groupe Danone, pour la marque d'eau minérale naturelle Evian. Elle porte sur plusieurs éléments dont la première partie est l'exercice de la profession de sages-femmes dont nous vous livrons ici un résumé de la note de synthèse. Cette étude* a été présentée lors de la remise du Grand Prix Evian des mémoires d'étudiant-e-s sages-femmes sélectionnés et transmis par les Écoles de sages-femmes.

Cette étude est très enrichissante car elle permet une analyse et un regard sur le parcours des sages-femmes, de l'origine de leur motivation à passer le concours jusqu'à leur exercice.

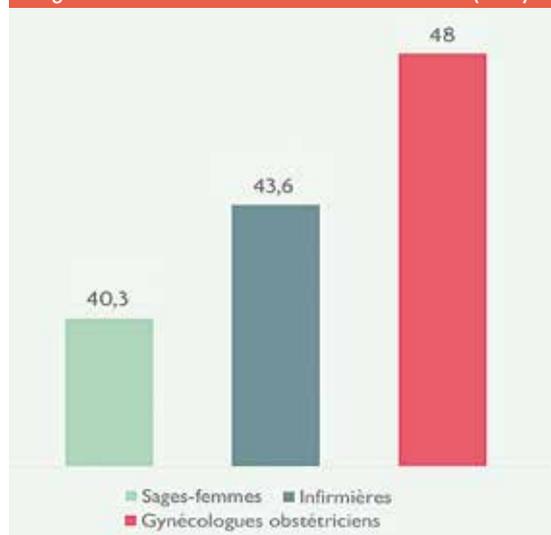
ÉLÉMENTS DE CONTEXTE SUR LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

■ DÉMOGRAPHIE DE LA PROFESSION

L'âge moyen des sages-femmes en activité (Figure 1) est de 40,3 ans, contre 48 ans pour les gynécologues-obstétriciens et 43,6 ans pour les infirmières tous secteurs confondus¹. La profession est largement féminine (97,4 % de femmes pour 2,6 % d'hommes en 2017)².

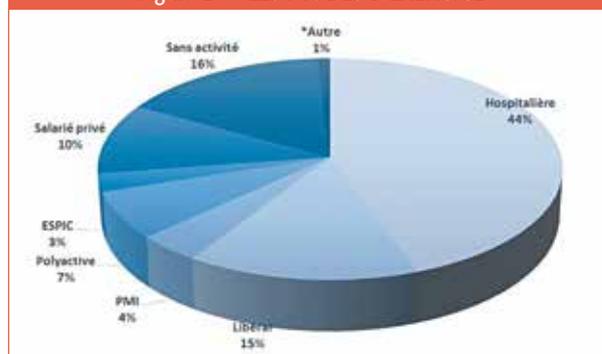
1. Site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. (<http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>), site de profilmedecin (<https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-obstetrique/>), site infirmier.com (<https://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/638248-infirmiers-france.html>).
2. Site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes.

Figure 1 > ÂGE MOYEN DE LA PROFESSION (ANS)



* Étude sociologique - Grand Prix evian - septembre 2019.

Figure 2 > LES MODES D'EXERCICE



D'après la dernière enquête du Conseil de l'Ordre, la profession compte en 2014 plus de 21 000 sages-femmes en activité³. Elles exercent selon une pluralité d'exercices (Figure 2) bien qu'une majorité relative (44 %) travaille à l'hôpital au sein de maternités publiques. Mais, ces dernières années, l'exercice libéral qui regroupe 21 % des sages-femmes a connu une progression considérable (+11 % par an entre 2009 et 2014)³.

Depuis 1994, du fait de la décroissance annoncée des médecins gynécologues, le taux de sages-femmes actives est supérieur au taux de natalité en France. Aujourd'hui, c'est l'élargissement récent du champ de compétences des sages-femmes à la santé gènesique qui serait susceptible d'absorber cette croissance.

La densité de sages-femmes⁴ diffère selon les régions.

Un zonage pour l'installation des sages-femmes en activité libérale (avenant conventionnel n° 1 du 9 janvier 2012 modifié) a été instauré par la CNAM afin de réguler leur démographie. Celui-ci est divisé en six niveaux de dotation en fonction de la densité de sages-femmes libérales pour 100 000 naissances : « sans sage-femme », « très sous-dotées », « sous-dotées », « intermédiaires », « très dotées » et « surdotées ». Pour pouvoir être conventionnées par l'Assurance Maladie, les sages-femmes libérales doivent se soumettre aux impératifs de ce zonage.

3. Site du Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (<http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/la-demographie-de-la-profession/>)
4. Nombre de sages-femmes actives pour 100 000 femmes entre 15 et 40 ans.

Des aides à l'installation sont mises en place pour les zones très sous-dotées ou sous-dotées.

■ ENJEUX SOCIOLOGIQUES AUTOUR DE LA NAISSANCE

Une tendance à la « médicalisation »⁵ et une « technicisation » de la naissance en milieu hospitalier sont mises en avant dans la littérature. La notion croissante de gestion de risque et la peur de l'erreur médicale expliquent cette tendance.

La formation est elle-même vecteur de ces craintes et d'une éducation à une vision unique et technicisée de la naissance.

Les maternités ont elles-mêmes été hiérarchisées en niveaux de risque néonatal, selon trois niveaux : niveau I pour les grossesses physiologiques sans facteurs de risque, niveaux II et III pour les grossesses à risque, en fonction du terme de naissance et du poids de naissance des nouveau-nés.

Quelques Maisons de Naissance sont en cours d'expérimentation et des maternités rurales persistent encore.

Elles assurent le suivi des femmes avec des grossesses à faibles risques et revendiquent au cœur de leur action l'accompagnement et le respect du choix des femmes, en effectuant un accompagnement global de la naissance.

De manière générale, la profession semble faire face à une « crise identitaire » marquée par une scission entre l'exercice hospitalier et l'exercice libéral, et plus globalement par un enjeu de reconnaissance de la profession.

5. Médicaliser a ici le sens de « conférer une nature médicale à des représentations et des pratiques qui n'étaient jusqu'alors pas socialement appréhendées en ces termes » (Fassin Didier, « Avant propos. Les politiques de la médicalisation », *L'Ère de la médicalisation*. Ecce homosanita, P. Aiach, D. Delanoë (dir.), Paris, Anthropos, 1998, p. 5.).

“

« Depuis le collège, j'ai toujours dit que je voulais faire sage-femme. »

LOUISE, HÔPITAL

« J'ai voulu devenir sage-femme quand j'avais 11 ans. »

NATHALIE, HÔPITAL

« À la base, j'ai fait médecine pour gynéco - je ne connaissais pas du tout la profession de sage-femme. Quand il y a eu une sage-femme qui est venue en amphï au premier semestre j'ai eu un coup de foudre, et du coup j'ai basculé vers sage-femme. »

MÉLANIE, LIBÉRAL

« Je ne m'étais pas posé la question, depuis que j'étais toute petite, je voulais faire médecine et rien d'autre. Finalement je n'ai pas eu médecine [...] et je me suis dit « je vais faire sage-femme, je pense que ça peut me plaire. »

FAUSTINE, ÉTUDIANTE 3A

”

Figure 3 > UN MÉTIER QUI RÉPOND AUX ATTENTES POUR LEUR VIE PROFESSIONNELLE (en gris) ET ÉVITE LES INCONVÉNIENTS DE MÉDECINE (en rouge)



MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une enquête qualitative menée auprès de sages-femmes en étude et en exercice.

Le recueil de données s'est fait par entretiens semi-directifs en face-à-face ou par téléphone.

- 7 entretiens de sages-femmes en exercice ;
- 1 *focus group* de 6 sages-femmes étudiants en 3^e année (2 personnes), 4^e année (3 personnes) ou 5^e et dernière année (1 personne) ;
- 1 *focus group* de 4 sages-femmes en exercice, travaillant en hôpital (4 personnes), en cabinet libéral (4 personnes), en clinique (1 personne) ou dans l'enseignement (2 personnes).

L'identité du commanditaire de l'étude (la marque evian®) n'a pas été donnée en amont des entretiens mais a été révélée au cours de la discussion avec les participants.

RÉSULTATS

■ L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

1. DEVENIR SAGE-FEMME

L'orientation vers les études est variable : vocation de longue date pour certains, révélation tardive pour d'autres (pendant les études de médecine ou passerelle après une première carrière), « plan B », après un classement PACES qui ne permet pas de choisir médecine, enfin.

La filière maïeutique reste socialement moins reconnue que la filière médecine. Pour autant, dans la majorité des cas, ce choix de carrière n'est pas regretté (Figure 3).

Il ressort des enquêtés un manque de valorisation durant les études, puis de leur diplôme. Des cas de « maltraitance » d'étudiants au sein de l'école par les sages-femmes enseignantes ou au cours des stages.

Par ailleurs, le diplôme de sage-femme ne garantit plus un accès à l'emploi et n'ouvre pas l'accès à la recherche.

La formation continue des sages-femmes ou DPC (Développement Professionnel Continu) est obligatoire pour les sages-femmes⁶. Le DPC est souvent mis au service d'une stratégie de carrière en permettant aux sages-femmes en libéral de se démarquer et aux sages-femmes hospitalières de se spécialiser (Figure 4).

De nombreux DU (Diplômes Universitaires) apportent ainsi une spécialisation supplémentaire par rapport au diplôme d'État.

L'évolution de carrière vers des postes de recherche, d'enseignement ou de management en établissement de santé ou d'enseignement est possible mais difficile.

2. LE QUOTIDIEN PROFESSIONNEL DES SAGES-FEMMES ET SES ENJEUX

LA PRATIQUE

Il existe différentes possibilités d'exercice (hospitalier, libéral, privé, PMI, etc.) et différentes compétences mobilisables (suivi de grossesse, accouchement, suivi gynécologique, IVG médicamenteuse...)⁷.

Dans le cas de l'exercice hospitalier (Figure 5), les sages-femmes peuvent être affectées à un service durant toute leur carrière (notamment la surveillance médicale de grossesse, la salle d'accouchement ou la salle de naissance) ou intervenir dans plusieurs d'entre eux selon un système de rotation dans le temps dont la fréquence varie selon l'hôpital.

Une importante pression administrative est supportée par les sages-femmes hospitalières.

Dans le cas de l'exercice libéral (Figure 6), la sage-femme est libre du choix des actes qu'elle réalise, de son

Figure 4 > THÉMATIQUES SUR LESQUELLES LES ENQUÊTÉS SE FORMENT OU SOUHAITENT SE FORMER



emploi du temps. Elle doit se mettre seule en conformité avec les administrations régissant son activité.

L'exercice libéral intervient plus largement dans la vie reproductive des femmes avec une prise en charge depuis l'adolescence par le suivi gynécologique et de contraception, de la grossesse, du post-partum et jusqu'à la ménopause.

En France, la quasi-majorité des accouchements se déroule dans des hôpitaux, cliniques ou Maisons de Naissance.

6. Article L.4021-1 du code de la santé publique, le DPC constitue une obligation pour les sages-femmes.

7. Site du Conseil National de l'Ordre des sages-femmes (<http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>).



« Il y a des maternités-écoles où il y a des procès en cours, pour harcèlement d'étudiantes. »

CLAIRE, LIBÉRAL

« [La recherche] c'est la loi de la débrouille, pour ensuite pouvoir avoir un poste qui reconnaisse la recherche. Il n'y en a pas à l'Université, la majeure partie des sages-femmes [...] exercent en salarié. »

ANNE-LUCIE, DIRECTRICE

« On nous y prépare [...] pendant les deux dernières années d'études, on nous répète gentiment mais sûrement qu'on n'aura pas de travail, qu'on sera au chômage et que ce sera compliqué. »

AMANDINE, LIBÉRAL



Figure 5 > EXERCICE HOSPITALIER



Figure 6 > EXERCICE LIBÉRAL



Figure 9 > RELATIONS AVEC L'ÉCOSYSTÈME PROFESSIONNEL



réseau en libéral. Sages-femmes hospitalières et libérales sont aussi amenées à rentrer en contact (Figure 9).

▪ LA RELATION À LEUR VIE PERSONNELLE

La profession a de fortes conséquences sur la vie personnelle des sages-femmes : le rythme de travail (durée des gardes, travail de nuit, etc.) conditionne l'organisation personnelle (Figure 10).

La fatigue ou l'imprégnation du métier peut engendrer des tensions dans la vie de couple ou de famille.

D'autre part, les choix et aspirations individuels des sages-femmes structurent leur carrière : sur le choix d'exercice, sur la durée passée dans une structure donnée ou sur les conseils donnés aux couples qui peuvent être issus de l'expérience personnelle.

3. L'AMBIVALENCE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME

▪ L'EXIGENCE DE LA PROFESSION

En tant que profession médicale, l'exercice de sage-femme comprend de nombreuses responsabilités au quotidien.

Il est aussi de sa responsabilité de savoir identifier toute anomalie nécessitant l'intervention d'un médecin spécialiste.

Tout manquement à ces responsabilités peut avoir des répercussions pénales.

Les sages-femmes hospitalières doivent en permanence se « protéger » à titre individuel au cas où les patientes ou l'hôpital se retourneraient contre elles. Une injonction à une bonne traçabilité participe à la charge mentale quotidienne des sages-femmes et entache leur sérénité.

Les conditions d'exercice des sages-femmes sont décrites comme particulièrement « difficiles ». D'une part, leurs journées de travail ou gardes sont longues. Alors que les gardes peuvent avoir lieu de nuit, le week-end et les jours fériés en hôpital, les sages-femmes libérales peuvent travailler 6 jours sur 7. D'autre part, le rythme de travail est très soutenu, notamment à l'hôpital où les sages-femmes n'ont parfois pas de pauses ou de moments pour manger, boire ou aller aux toilettes.

Ce rythme est source d'épuisement pour les sages-femmes, et a des conséquences tant sur leur moral que sur leur condition physique.

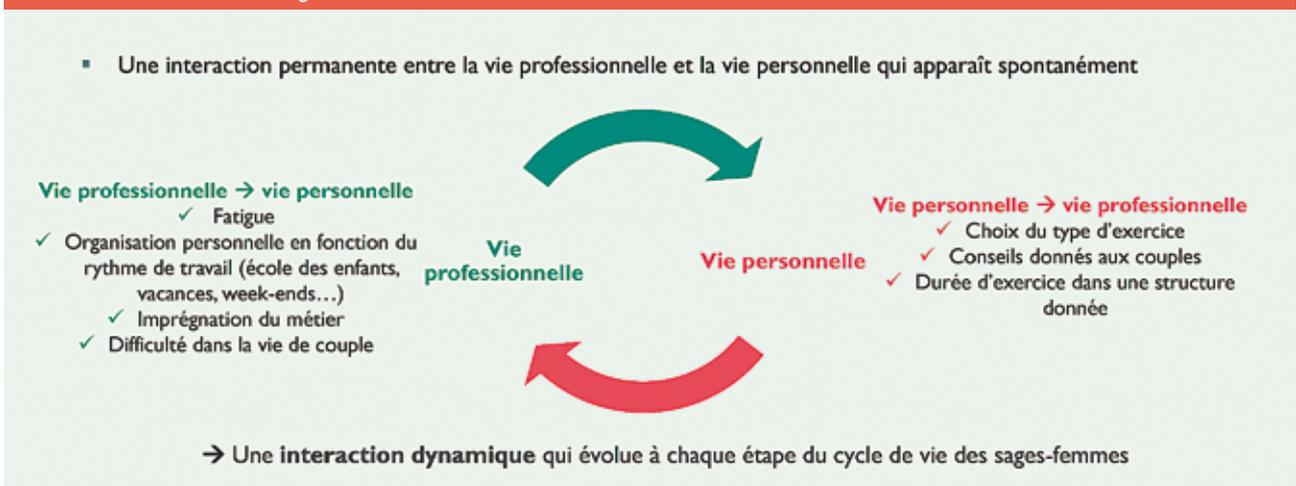
▪ LE MANQUE DE RECONNAISSANCE ENVERS LES SAGES-FEMMES

C'est un leitmotiv de la profession de sage-femme, retrouvé quel que soit leur exercice. Il existe un manque de reconnaissance envers leur profession, aussi bien de l'État, de la société civile ou des autres professions médicales. Les sages-femmes constatent la méconnaissance de la société civile concernant les divers actes qu'elles sont en capacité de pratiquer.

La profession de sage-femme apparaît sous-valorisée, ce que les sages-femmes vivent comme une injustice.

Le travail des sages-femmes leur semble insuffisamment rétribué.

Figure 10 > INTERACTION ENTRE VIE PROFESSIONNELLE ET « VIE PRIVÉE »





« Il y aura toujours cette ambiguïté, on n'est pas infirmière, on n'est pas médecin, on est entre deux parce qu'on peut prescrire mais notre domaine de prescription est limité. »

ANAÏS, HÔPITAL

« La sage-femme française a ce double paradoxe que c'est celle qui a le champ de compétences le plus important, c'est celle qui produit le moins de savoirs et d'écrits à l'international et du coup pour l'intégration à l'Université pleine et entière de cette profession, c'est extrêmement difficile. »

ANNE-LUCIE, DIRECTRICE

« Rôle difficile, on doit diagnostiquer la pathologie mais une fois qu'on l'a diagnostiquée, c'est le plus dur en fait, c'est à nous de savoir si ça va ou pas. C'est-à-dire que si on se loupe et qu'on a mal interprété le rythme de l'enfant et qu'il allait pas bien c'est de notre responsabilité ».

MÉLANIE, LIBÉRAL



Les sages-femmes enquêtées pointent également du doigt les nombreux cas où elles font l'objet d'un manque de respect (patiente qui annule son rendez-vous sans justification au dernier moment dans le cas d'une enquêtée en libéral) ou de critiques (en lien avec les scandales des dernières années liés aux violences gynécologiques et obstétricales). Ainsi, elles ne se sentent pas reconnues voire se sentent attaquées dans leur statut professionnel, ce qu'elles vivent d'autant plus mal qu'elles ne comptent pas leurs efforts pour leurs patientes au quotidien.

Les sages-femmes ne se sentent pas suffisamment reconnues ou respectées par le corps paramédical (Figure 11) : aides-soignants, qui ne connaîtraient pas les compétences

Les sages-femmes enquêtées se rejoignent sur ce qu'elles aimeraient voir évoluer : une augmentation de leur rémunération sans alourdissement de leurs responsabilités et une mise en valeur de leur profession et de ses enjeux.

et responsabilités des sages-femmes ni les risques qu'elles encourent ; infirmières lorsqu'elles sont amenées à collaborer en salle de naissance, celles-ci refusent les directions des sages-femmes.

Avec le corps médical, certains médecins donnent l'impression qu'ils « sous-traitent » certaines tâches auprès des sages-femmes ou qu'ils les considèrent moins fiables que leurs collègues.

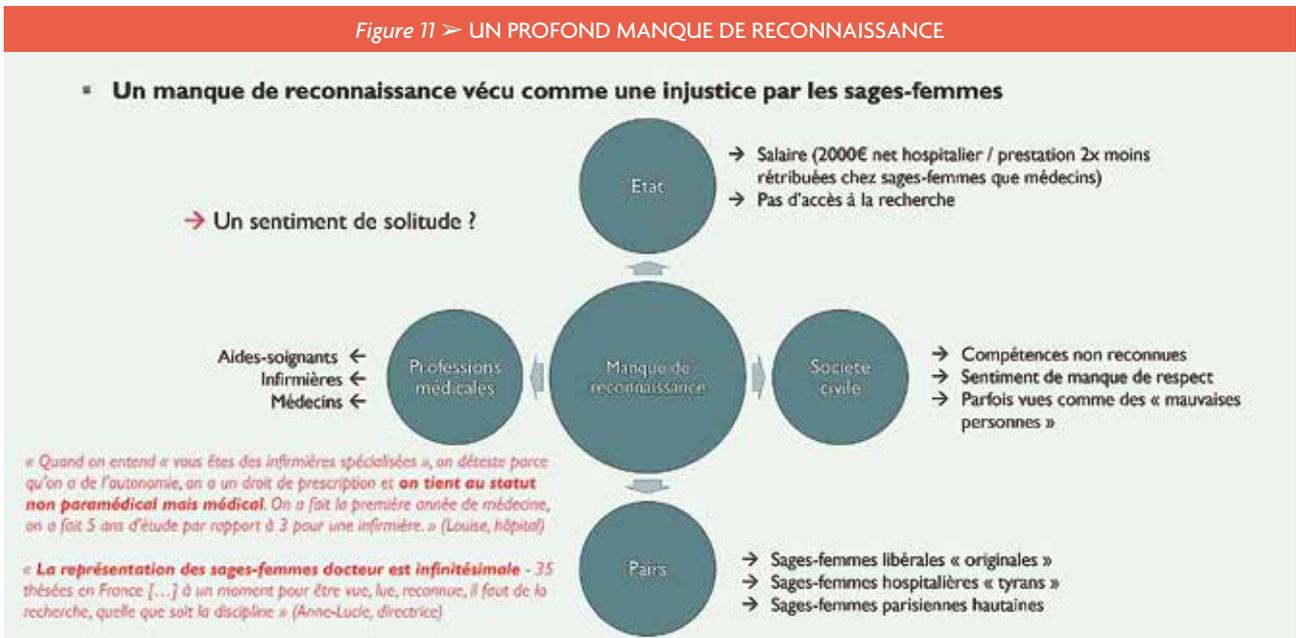
Le manque de reconnaissance se manifeste parfois entre sages-femmes hospitalières et sages-femmes libérales et peut impacter leurs relations.

Finalement, cette enquête souligne la diversité des contradictions auxquelles sont soumises les sages-femmes dans l'exercice de leur profession, et les contraintes qu'elle présente :

- Elles pratiquent des actes gynécologiques alors qu'elles sont moins rétribuées qu'un médecin ;
- Elles ont un droit de prescription mais n'ont pas de droit de traitement ;
- Le numerus clausus des études est important alors qu'il y a des difficultés d'embauche ;
- Il n'existe pas de voix unique portée par la profession alors que les revendications sont nombreuses, etc.

L'enquête révèle un certain malaise vécu par les sages-femmes, qui peut alors amener à des cas de reconversion professionnelle. Les sages-femmes enquêtées se rejoignent sur ce qu'elles aimeraient voir évoluer : une augmentation de leur rémunération sans alourdissement de leurs responsabilités et une mise en valeur de leur profession et de ses enjeux. •

Figure 11 > UN PROFOND MANQUE DE RECONNAISSANCE



Biographies des auteurs

de l'étude sociologique
« Devenir et être
Sage-femme en 2018 »

GRAND PRIX EVIAN
SEPTEMBRE 2019

Marie WALSER est ingénieure de recherche en socio-anthropologie. Spécialisée sur la thématique de l'alimentation et dans l'étude des identités professionnelles, elle travaille en tant qu'indépendante et réalise des missions pour des entreprises du secteur privé ou des laboratoires de recherche.

Anthropologue, rattachée à l'Université Paris Nanterre, **Amélie AUBERT-PLARD** est spécialisée sur les questions de santé et d'action publique. Elle a réalisé une thèse de doctorat sur les enjeux de la période prénatale en Bolivie. En parallèle, elle est également spécialisée sur l'intégration de l'anthropologie dans les savoirs et savoir-faire des entreprises privées, en particulier de l'industrie agroalimentaire. Depuis 2016, elle accompagne les équipes du groupe Danone.

Résultats périnataux chez les femmes âgées de 50 ans et plus

Perinatal outcomes of women aged 50 years and above

ABSTRACT

OBJECTIVE

Pregnancies among women aged 40 and above are increasing in frequency. Nevertheless, little is known about the perinatal outcomes of women aged 50 years and above. The purpose of the study was to evaluate pregnancy outcomes in women at an extremely advanced maternal age of 50 years or above.

STUDY DESIGN

In a population-based cohort study, perinatal outcomes of women aged 50 years and above were compared with pregnancies in women according to maternal age. All singleton deliveries that occurred between the years 1991 and 2014 in a tertiary medical center were included. We excluded fetuses with congenital anomalies and chromosomal abnormality. Logistic regression models were used to control for confounders.

RESULTS

During the study period, 242,771 deliveries were included, of which 234,824 (96.7 %) occurred in women aged < 40 years, 7,321 (3.0 %) in women aged 40 to 44 years, 558 (0.2 %) in women aged 45 to 49 years, and 68 (0.03 %) in women aged 50 years and above. Maternal age of 50 years and above was noted as an independent risk factor for gestational diabetes mellitus (GDM), low Apgar scores, and cesarean delivery. Nevertheless, among pregnancies of women aged 50, pregnancy outcomes including GDM, preterm delivery, cesarean delivery, lower Apgar scores at 5 minutes (<7), and perinatal mortality were not significantly different than pregnancy outcomes of women aged 40 to 49 years.

CONCLUSION

Pregnancy at the maternal age of 50 years and older is independently associated with higher rates of GDM, cesarean delivery, and lower Apgar scores at 5 minutes; however, most perinatal complications were not higher compared with pregnant women aged 40 to 49 years. These findings suggest that while there is an increased risk of perinatal complications in pregnancies of women aged 40 years or above compared with younger women, there are no significant increased risks in women aged over 50 years.

Maoz-Halevy E, Pariente G, Sheiner E, Wainstock T.

AM J PERINATOL. 2019 NOV 18. DOI: 10.1055/S-0039-1700859. [EPUB AHEAD OF PRINT]

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Above: au-delà - *Are increasing*: sont en augmentation - *Nevertheless*: toutefois - *To control for confounders*: pour limiter les facteurs de confusion - *Of which*: parmi lesquels - *Higher rates*: taux augmentés - *However*: cependant - *That while*: tandis que.

>> Suite de la Recherche en p. 46



evian®

EAU MINERALE NATURELLE

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



evian® est adaptée à
l'alimentation des bébés.

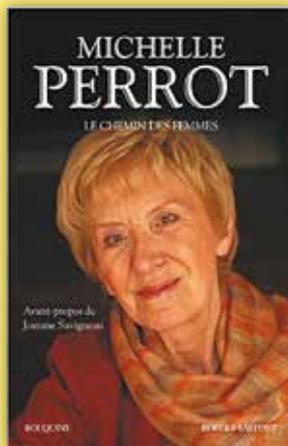


evian® soutient les recommandations de l'OMS pour la promotion de l'allaitement maternel pendant les 6 premiers mois.

LE CHEMIN DES FEMMES**MICHELLE PERROT**

Michelle Perrot est une des plus grandes historiennes contemporaines. Ses travaux, pionniers en matière d'histoire sociale, d'histoire des marges, des femmes et du genre, ont puissamment contribué à renouveler la discipline et ses objets. Les trois séquences qui rythment ce volume correspondent à ses thèmes de prédilection : ouvriers, marges et murs, femmes. S'intéressant à travers eux à des figures de dominés, longtemps ignorés par les chercheurs, elle explore les traces à demi effacées de vies ordinaires qui, elles aussi, ont fait l'histoire : celles des ouvriers en grève ou des détenus du XIX^e siècle, celles des enfants des rues, vagabonds ou autres Apaches de la Belle Époque. Celles enfin des femmes, toujours inscrites dans la diversité de leurs parcours et saisies dans la variété de leurs lieux de vie : la chambre, l'atelier, l'usine, la maison bourgeoise, la rue.

Longtemps étouffées ou inaudibles, les voix de ces femmes, ouvrières (« mot impie », selon Michelet) ou autrices (au premier rang desquelles George Sand), militantes ou anonymes, aux corps assujettis ou triomphants, exploités et désirés, sont restituées par la force d'un style singulier. Toutes semblent se rejoindre in fine dans la figure de Lucie Baud, « révoltée de la soie », meneuse de grève en Isère et inspiratrice de *Mélancolie ouvrière*, saisissant livre-enquête ici reproduit en intégralité. Michelle Perrot a elle-même assuré la sélection, l'agencement et la présentation des textes retenus, portant un regard résolument lucide et personnel sur plus d'un demi-siècle de recherche et d'engagement. Ce volume permet d'en mesurer toute l'ampleur.

**Robert Laffont Editions**

Date de parution : 10 octobre 2019

Format : 132 x 198 mm

1184 pages - Prix : 32 €

EAN : 9782221240298

SAGE-FEMME, NI ICÔNE, NI SORCIÈRE**TÉMOIGNAGE****NICOLE LE COZ-CUIGNET**

Découvrez le témoignage de cette jeune fille qui, au milieu des années 1970, décide d'endosser la carrière de sage-femme. L'apprentissage de ce métier est l'occasion pour elle de découvrir le milieu médical, idéalisé, et qui s'avère être beaucoup plus conservateur que le milieu ouvrier d'où elle vient. Elle doit alors s'adapter à ce métier, en adopter les codes, tout en se gardant toujours de la conformité de penser qui y règne.

L'auteure s'applique à rendre avec honnêteté et précision tout ce qui fait ce métier, mais également les femmes qui l'endossent.

Qui sont-elles, comment vivent-elles ? Autant de détails dont son témoignage regorge. Elle évoque également l'évolution du métier et de ses impacts sur ce que l'on attend du travail des sages-femmes.

Un récit pour que les femmes se réapproprient leurs savoirs, sans les dévaluer, et choisissent un métier pour être libre. Un témoignage pour ne pas oublier que l'avis d'une femme a autant d'intérêt que celui d'un homme.

**Les Éditions Baudelaire**

Format : 15 x 21 cm - 142 pages

Prix de vente public : 14,50 €

ISBN : 979-10-203-1866-4

www.editions-baudelaire.com

Nicole Le Coz-Cuignet est née en 1954 dans une famille ouvrière, laïque, éclairée, qui a foi dans les vertus de l'éducation, du travail et du progrès technique. Au début des années 1970, elle choisit d'exercer le métier de sage-femme. Elle commence ses études en 1974, et débute sa vie professionnelle à Paris en 1977. Cette expérience lui permet d'exercer en hôpital, puis comme sage-femme à domicile en PMI. Elle déménage ensuite à Lyon et se réoriente dans le domaine de la petite enfance après la naissance de ses propres enfants. Elle profite aujourd'hui d'une retraite bien méritée pour écrire ce livre et éclairer le public sur ses expériences et les évolutions du métier de sage-femme.

● **AUTOMNE-HIVER 2019**

BORDEAUX

16^e Journée Événements de l'Année en Gynécologie-Obstétrique
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● **20-21 JANVIER 2020**

PARIS-LA VILLETTE

18^{es} Journées du Collège National des Sages-Femmes de France
cere-congres.com

● **24 JANVIER 2020**PARIS 13^e

Infectiologie Mère-Enfant
congres.eska.fr

● **13-14 MARS 2020**PARIS 3^e

Séminaire annuel Association Française des Sages-Femmes Acupuncteurs
cere-congres.com

● **27 MARS 2020**PARIS 15^e

Les Dialogues de l'Obstétrique par *Les Dossiers de l'Obstétrique*
congres.eska.fr

● **27-28 MARS 2020**HALLE PAJOL - PARIS 18^e

Assemblée générale et Colloque de l'Association Nationale des Sages-femmes Libérales
ansfl.org

● **13-14-15 MAI 2020**

LILLE

48^{es} Assises Nationales des Sages-Femmes - 31^e Session Européenne
cere-congres.com

● **2 JUIN 2020**

PARIS

Journée à thème du Collège National des Sages-Femmes de France
cere-congres.com

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 21 OCTOBRE 2019

CIANE

Label du CNGOF: vous avez dit bientraitance ?

Le 17 octobre, le CNGOF a annoncé la mise en place d'un label censé garantir la bientraitance et la transparence en maternité. Les associations d'usagers n'ont jamais cautionné ce label ni participé à son élaboration. Sur le fond, le Ciane considère que la bientraitance n'est pas une option¹ à laquelle des maternités volontaires pourraient adhérer. Elle est une obligation pour tous. Contre les violences obstétricales, le Ciane a émis des propositions. Pour co-construire une politique ambitieuse, le Ciane participe à la commission interdisciplinaire "Probité", accueillie par le CNGOF et sans lien avec la construction du label.

Cette mise au point faite, que peut-on penser de ce label ? Il est attribué aux maternités qui s'engagent sur 12 critères censés garantir la qualité des soins et qui mettent à disposition des femmes un accès à une plateforme d'information baptisée Maternys.

Les 12 critères sont discutables et surtout ne garantissent rien une amélioration des pratiques (cf. ; l'IRASF² et Marie-Hélène Lahaye³). La formulation de certains retient particulièrement l'attention.

- L'autonomie des patientes se trouve ainsi ramenée au choix d'un accouchement "démédicalisé" (sera-t-il pour autant respectueux de la physiologie ?).
- Il est proposé qu'en cas d'intervention faite dans l'urgence, l'information soit prévue "avant la sortie de la maternité" : nous rappelons qu'aux termes de la loi, et sauf urgence vitale, l'information n'a pas à être différée ; les équipes les plus en pointe travaillent, au contraire, à assurer une communication adaptée avec les femmes même dans ces situations tendues.
- Un projet de naissance "modèle" devra être proposé à chaque femme ; alors que depuis des années, bien des professionnels suspectent les femmes de céder à la facilité en copiant leurs projets de naissance sur internet, ce critère est pour le moins pittoresque.

Le label insiste sur l'amélioration de l'information via une plateforme dédiée. Organisée autour d'une application et de vidéos, elle dispensera des informations générales sur l'ensemble de la grossesse et de l'accouchement, telles qu'on peut les trouver dans des publications grand public. **On est effaré d'apprendre que si la femme n'a pas montré par ses réponses à un questionnaire qu'elle a assimilé les connaissances apportées par une vidéo, elle n'aura pas la possibilité de passer au stade suivant !** Est-ce cela un exemple de bientraitance et de respect de l'autonomie des femmes ?

Il semble qu'aux yeux du CNGOF, un des mérites essentiels de cette plateforme soit de nature médico-légale, car elle "apporte la preuve de l'information et de la prise de connaissance de chaque contenu par la patiente." (dossier de presse diffusé le 17 octobre). En tout état de cause, **cet outil ne peut en rien se substituer à l'information individualisée qui doit être prodiguée à chaque patiente en entretien individuel** (loi Kouchner). Un de ses effets pourrait être de déresponsabiliser les professionnels sur cette question de l'information.

Par ailleurs, **ce n'est pas parce que l'on a reçu une information sur un geste que l'on doit y consentir**, le consentement pouvant être donné ou retiré à tout moment. Sur ce point crucial, le label est singulièrement silencieux : il ne garantit en rien que le choix des femmes soit respecté.

Au final, le label rassemble des mesures qui, soit devraient être la règle et non laissées à l'appréciation des maternités (par exemple la transparence sur les pratiques), soit n'apportent pas de bénéfice majeur aux femmes, voire font courir le risque d'une dégradation. **C'est pourquoi le Ciane appelle les médias et les femmes à la plus grande vigilance, et espère que les maternités s'investiront dans des actions éprouvées d'amélioration des pratiques.**

RÉFÉRENCES

1. Communiqué de presse du CIANE : "La bientraitance n'est pas une option" - Réaction du Ciane à l'avis de la CNCNH sur les maltraitements dans le système de soins, 5 juin 2018. <https://ciane.net/2018/06/la-bientraitance-nest-pas-une-option-reaction-du-ciane-a-lavis-de-la-cncnh-sur-les-maltraitements-dans-le-systeme-de-sante/>
2. Le Label du CNGOF et Maternys : des outils réalisés sans les associations de victimes et d'usagers, IRASF, 18 octobre 2019. <https://www.irasf.org/2019/10/18/label-cngof-maternys/>
3. Le « label bientraitance » du CNGOF : de la poudre aux yeux pour ne pas changer les pratiques, Blog Marie accouche là, 18 octobre 2019. <http://marieaccouchela.net/index.php/2019/10/18/e-label-bientraitance-du-cngof-de-la-poudre-aux-yeux-pour-ne-pas-changer-les-pratiques/>

PLUS D'INFORMATIONS :

- <https://ciane.net/>



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 28 OCTOBRE 2019

PLFSS 2020

Un avenir très incertain pour la périnatalité

L'Assemblée nationale doit voter le 29 octobre le projet de loi pour la Sécurité sociale 2020 dont plusieurs mesures vont venir impacter le suivi des grossesses et des accouchements. Si certaines semblent positives, on ne peut que constater que le dossier périnatalité est aujourd'hui morcelé, laissant apparaître un défaut de vision structurante et claire sur ce sujet.

Annoncées en mars 2019, les premières mesures du Pack « engagement maternité » prennent forme, malgré l'absence de concertation et de réflexion. **La prise en charge par l'assurance maladie du transport depuis le domicile et l'hébergement à proximité d'une maternité avant la date d'accouchement pour les femmes concernées va devenir une réalité.**

Si le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) regrette que la problématique de l'accès aux soins des femmes enceintes ne soit traitée que sous l'angle pratique, l'instance a cependant choisi d'être constructive en étant force de proposition. Le Conseil national a ainsi **plaidé en faveur de plusieurs dispositions pour favoriser l'accès aux soins et la sécurité des femmes dans un contexte de désertification médicale toujours plus prégnant**, mesures qui n'ont malheureusement pas été adoptées.

Ainsi, selon le Conseil national, le seul critère de la distance de 45 minutes ne pouvant déterminer l'éligibilité des femmes à l'« engagement maternité », il proposait de prendre également en compte les spécificités territoriales telles que la géographie, l'urbanisation ou le climat. L'Ordre proposait par ailleurs de **permettre aux sages-femmes de pratiquer la télémedecine à titre expérimental** et de renouveler des arrêts maladie, autant de propositions pour faciliter l'accès aux soins des femmes résidant dans des déserts médicaux.

Le CNOSF salue toutefois l'adoption de l'amendement du gouvernement qui rend **obligatoire l'entretien prénatal précoce**. L'Ordre avait plaidé en faveur de cette disposition dès 2017, convaincu qu'il était nécessaire de généraliser cette consultation essentielle pour garantir un meilleur suivi médical, psychologique et social des femmes enceintes. Toutefois, le Conseil national reste prudent : **l'harmonisation du contenu de cette consultation et les moyens qui y seront alloués seront déterminants en vue de son succès.**

Aussi, le Conseil national regrette que les mesures adoptées dans le PLFSS, qui reflètent **l'absence d'une véritable stratégie pour la périnatalité**, ne garantissent pas la sécurité des femmes résidant à distance des maternités. C'est pourquoi **l'Ordre appelle de nouveau à une réflexion plus globale sur la périnatalité** au cœur de laquelle devront primer la sécurité et la liberté de choix des femmes.

PLUS D'INFORMATIONS :

- www.ordre-sages-femmes.fr/



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 28 OCTOBRE 2019

SANTÉ

Le gouvernement s'apprête à dégrader la santé des personnes étrangères : le cri d'alarme des associations

La couverture santé des personnes étrangères est gravement menacée.

Alors même qu'Agnès Buzyn réaffirmait début octobre devant les députés-es « le droit à la santé pour tous-tes », son audition devant les parlementaires le 30 octobre laisse présager la mise en place de nombreuses entraves à ce droit. **La couverture santé des personnes étrangères est gravement menacée par l'instauration d'un délai de carence pour les demandeurs-ses d'asile et d'un accord préalable aux soins pour les personnes sans papiers.**

UN DOUBLE DISCOURS INAUDIBLE ET DANGEREUX

Comment d'un côté défendre le droit de toutes et tous à être soigné et de l'autre annoncer des mesures qui empêcheraient un accès aux soins déjà difficile à des personnes déjà très précarisées ? Nos associations s'inquiètent de cette incohérence et de ses conséquences. Les mesures proposées par la ministre portent gravement atteinte à la santé individuelle des personnes et **vont à l'encontre de tous les principes de santé publique.**

La couverture de santé des personnes demandeuses d'asile ou sans papiers est primordiale. Elle permet à ces personnes aux conditions de vie très dégradées et très exposées aux risques de

santé un accès à la prévention et aux soins.

Ces personnes sont déjà confrontées à des multiples barrières pour accéder à leurs droits et aux soins. Porter atteinte à leur couverture santé, que ce soit par la mise en place d'un délai à l'entrée, ou en restreignant le maintien de droit à la fin d'un titre de séjour, c'est **pousser les personnes vers une prise en charge encore plus tardive ou plus restreinte, et donc dans une situation dangereuse pour elles, et pour leur entourage en cas de maladies transmissible ou contagieuse.** Cela aurait également des conséquences majeures sur les soignants de ville ou hospitaliers, pourtant déjà en souffrance, ainsi que sur les finances hospitalières déjà fragilisées.

UN ACCÈS DÉJÀ TRÈS CONTRÔLÉ

À entendre certains arguments, les abus seraient nombreux et cette couverture santé serait « un luxe ». Cependant, **pour les demandeurs d'asile, cet accès n'est en réalité pas totalement effectif en raison des difficultés majeures et croissantes de l'accès même à la procédure de demande d'asile** (structures d'accueil saturées, rendez-vous tardif en préfecture, etc.). En ce qui concerne les personnes sans titres de séjour, **un délai de**

carence de 3 mois est déjà en place, et le panier de soins à laquelle la couverture donne accès est déjà limité. **Ces droits sont par ailleurs attribués sous condition de ressources** (les revenus doivent être inférieurs à 746 € par mois) et de nombreux rapports successifs ont salué leur bonne gestion et confirmé la part infime des cas réels de fraude.

De plus, certaines mesures antifraudes qui pourraient être déployées, tel le **contrôle du lieu d'hébergement pour les bénéficiaires de l'AME, paraissent irréalisables** et potentiellement facteur de rupture de droits pour des personnes connaissant une mobilité forcée en matière de lieux de vie.

Pourquoi, dès lors, montrer un tel acharnement à détricoter ces dispositifs essentiels ? C'est un non-sens en termes d'accueil, de la lutte contre les inégalités devant la maladie, de la santé publique de l'ensemble de la population, et de dépenses de santé pour la collectivité.

Nos associations seront intransigeantes : le gouvernement ne peut pas toucher à la couverture maladie des personnes migrantes.

Signataires

- EMMAÛS SOLIDARITÉ
- FÉDÉRATION DES ACTEURS DE LA SOLIDARITÉ
- FRANCE ASSOS SANTÉ
- ODSE (Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers-ères) : Act Up Paris, Act Up Sud-Ouest, Afvs (Association des Familles Victimes du Saturnisme), AGS (Alliance pour une Gestion Solidaire), Aides, Arcat, La case de santé (Centre de Santé communautaire - Toulouse), CATRED (Collectif des Accidentés du Travail, Handicapés et Retraités pour l'égalité des droits), Centre Primo Levi, CIMADE, COMEDE (Comité Pour la Santé des Exilés), CoMeGas, CRETEIL-SOLIDARITÉ, DOM'ASILE (Domiciliation et Accompagnement des Demandeurs d'asile), DROITS D'URGENCE, FASTI (Fédération des Associations de Solidarité avec tou-te-s les Immigré-e-s), FTCD (Fédération des Tunisiens pour une citoyenneté des deux rives), GAIA Paris, Gisti (Groupe d'information et de soutien des Immigrés), La Ligue des Droits de l'Homme, Médecins du Monde, Médecins Sans Frontières, Migrations Santé Alsace, Le Mouvement Français pour le Planning Familial, MRAP (Mouvement contre le Racisme et pour l'amitié entre les Peuples), Réseau Louis Guilloux, Sida Info Service, Solidarité Sida, SOS Hépatites, Sidaction, UNIOPSS (Union Nationale Interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux).

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

→ 30 OCTOBRE 2019

DÉSERTS MÉDICAUX La liberté d'installation des médecins dans le viseur de Bercy ?

Pas assez de médecins en France ? Impossible de toucher à la liberté d'installation ? La coercition ne marche pas, seules des mesures incitatives permettront de faire reculer les inégalités territoriales de santé ? Pas si simple.

Une note publiée en octobre 2019 par la Direction générale du Trésor, fort bien documentée mais passée quasi inaperçue, démonte certains des arguments phares des médecins et des politiques contre la remise en cause de la liberté d'installation. Elle plaide pour une **limitation temporaire de cette liberté afin de mieux lutter contre les déserts médicaux**. Des positions qui rejoignent en de nombreux points celles de France Assos Santé.

IL N'Y A JAMAIS EU AUTANT DE MÉDECINS EN FRANCE, MAIS ILS N'ONT JAMAIS ÉTÉ AUSSI MAL RÉPARTIS

C'est le premier enseignement de cette note. 226 000 médecins étaient en activité au 1^{er} janvier 2018. Un record absolu. Sauf que les disparités entre territoires n'ont jamais été si fortes. Des disparités qui se sont accentuées sur la période 2007-2015 : les effectifs de médecins n'ont cessé de diminuer dans les départements les moins pourvus, et ont continué d'augmenter dans ceux dont la densité médicale dépassait déjà la moyenne nationale. Une aberration. Ainsi le délai médian pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste peut varier du simple au double selon la zone où on se trouve : **79 jours d'attente pour un rendez-vous ophtalmo dans les zones de faible accessibilité, contre 40 jours dans celles les mieux dotées.**

LES MESURES INCITATIVES D'INSTALLATION : INSUFFISANTES ET SUJETTES À CAUTION

La note de Bercy juge également **inefficaces les aides financières mises en place depuis 2013 pour favoriser l'installation dans les zones sous-dotées**. Ces aides n'ont pas généré de hausse significative du pourcentage d'installation dans les zones fragiles. La Cour des comptes a d'ailleurs taxé ces dispositifs d'« *inopérants et porteurs d'effets d'aubaine excessifs, au regard du volume très limité de*

nouvelles installations qu'ils ont suscitées ». Et Bercy de conclure que « *des réformes plus structurantes paraissent nécessaires pour augmenter significativement le nombre d'installations en zones sous-denses* ».

COMME FRANCE ASSOS SANTÉ, BERCY PLAIDE POUR « UNE ADAPTATION DE LA LIBERTÉ D'INSTALLATION »

Bercy ne le dit pas explicitement et prend moult pincettes sur ce sujet que l'on sait brûlant. **La remise en question de la liberté d'installation semble pourtant bien faire partie des mesures « structurantes » et « nécessaires » avancées par le ministère**. La note plaide pour « *une adaptation temporaire et ciblée du principe de libre installation* » dans les zones particulièrement sur-dotées, afin d'éviter une accumulation de l'offre là où elle est déjà très forte. « *Par exemple, l'accès à certaines zones géographiques déjà fortement dotées en médecins pourrait temporairement être conditionné à la cessation d'activité d'un médecin exerçant la même spécialité* ». Des mesures « temporaires » et « progressives » donc, le temps que la suppression du numerus clausus donne ses premiers résultats en matière d'augmentation de l'offre.

France Assos Santé est ravie de constater que le ministère de l'Économie partage ses constats et certaines de ses recommandations. Nous rappelons que **plus de 4 millions de personnes en France n'ont toujours pas accès à un médecin traitant, et qu'il faut dans certaines zones plus de 6 mois pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste**. Au regard du problème majeur que constituent les déserts médicaux pour l'accès aux soins de millions de personnes en France, la question de la liberté d'installation ne doit plus être un tabou. Il en va de l'égalité devant le soin.



PLUS D'INFORMATIONS : www.france-assos-sante.org

Traite du cordon ombilical versus clampage retardé : association avec décès ou hémorragie intraventriculaire sévère chez le nouveau-né prématuré

Association of umbilical cord milking vs Delayed umbilical cord clamping with death or severe intraventricular hemorrhage among preterm infants

ABSTRACT

IMPORTANCE

Umbilical cord milking as an alternative to delayed umbilical cord clamping may provide equivalent benefits to preterm infants, but without delaying resuscitation.

OBJECTIVE

To determine whether the rates of death or severe intraventricular hemorrhage differ among preterm infants receiving placental transfusion with umbilical cord milking vs delayed umbilical cord clamping.

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS

Noninferiority randomized clinical trial of preterm infants (born at 23-31 weeks' gestation) from 9 university and private medical centers in 4 countries were recruited and enrolled between June 2017 and September 2018. Planned enrollment was 750 per group. However, a safety signal comprising an imbalance in the number of severe intraventricular hemorrhage events by study group was observed at the first interim analysis; enrollment was stopped based on recommendations from the data and safety monitoring board. The planned noninferiority analysis could not be conducted and a post hoc comparison was performed instead. Final date of follow-up was December 2018.

INTERVENTIONS

Participants were randomized to umbilical cord milking (n = 236) or delayed umbilical cord clamping (n = 238).

MAIN OUTCOMES AND MEASURES

The primary outcome was a composite of death or severe intraventricular hemorrhage to determine noninferiority of umbilical cord milking with a 1% noninferiority margin.

RESULTS

Among 540 infants randomized, 474 (88%) were enrolled and completed the trial (mean gestational age of 28 weeks; 46% female). Twelve percent (29/236) of the umbilical cord milking group died or developed severe intraventricular hemorrhage compared with 8% (20/238) of the delayed umbilical cord clamping group (risk difference, 4% [95% CI, -2% to 9%]; P = .16).

Although there was no statistically significant difference in death, severe intraventricular hemorrhage was statistically significantly higher in the umbilical cord milking group than in the delayed umbilical cord clamping group (8% [20/236] vs 3% [8/238], respectively; risk difference, 5% [95% CI, 1% to 9%]; P = .02).

The test for interaction between gestational age strata and treatment group was significant for severe intraventricular hemorrhage only (P = .003); among infants born at 23 to 27 weeks' gestation, severe intraventricular hemorrhage was statistically significantly higher with umbilical cord milking than with delayed umbilical cord clamping (22% [20/93] vs 6% [5/89], respectively; risk difference, 16% [95% CI, 6% to 26%]; P = .002).

CONCLUSIONS AND RELEVANCE

In this post hoc analysis of a prematurely terminated randomized clinical trial of umbilical cord milking vs delayed umbilical cord clamping among preterm infants

born at less than 32 weeks' gestation, there was no statistically significant difference in the rate of a composite outcome of death or severe intraventricular hemorrhage, but there was a statistically significantly higher rate of severe intraventricular hemorrhage in the umbilical cord milking group. The early study termination and resulting post hoc nature of the analyses preclude definitive conclusions.

Katheria A, Reister F, Essers J, Mendler M, Hummler H, Subramaniam A, Carlo W, Tita A, Truong G, Davis-Nelson S, Schmölzer G, Chari R, Kaempf J, Tomlinson M, Yanowitz T, Beck S, Simhan H, Dempsey E, O'Donoghue K, Bhat S, Hoffman M, Faksh A, Arnell K, Rich W, Finer N, Vaucher Y, Khanna P, Meyers M, Varner M, Allman P, Szychowski J, Cutter G.

JAMA. 2019 NOV 19; 322 (19): 1877-1886. DOI: 10.1001/JAMA.2019.16004.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Umbilical Cord Milking : traite du cordon ombilical - **Delayed Umbilical Cord Clamping** : clampage retardé du cordon ombilical - **Provide** : offrir - **Whether** : si - **Among** : parmi - **Noninferiority randomized clinical trial** : essai clinique randomisé de non-infériorité - **Imbalance** : déséquilibre - **Events** : événements - **Instead** : à la place - **Although** : bien que - **Relevance** : pertinence - **At less** : à moins.

Effet du clampage retardé ou immédiat du cordon ombilical sur la perte de sang maternel lors de l'accouchement par césarienne à terme: essai clinique randomisé

Effect of Delayed vs Immediate Umbilical Cord Clamping on Maternal Blood Loss in Term Cesarean Delivery: A Randomized Clinical Trial

ABSTRACT

IMPORTANCE

The American College of Obstetricians and Gynecologists recommends a delay in umbilical cord clamping in term neonates for at least 30 to 60 seconds after birth. Most literature supporting this practice is from low-risk vaginal deliveries. There are no published data specific to cesarean delivery.

OBJECTIVE

To compare maternal blood loss with immediate cord clamping vs delayed cord clamping in scheduled cesarean deliveries at term (≥37 weeks).

DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS

Randomized clinical trial performed at 2 hospitals within a tertiary academic medical center in New York City from October 2017 to February 2018 (follow-up completed March 15, 2018). A total of 113 women undergoing scheduled cesarean delivery of term singleton gestations were included.

INTERVENTIONS

In the immediate cord clamping group (n = 56), cord clamping was within 15 seconds after birth. In the delayed cord clamping group (n = 57), cord clamping was at 60 seconds after birth.

MAIN OUTCOMES AND MEASURES

The primary outcome was change in maternal hemoglobin level from preoperative to postoperative day 1, which was used as a proxy for maternal blood loss. Secondary outcomes included neonatal hemoglobin level at 24 to 72 hours of life.

RESULTS

All of the 113 women who were randomized (mean [SD] age, 32.6 [5.2] years)

completed the trial. The mean preoperative hemoglobin level was 12.0 g/dL in the delayed and 11.6 g/dL in the immediate cord clamping group. The mean postoperative day 1 hemoglobin level was 10.1 g/dL in the delayed group and 9.8 g/dL in the immediate group. There was no significant difference in the primary outcome, with a mean hemoglobin change of -1.90 g/dL (95% CI, -2.14 to -1.66) and -1.78 g/dL (95% CI, -2.03 to -1.54) in the delayed and immediate cord clamping groups, respectively (mean difference, 0.12 g/dL [95% CI, -0.22 to 0.46]; P = .49). Of 19 prespecified secondary outcomes analyzed, 15 showed no significant difference. The mean neonatal hemoglobin level, available for 90 neonates (79.6%), was significantly higher with delayed (18.1 g/dL [95% CI, 17.4 to 18.8]) compared with immediate (16.4 g/dL [95% CI, 15.9 to 17.0]) cord clamping (mean difference, 1.67 g/dL [95% CI, 0.75 to 2.59]; P < .001). There was 1 unplanned hysterectomy in each group.

CONCLUSIONS AND RELEVANCE

Among women undergoing scheduled cesarean delivery of term singleton pregnancies, delayed umbilical cord clamping, compared with immediate cord clamping, resulted in no significant difference in the change in maternal hemoglobin level at postoperative day 1.

Purisch SE, Ananth CV, Arditi B, Mauney L, Ajemian B, Heiderich A, Leone T, Gyamfi-Bannerman C.

JAMA. 2019 NOV 19; 322 (19): 1869-1876. DOI: 10.1001/JAMA.2019.15995.

LEXIQUE DES MOTS SOULIGNÉS

Maternal Blood Loss: pertes sanguines maternelles - **Scheduled**: programmé - **Prespecified**: prédéterminé.



FORMATIONS ANSFL 2020

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: En cours de programmation avril 2020
à Angers (49)

LA PRATIQUE LIBÉRALE: CADRE RÉGLEMENTAIRE ET COTATIONS

Intervenante: Laurence Platel (SF).

Date et lieu: 18 février 2020 à Bourg en bresse (01)
et le 20 février dans les Hautes Alpes

LES CONSULTATIONS DE GROSSESSES À BAS RISQUES

Intervenante: Amélie Battaglia (SF)

Date et lieu: Organiser un groupe: contactez-nous

FACILITER L'EVIDENCE BASED MIDWIFERY (EBM)

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)

Session II: 10 février 2020 à Lille (59)
19 février 2020 à St Etienne (42)

EUTONIE: RÉÉDUCATION EN POSTNATAL

Intervenante: Martine Gies (SF)

• Session I: Découverte

Date et lieu:
2-3 avril 2020 à St Germain Mont D'Or (69)

• 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
Dates: 12-13 mars 2020 à Marseille (13)

• Session II: Postnatal
Date et lieu:
Organiser un groupe: contactez-nous

Toutes nos formations: FIF-PL

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



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 DOKEUO/ Intercaif-oref Réf : OF-11646 - Référencé Datadock 005 70 55

Avec la **Suite PHENIX** passez en mode confort

Trois solutions complémentaires : surveillance de grossesse globale et cohérente, rééducation périnéale et gestion administrative et médicale de vos données patientes.



PHENIX MONITO LE MONITORING SANS FIL

Grand écran, grossesses multiples, imprimante thermique...
Facilitez votre quotidien !

Profitez de 40% de remise *

** Jusqu'au 31 Décembre 2019, dans la limite des stocks disponibles*



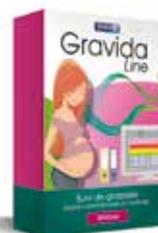
PHENIX Micro RÉÉDUCATION PÉRINÉALE SANS FIL

Assistant thérapeutique, dossier favoris... Optez pour la facilité.

126€ TTC/MOIS*

LOGICIEL DE SUIVI DE GROSSESSE GRAVIDA LINE

Un seul outil informatisé pour toutes vos fiches patientes.



* Offre valable pour une durée de 36 mois, selon notre barème de financement en vigueur au 12/04/2018



**POUR L'ENSEMBLE DE VOTRE ACTIVITÉ
CHOISISSEZ LA MARQUE
DE L'EXCELLENCE !**

VIVALTIS

Leader mondial des appareils de rééducation périnéale, le bien-être des femmes est au cœur de la démarche VIVALTIS depuis 17 ans.

Contactez-nous  04 67 27 15 42

vivaltis.com 





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