

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 28 • Printemps 2019

ENTRE ARC
ET SAGE-FEMME
CLINICIENNE,
TROUVER
SON ÉQUILIBRE



COMMENT SOULAGER
LA DOULEUR DE
L'ACCOUCHEMENT



'J'AI FAIT
UNE RECONVERSION
PROFESSIONNELLE'



UN DÉFI
SPORTIF POUR
LUTTER CONTRE
L'ENDOMÉTRIOSE



UN MÉTIER PASSION



CATHERINE COQ,
SAGE-FEMME
ÉCRIVAINNE

L'ALLAITEMENT
INDÉTERMINÉ :
UNE AUTRE VOIE ?



L'HYPNOSE
POUR ACCOMPAGNER
LES FEMMES ENCEINTES



ADDICTIONS ET GROSSESSE • PRÉVENTION ET DÉPISTAGE • ACCOUCHEMENT • ALLAITEMENT • CONTRACEPTION ...

LES SAGES-FEMMES À L'HONNEUR PARCE QUE VOUS LE VALEZ BIEN !

PAROLE DE SAGES-FEMMES.com

LA 1^{ÈRE} PLATEFORME WEB POUR TOUTES LES SAGES-FEMMES



EN ACCÈS GRATUIT EN UN **CLIC!**

Découvrez le MOOC

L'ÉCHOGRAPHIE DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

avec Dr Gilles Grangé, Gynécologue-obstétricien

Comment réaliser une coupe sagittale ?

Comment réaliser une coupe axiale ?

Comment réaliser une coupe coronale ?

WWW.PAROLEDESAGESFEMMES.COM

<https://paroledesagesfemmes.com/videos-e-learning/mooc-professionnels/comment-realiser-une-echographie-foetale-du-systeme-nerveux-central>



ÉDITO

LES SAGES-FEMMES À L'HONNEUR, PARCE QU'ELLES/ILS LE VALENT BIEN !

Vos expériences, vos expertises aussi vos réflexions, vous les partagez dans *Parole de Sages-Femmes*. Et nous sommes fières de pouvoir les diffuser pour montrer la multiplicité de vos compétences. Des hauts, des bas inhérents à la profession, malgré tout, les sages-femmes sont présents-es tout au long de la vie des femmes pour prendre soin de leur santé à des étapes importantes de leur vie. La conscience professionnelle vous anime, tout autant que cette passion pour améliorer la condition des femmes, à tel point, d'en oublier pour certains-es votre personne, et votre santé...

Mais soyez-en sûr.es.s, vous êtes inspirants et nous avons souhaité le mettre en lumière dans ce numéro spécial. C'est grâce à vos réflexions et votre engagement que la profession évoluera ! Il ne faut pas perdre confiance, car « Ne doutez jamais du fait qu'un petit nombre de gens décidés et engagés peuvent changer le monde » (Margaret Mead).

Pour cette raison, au fil des pages vous retrouverez un florilège de vos interventions où vous abordez le métier, vos initiatives ou bien vos travaux pour améliorer l'accompagnement des femmes.

Bonne lecture à vous, et n'hésitez pas à nous envoyer vos contributions !*

Géraldine Dahan Tarrasona, sage-femme,
Rédactrice en chef de *Parole de Sages-femmes*

Sources : Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013. Santé publique France. Baromètre Santé 2017. Alcool et tabac.

*Écrivez-nous à sonia.zibi@mayanegroup.com

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Numéro 28

3 Édito

VOUS PARLEZ DE VOTRE MÉTIER, DE VOS INITIATIVES

5 Entre ARC et sage-femme clinicienne, Marina a trouvé son équilibre.

Avec Marina Salomé

8 Reconversion professionnelle : Elle a abandonné l'industrie pharmaceutique pour devenir sage-femme. Avec Marine Vigie

10 « J'ai toujours eu une double activité : sage-femme et l'écriture ».

Avec Catherine Coq

12 Pour lutter contre l'endométriose, elles se sont lancées un défi sportif. Avec Elsa Bintz et Clémence Poisson

16 Être sage-femme à Mayotte : « C'est plus qu'un travail à plein temps » Avec Margaux Rousset

VOTRE EXPÉRIENCE, VOS TRAVAUX AU SERVICE DES PATIENTES

18 L'hypnose, pour vivre harmonieusement la grossesse.

Avec Jean-Daniel Henry

20 Accouchement : Faut-il soulager ou travailler avec la douleur ?

Avec Céline Lemay

22 Syndrome du canal carpien et grossesse : l'acupuncture peut-elle le soulager ? Avec Stéphanie Nicolian

24 L'allaitement indéterminé : Une autre voie pour les mères non allaitantes.

Avec Béatrice Allouchery

28 Papa Maman « Atoutprix » (PMA) : Trois visages de la maltraitance.

Avec Sophie Rocher

POUR RESTER À JOUR...

32 Quiz : • Cancer du col de l'utérus : prévenir et dépister • Addictions & grossesse : Testez-vous !

38 Coliques du nourrisson

Quelles sont les dernières recommandations ?

40 Herpès génital

Quelle prise en charge pendant la grossesse et à l'accouchement ?

44 Les mamans parlent de vous

Bienveillantes, inoubliables, les sages-femmes sont aux côtés des femmes... les mamans témoignent.

46 Agenda

PAROLE DE SAGES-FEMMES

Rédaction

Directrice de la publication
Leslie Sawicka

Rédactrice en chef

Géraldine Dahan Tarrasona

Journalistes

Julia Kadri
Candice Satara-Bartko
Céline Gerbier

Réalisation

Direction artistique

Mathieu Boz
Nilay Cosquer

Maquette

Allison Rottini

Photographies

Fotolia, Shutterstock, Wikipedia

Directrice du pôle vidéo

et de la rédaction print
Céline Gerbier

Directrice du Pôle Experts

Sonia Zibi

sonia.zibi@mayanegroup.com
paroledesagesfemmes.com
06 60 50 73 77

Assistante :

Assetou Kante

Remerciements :

Marina Salomé, Marine Vigie,
Catherine Coq, Elsa Bintz,
Clémence Poisson, Margaux
Rousset, Jean Daniel Henry,
Céline Lemay, Stéphanie Nicolian,
Sophie Rocher

Mayane|group

Parole de sages-femmes est édité
par la SARL

Mayane Communication

au capital de 7 700 €

Siège social :

49 rue Marius Aulan

92300 Levallois-Perret

RCS 75017 Paris B 479454829

Dépôt légal : 2019

ISBN : 978-2-9527526-2-6



ENTRE ARC & SAGE-FEMME CLINICIENNE

MARINA A TROUVÉ SON ÉQUILIBRE

SAGE-FEMME EN CENTRE DE SANTÉ DE LA CROIX ROUGE ET AU MOUVEMENT FRANÇAIS POUR LE PLANNING FAMILIAL (PARIS), MARINA SALOMÉ EST AUSSI ATTACHÉE DE RECHERCHE CLINIQUE À L'UNITÉ DE RECHERCHE CLINIQUE PARIS CENTRE. SES CHOIX PROFESSIONNELS, SES ACTIVITÉS, ELLE TÉMOIGNE !



Avec **Marina Salomé**, sage-femme, Paris

DIPLÔMÉE EN JUILLET 2014...

J'avais pressenti dès mes études que je n'aurai probablement pas un profil de sage-femme classique. J'ai tout de même décidé de postuler dans une maternité de niveau III, pour faire mes armes, pour découvrir la salle de naissance et le monde du travail à l'hôpital. J'ai rapidement compris que son ambiance et son organisation ne me correspondaient pas ou bien peut-être était-ce le contraire ?

J'étais très angoissée à l'idée des responsabilités qui me semblaient extrêmement pesantes, et je ne supportais pas le travail à la chaîne qui nous était imposé : j'oubliais d'une garde à l'autre les enfants que j'avais aidés à naître et les couples que j'avais accompagnés.

TROIS MOIS PLUS TARD

J'ai donc décidé de quitter la maternité dans laquelle je travaillais, sans vraiment savoir ce que j'allais faire ensuite. Mon départ était prévu pour novembre. Je me suis confiée à une obstétricienne de la maternité que je connaissais bien car elle avait dirigé mon mémoire d'étudiante sage-femme. Lorsque je lui ai expliqué les raisons de mon départ, j'ai eu la chance qu'elle me propose de participer à un projet de recherche clinique pour lequel elle venait d'obtenir un financement : il s'agissait d'une étude observationnelle visant à évaluer les méthodes et les modalités de déclenchement de l'accouchement.

Cette étude s'étalait sur un mois, dans 94 maternités de France, et le budget prévoyait une personne pour assurer la coordination à mi-temps pendant deux ans. Elle souhaitait qu'une sage-femme occupe ce poste, car il était nécessaire que la personne en charge de cette étude ait des connaissances précises en obstétrique.

Cette proposition m'a tout de suite convenue car cela m'offrait la possibilité de découvrir un nouveau métier tout en continuant une activité clinique le reste du temps. J'ai donc accepté.

EN JANVIER 2015, J'AI PRIS MES
FONCTIONS DE SAGE-FEMME
COORDINATRICE D'ÉTUDE
CLINIQUE À L'UNITÉ DE RECHERCHE
CLINIQUE PARIS CENTRE

Mon rôle consistait à identifier les personnes participant à l'étude MEDIP sur le déclenchement, à les former au protocole et à me déplacer dans les différents réseaux pour présenter l'étude. J'ai également participé à l'élaboration du protocole et des questionnaires utilisés. J'ai effectué la plupart des demandes réglementaires, sous guidance de ma chef de projet, cela m'a appris à solliciter un Centre de Protection des Personnes, la CNIL ou bien le CCTIRS (Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé). J'ai énormément appris « sur le tas », grâce à l'aide de mes collègues et parce que j'étais très enthousiaste à l'idée d'avoir de nouvelles responsabilités, sous l'aile d'une médecin qui croyait en mes capacités et me faisait entièrement confiance.

À la fin des inclusions qui ont duré un mois, entre novembre et décembre 2015, le travail n'était pas terminé puisque j'ai dû gérer et coordonner tous les Techniciens d'Étude Clinique en charge de la saisie des données médicales qui nous permettraient ensuite les analyses statistiques et la publication de plusieurs articles.

Je me suis également chargée de contacter les patientes incluses dans l'étude par mail ou voie postale, car un questionnaire de satisfaction leur était proposé.

Au final, environ 3000 femmes ont été incluses dans cette étude et les résultats nous ont permis d'avoir une vision assez précise des modalités de déclenchement en France, en population. Cela permettra sans doute d'optimiser les pratiques et peut-être de les harmoniser dans certains réseaux ; ce type d'étude a donc un impact concret sur la prise de décision médicale et sur le quotidien des professionnels de santé. Plusieurs articles ont déjà été soumis à publication et d'autres sont en cours d'écriture à l'heure actuelle, ce qui est extrêmement gratifiant.

Dans l'intervalle, la médecin avec qui je travaillais a obtenu un accord suite à une demande de PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) inter-régional sur les efforts expulsifs. Elle m'a assez logiquement proposé de continuer à travailler avec elle sur cette étude. Cette fois, il s'agissait d'un essai randomisé et de nombreuses données devaient faire l'objet d'un « monitoring » : c'est à dire un retour dans les dossiers médicaux afin d'évaluer si les données recueillies dans le cadre de l'étude étaient exactes et fiables. Cette fois, cela dépassait largement mes compétences et il n'était plus question d'apprendre au fil de l'eau : j'ai donc effectué une formation d'Attachée de Recherche Clinique auprès d'un organisme privé, sur une période accélérée d'un mois.





« Cette proposition m'a tout de suite convenue car cela m'offrait la possibilité de découvrir un nouveau métier tout en continuant une activité clinique le reste du temps. »

L'attaché de recherche clinique a pour rôle de s'assurer du bon déroulement des études et du respect de la réglementation. Dans mon cas, cela m'a apporté un bagage théorique essentiel pour mener à bien le nouvel essai randomisé dont j'étais responsable.

AUJOURD'HUI, JE TRAVAILLE TOUJOURS DANS CE CENTRE D'INVESTIGATION CLINIQUE DEUX JOURS ET DEMI PAR SEMAINE, ET J'AI CONSERVÉ MON ACTIVITÉ CLINIQUE

En parallèle de mon temps de recherche, j'exerce deux jours par semaine dans un centre de santé de la Croix Rouge et au Mouvement Français pour le Planning Familial. Mes activités y sont

variées : consultations de gynécologie de prévention, contraception, suivis de grossesse et visites postnatales.

Ceci est un parfait équilibre car si mon travail de recherche est parfois légèrement rébarbatif (beaucoup d'administratif, un travail de bureau face à un ordinateur), j'y trouve tout à fait mon compte et je réalise à quel point les liens sont étroits entre recherche et pratique clinique, via l'amélioration des connaissances.

Ma casquette de sage-femme est tout à fait complémentaire du métier d'attaché de recherche clinique car cela m'apporte une légitimité auprès des différents acteurs dans chaque étude que je coordonne. Cela me permet également de consacrer aux femmes que je vois en consultation un temps de qualité, durant lequel je me sens psychologiquement disponible.

RECONVERSION PROFESSIONNELLE

ELLE A ABANDONNÉ L'INDUSTRIE
PHARMACEUTIQUE POUR DEVENIR SAGE-FEMME

ALORS QUE LA RECONVERSION PROFESSIONNELLE TOUCHE DE PLUS EN PLUS
LES SAGES-FEMMES, D'AUTRES, À L'INVERSE, COMME MARINE, SONT PRÊTES
À S'INVESTIR DANS DE NOUVELLES ÉTUDES POUR EXERCER CE MÉTIER.

Avec **Marine Vigié**, étudiante sage-femme, Marseille



Parole de Sages-Femmes : **Quel est votre parcours professionnel ?**

Marine Vigié : Avec un Master 2 en Neurosciences intégratives et cognitives, je me suis initiée à la recherche dans ce domaine et plus particulièrement sur l'autisme et le syndrome d'Asperger. J'ai travaillé pendant 5 ans dans l'industrie pharmaceutique à Paris puis en région PACA.

Mais je ne m'épanouissais pas pleinement dans mon ancien métier. Être sage-femme a toujours été une évidence pour moi mais après deux échecs en 1ère année de médecine, il y a 12 ans, j'avais enterré ce rêve et suis partie dans une voie qui me plaisait mais qui n'était tout simplement pas mon souhait de départ. Peut-être aussi que ce n'était pas le bon moment...

PDST : Comment avez-vous procédé pour changer d'orientation ?

MV : Depuis 2010, une passerelle a été mise en place pour les titulaires d'un Master 2 souhaitant intégrer

la 2^e année de sage-femme (1^{ère} année d'école). Peu de places sont allouées chaque année par région et la sélection s'effectue sur dossier puis entretien oral devant un jury de professionnels de santé. En 2015, j'ai eu l'opportunité de quitter mon poste dans des conditions favorables et privilégiées, je me suis donc lancée pour tenter ma chance et réaliser mon rêve. Ma demande de passerelle a été acceptée et me voilà donc étudiante sage-femme.

PDST : Qu'est-ce que vous attire dans la profession sage-femme ?

MV : J'aime dans le métier de sage-femme notre place privilégiée auprès des patientes et toute l'importance que nous avons dans la prise en charge de leur grossesse, de leur accouchement et des suites avec leur bébé. Le suivi gynécologique de prévention hors grossesse est également pour moi une source d'enrichissement qui vient compléter notre rôle auprès des femmes. Ce métier allie tout ce que j'aime : le rôle purement médical qui me



manquait avant, et le contact humain, qui existait dans mon ancien métier, mais de façon plus futile.

La sage-femme est présente dans les moments les plus importants de la vie d'une femme et d'un couple. Par conséquent, les relations que nous établissons avec elles en sont très souvent démultipliées émotionnellement, que ce soit dans des cas heureux (la plupart du temps), comme dans les situations plus difficiles. Je dis souvent que nous vivons dans un ascenseur émotionnel et c'est entre autre pour cette raison que je trouve notre métier hors du commun.

PDST : Quitter son travail, redevenir étudiante, comment gérez-vous cette situation ?

MV : Quitter son travail quand on a un poste bien établi et que l'on gagne sa vie est forcément un choix difficile et une remise en question loin d'être anodine. Finalement, on quitte ce que j'appelle sa « zone de confort » et on

se met en danger. Ce qui intrigue d'ailleurs beaucoup les gens... De plus, redevenir étudiante quand on a 30 ans et qu'on a déjà travaillé n'est pas facile tous les jours car ma vie est, par définition, bien différente de celles de mes camarades de classe qui ont 20 ans et qui vivent encore pour la plupart chez leurs parents.

J'ai 2 enfants encore tout petits (4 ans et 2 ans) : le maître mot est l'organisation sur tous les fronts ! Mon mari m'aide énormément, et c'est clairement grâce à lui et à tout le soutien organisationnel et mental qu'il m'apporte au quotidien que je peux réaliser ces études. Nous faisons beaucoup de sacrifices pour cette reconversion et notre vie sociale en est forcément changée. Heureusement, ma famille et mes amis sont très souteneurs et me témoignent souvent leur admiration. Cela m'encourage et m'aide à tenir dans les moments plus difficiles. Je sais que je peux compter sur eux n'importe quand. Ces 4 ans ne sont qu'une parenthèse (sportive !) dans nos vies, mais le prix à payer pour faire ce qui me plaît.

Nous nous sommes tous adaptés à ce rythme, et j'arrive à concilier ma vie de maman et ma vie d'étudiante du mieux possible, il suffit juste de penser différemment, de travailler plus efficacement !

PDST : Alors que de plus en plus de sages-femmes fuient la profession, sans regret pour cette orientation ?

MV : En aucun cas ! Je suis trop bien placée pour savoir qu'on ne peut pas être pleinement épanouie quand on exerce un métier que l'on n'a pas choisi. J'ai moi-même fui ma profession pour une autre. Je comprends donc que certaines sages-femmes se détournent de notre métier si elles ne l'ont pas choisi ou bien si elles sont lassées de leurs conditions de travail. Quelles que soient leurs raisons, je comprends que l'on puisse vouloir changer, sage-femme ou pas. C'est le cas pour de très nombreuses personnes et quel que soit le domaine. Je m'en suis rendue compte en discutant avec les gens, qui voyant ma situation, m'avaient souvent à demi-mot qu'eux non plus n'aimaient pas leur métier mais que pour des raisons matérielles ils étaient obligés de rester. Chacun a ses raisons, son contexte et sa vie. De mon côté, je ne regrette rien, je suis sûre d'aimer ce que je fais, et tous les matins je sais pourquoi je me lève, je me sens utile. Se donner les moyens de faire ce que l'on a choisi, c'est aussi le modèle que je veux transmettre à mes enfants.

PDST : Une fois diplômée, vers quel secteur souhaitez-vous vous orienter ?

MV : J'aimerais travailler en hospitalier pour continuer à faire des accouchements mais je souhaite à moyen terme travailler en libéral en parallèle (mi-temps maternité, mi-temps cabinet) car c'est un mode de travail qui me plaît, un rythme et une organisation qui me correspondent. Je pense que le libéral offre la chance de suivre plus longtemps une patiente, d'intégrer son contexte et son environnement. Mais cela se fera dans un second temps, je garde cela dans un coin de ma tête pour plus tard. Je veux d'abord me perfectionner en hospitalier avant de me lancer. Ce n'est qu'en pratiquant au fur et à mesure que je saurai vraiment comment je veux travailler. Donc pour l'instant, même si j'ai mes idées, je reste prudente sans faire trop de projections, on verra !

« J'AI TOUJOURS EU UNE DOUBLE ACTIVITÉ : SAGE-FEMME ET L'ÉCRITURE »

CATHERINE COQ, SAGE-FEMME DEPUIS UNE VINGTAINE D'ANNÉES EST
TOMBÉE DANS L'ÉCRITURE ALORS QU'ELLE ÉTAIT ADOLESCENTE. UNE
PASSION ? OUI, MAIS PAS QUE... RENCONTRE AVEC L'ARTISTE !

Avec **Catherine Coq**, sage-femme écrivaine

Parole de Sages-Femmes : Quel est votre parcours ?

Catherine Coq : En rentrant à l'école de sage-femme, j'ai très vite compris que ces 4 années ne représenteraient pas les meilleures de ma vie. Ce moule dans lequel il fallait rentrer, ce n'était pas pour moi ! J'ai tout de même poursuivi mon cursus car l'art d'accoucher, c'est-à-dire d'inventer le devenir mère me fascinait déjà, et avec l'idée de me défaire de la sur-technique acquise en partant en mission humanitaire le plus vite possible. J'ai ainsi participé à quelques missions, seule et en famille, nous avons vécu 1 an au Cambodge.

En 2001, nous sommes rentrés en France, en plein mouvement « sage-femme ». Revenant du Cambodge, là où le salaire est de 3 dollars/jour, j'étais plutôt déconnectée de cette réalité, de ces protestations...

J'ai exercé aux Bluets, une maternité où j'ai trouvé ma place durant une quinzaine d'années.

Puis assez vite, je me suis spécialisée dans les violences intrafamiliales, et en 2013 j'ai créé, à la suite de mon diplôme universitaire sur la régulation des naissances, une consultation « gynécologie, sexologie et contraception ». J'ai vite pris conscience que pour les mener efficacement je ne pouvais pas dissocier la physiologie du plaisir, de la prévention des violences. J'ai alors décliné ce suivi en mêlant du dépistage actif des risques psychosociaux et de l'éducation à la sexualité avec les patientes qui le souhaitaient.

Puis des événements m'ont incitée à mettre en *stand-by* mon exercice de sage-femme.

Entre autres, cette affaire judiciaire qui a duré presque 5 ans. Celle où un mari a déposé plainte contre moi à l'Ordre National des Sages-Femmes. Mon erreur ? Avoir pris en charge une patiente qui subissait des violences conjugales et rédigé un certificat médical à la demande de la patiente en respectant les règles déontologiques de rédaction d'un tel document.

L'affaire a été relayée dans les médias, elle a mis en évidence un vide juridique au moment de la refonte de la loi santé. En effet, seuls les médecins étaient protégés dans la loi, alors que d'autres professionnels peuvent être impliqués et exposés à ce genre de situation. Depuis a été rajoutée la mention « professionnels de santé ».

Une histoire comme celle-ci laisse des traces. Il faut savoir dépasser l'événement et poursuivre sa route, transformer les blessures en or.

PDSF : Et l'écriture dans tout ça ?

CC : L'écriture fait partie de moi depuis l'adolescence, où je pratiquais beaucoup mon piano. L'écriture est venue remplacée peu à peu le piano. Plus facile d'emmener un stylo en mission qu'un piano !

Il y a aussi une transmission familiale de l'usage de la plume et de la langue française comme un moyen de prise de position dans l'espace citoyen, mon père m'a transmis l'art du travail en écriture. J'ai toujours eu une double activité : sage-femme et l'écriture. Dans le roman que j'ai écrit, je dis : « l'écriture m'a aidée à ne pas devenir inhumaine dans l'exercice de mon métier ».



se trouvaient parmi les professions les moins « heureuses », parce qu'on a tendance à nous cantonner, encore et malheureusement, à la blouse rose bonbon...

PDSF : L'écriture fait donc partie de vous et depuis un petit moment. Quels ont été vos travaux antérieurs ?

CC : J'ai fait lire mes

premiers écrits qui m'ont valu des publications dans plusieurs revues. Les rencontres avec Sylvie Germain et Heny Bauchau ont été fondatrices de mon travail en écriture. En 2002, j'ai participé à une lecture publique à l'espace Kiron. Puis avec la vie professionnelle, ma vie personnelle, j'ai manqué de temps pour rendre visible mon écriture. Au moins j'écrivais, les années ont passées...

Aujourd'hui, l'écriture revient en force, j'ai publié un article dans les magazines *Médiapart*, *Ebdo*, *Les Dossiers de l'Obstétrique*, des extraits de poèmes dans *Parole de Sages-femmes*, dans *Sens et santé* où j'aborde « l'utérus, lieu du plaisir féminin ». Il y a aussi une fiction poétique *Écrire, c'est aimer* et le roman *La chronique du périnée*. Un écrit plein d'humour sur l'épanouissement féminin, la dénonciation de ce que les femmes subissent, entre le cri et l'amour... La transmission de mes 20 années de pratique. Un écrit où j'ose être celle que je suis « une femme de paroles et de mains... heureuses ! »

Source : Typologie et bien-être psychologique - Apport de l'enquête CT-RPS 2016 - Thomas Coutrot- Dares

On est happé par une espèce de surpuissance, avec ce mystère qui est de l'ordre de l'inhumain, c'est-à-dire qui dépasse l'humain ; la réanimation d'un enfant – pourquoi celui-ci démarre et pas le voisin ? – d'une mère – pourquoi la mort maternelle en 2018 dans le monde, elles sont 340 000 ! Et on l'est d'autant plus aussi lorsqu'on participe à des missions humanitaires et que l'on travaille avec si peu de matériel par moment : elle aurait dû mourir pourquoi vit-elle encore ? Cette place qui dépasse l'humain peut donner un sentiment de surpuissance très dangereux, il faut s'en méfier comme de la peste et entraîner une lutte avec soi-même. L'écriture est venue m'apaiser. Elle sert à élaborer et conforter une déontologie de pratique. C'est un peu comme si, j'observais de cette place particulière, en retrait, pour témoigner de ce qui se passe, ce qui est merveilleux et ce qui ne l'est pas, parce dire 25 fois dans une même journée « éteignez votre portable Madame, vous êtes en train d'accoucher », n'a rien de réjouissant sur la façon dont certains jeunes couples deviennent parents dans une espèce d'inconscience irresponsable... Une garde qui se termine n'est pas achevée, je poursuis avec l'écriture pour mettre en lumière les belles choses, mais aussi dénoncer des situations. Dans ce métier on est au cœur de la société et de son évolution. L'écriture m'aide à trouver des réponses, à laisser trace, témoigner de ce travail bien souvent invisible, en manque de reconnaissance. Dernièrement une étude* a mis en lumière que les sages-femmes



Découvrez les ouvrages de Catherine Coq sur Paroledesagesfemmes.com



POUR LUTTER CONTRE L'ENDOMÉTRIOSE ELLES SE SONT LANCÉES UN DÉFI SPORTIF

CLÉMENCE ET ELSA, SAGES-FEMMES À MARSEILLE, ONT SOUTENU L'ASSOCIATION ENDOFRANCE EN PARTICIPANT À UN DÉFI SPORTIF DE 5 JOURS, LE RAID MULTISPORTS 100 % FÉMININ EN AFRIQUE DU SUD EN NOVEMBRE DERNIER.

Avec **Elsa Bintz** et **Clémence Poisson** sages-femmes, Marseille



« Notre soutien à EndoFrance a pour but de communiquer largement sur la pathologie à travers différents formats et pour apporter des dons à l'association. »

Parole de Sages-Femmes : Quel est votre parcours professionnel ?

Elsa Bintz : Vingt-huit ans, gardoise d'origine, j'ai fait mes études de sage-femme à Montpellier, je travaille à Marseille depuis plus de 3 ans. Attirée depuis plusieurs années par le milieu médical, sage-femme est un métier qui demande une bonne résistance physique et psychologique, de la rigueur, de la douceur et beaucoup d'empathie. Je me suis trouvée dans cette voie, où le relationnel et l'humain sont au cœur de la profession.

Clémence Poisson : Vingt-neuf ans, sarthoise d'origine, j'ai fait mes études à Angers. Après y avoir travaillé quelques mois en sortie de diplôme, je suis partie un an et demi exercer à Mayotte. Depuis juin 2015, je travaille à l'hôpital de la Conception à Marseille, où j'ai rencontré Elsa. À vrai dire, je ne connaissais pas vraiment cette profession, je l'ai découverte

quand j'ai obtenu mon classement en première année de médecine. Réticente au départ, j'y ai finalement trouvé ce que je recherchais, à savoir l'aspect médical, scientifique mais aussi social et humain. Des aspects qui s'entremêlent à merveille et où j'y trouve mon épanouissement professionnel, même si l'ambiguïté de notre statut pose parfois problème.

PDSF : Pourquoi avec Elsa avez-vous décidé de défendre l'association EndoFrance ?

Clémence & Elsa : Nous avons choisi de soutenir EndoFrance, dont le rôle est de mettre en lumière une pathologie qui touche une grande partie de la population féminine et pourtant mal connue : l'endométriose.

Étant toutes deux sages-femmes hospitalières, nous côtoyons un certain nombre de patientes touchées par cette pathologie, des patientes avec aussi parfois des difficultés à procréer. De plus, la sage-femme, en étant à même de réaliser le suivi gynécologique des femmes, est un des acteurs principaux du dépistage de cette pathologie. Nous avons donc une certaine crédibilité, par notre profession, de parler et de faire connaître l'endométriose au grand public.

Notre soutien à EndoFrance a pour but de communiquer largement sur la pathologie à travers différents formats (événements sportifs, réseaux sociaux, journal local, radio, etc...) et pour apporter des dons à l'association.

PDSF : Trouvez-vous que les sages-femmes soient sensibilisées à cette pathologie ?

Clémence & Elsa : Les sages-femmes sont légèrement sensibilisées à cette pathologie, notamment lors de leur apprentissage. Néanmoins, les progrès à faire pour une meilleure connaissance de la pathologie auprès des professionnels médicaux sont encore nombreux : le diagnostic d'endométriose est posé avec un retard moyen de 5 ans !

PDSF : Vous vous êtes lancées un sacré défi sportif, comment cette initiative a-t-elle été accueillie par vos proches et collègues ?

Clémence & Elsa : Nos proches et collègues de travail ont accueilli la nouvelle de la meilleure des façons. Nous avons eu beaucoup de retours positifs de tous les corps de métiers de l'hôpital. C'est très encourageant pour nous deux et nous avons été touchées par ce soutien collectif qui nous a donné envie de nous surpasser.

PDSF : Après plusieurs mois où avez suivi un entraînement sportif intense, vous êtes parties en novembre 2018 en Afrique du sud pour participer au raid 100 % féminin. Racontez-nous !

Clémence & Elsa : C'était une expérience humaine incroyable. Du dépassement de soi, de la solidarité, des rencontres. Elle a demandé beaucoup d'investissements toute l'année ainsi que de nombreux efforts qui ont payés. On en retient aussi des émotions décuplées sur les épreuves et un soutien inconditionnel des proches. Sur place c'était dépayçant. Dans un bivouac isolé en pleine nature, une tente par équipe, repas commun en extérieur. On était un peu coupé du monde, sans réseau, Internet limité à 30 minutes par jour.

PDSF : Ce que vous avez le plus aimé ?

Clémence & Elsa : Les épreuves sportives, la cohésion d'équipe, les paysages fabuleux et l'ambiance de groupe, très conviviale qui rappelait les « colonies de vacances » !



PDSF : Quelles difficultés avez-vous rencontré ?

Clémence & Elsa : De façon générale la fatigue et la chaleur. Sur le plan purement sportif : Le manque d'entraînement sur certaines épreuves découvertes le jour J : tir à l'arc, swim run... En swim run : l'alternance nage course à pied était une première et s'est avérée très difficile. Sur l'endurance nous avions de bonnes bases mais un manque de technique par manque d'entraînement, particulièrement en VTT.

PDSF : Au final, combien de fond avez-vous pu récolter pour EndoFrance ?

Clémence & Elsa : Nous avons fini 6^e au classement général sur 44 équipes. Très heureuses et surprises de notre place. C'est l'épreuve des 20 km de trail qui nous a aidées, nous avons



fini 5e. Les trois premières équipes récoltaient 1 000 € pour leur association ainsi que quatre autres équipes tirées au hasard. Nous n'avons malheureusement pas reçu de dotation mais grâce aux dons de nos proches pour participer à cette aventure, nous avons pu rassembler 1000 € et les verser à Endofrance. Nous en sommes ravies et eux aussi.

PDSF : Après une telle expérience, un tel dépassement de soi, comment vous sentez-vous? Prêtes à recommencer pour une autre action ?

Clémence & Elsa : Après une aventure comme celle-ci on se sent fières, profondément enrichies sur le plan physique, mental et émotionnel. On pense à tout l'investissement qu'on a fourni pendant 1 an (récolter les fonds, démarches de

sponsors, entraînements, doutes sur nos capacités...) à tous les gens qui nous ont soutenus (famille, amis, collègues et même inconnus...) et ça nous fait chaud au cœur.

On peut dire maintenant qu'on a participé à un raid multisport solidaire de 5 jours en Afrique du sud et qu'on peut être fières de notre parcours.

Quelqu'un disait « nos plus beaux souvenirs viennent de nos rêves les plus fous ».

Je trouve que c'est bien résumé.

Clémence : Je serais prête à recommencer mais pas cette année, car pas assez de temps et d'autres projets mais l'année prochaine j'aimerais beaucoup, j'y pense déjà !

Elsa : Prête à 200 % à recommencer une aventure comme celle-ci, mais aussi, et avant tout, envie d'en découvrir de nombreuses autres.



SAGE-FEMME À MAYOTTE,

C'EST PLUS QU'UN TRAVAIL À PLEIN TEMPS

AVEC PRÈS DE 10 000 NAISSANCES PAR AN⁽¹⁾, MAYOTTE EST LA PLUS GRANDE MATERNITÉ DE FRANCE, ET MÊME D'EUROPE. DANS CE 101^E ET DERNIER DÉPARTEMENT FRANÇAIS, C'EST L'ÉQUIVALENT D'UNE CLASSE DE TRENTE ÉLÈVES QUI VOIT LE JOUR QUOTIDIENNEMENT.



Par **Margaux Rousset**, sage-femme à Mayotte puis de retour en France depuis fin 2018

CE QUI M'A POUSSÉE À VENIR EXERCER ICI ?

C'est peut-être la conviction que, là où l'indice de fécondité est le plus élevé de France, 4,1 enfants par femme⁽²⁾, l'accès des femmes aux soins gynécologiques et obstétricaux

devrait être une priorité. Mais les choses ne sont pas si simples en réalité.

En 2017, j'ai donc quitté la métropole pour venir exercer à Mayotte.

Afin de désengorger l'hôpital du chef-lieu Mamoudzou et de faciliter l'accès aux soins, quatre



centres de références périphériques ont été construits aux quatre coins du département. Chacun de ces centres est composé d'une maternité et d'un dispensaire au sein duquel sont réalisées des consultations chroniques et d'urgence.

JE SUIS SAGE-FEMME DANS L'UNE DE CES QUATRE MATERNITÉS PÉRIPHÉRIQUES

Sur place, on ne trouve aucun obstétricien, aucun pédiatre, ni anesthésiste-réanimateur. Ici, en collaboration avec des auxiliaires de puériculture, **nous travaillons seuls**. Nous comptons, en cas d'urgence vitale, sur la disponibilité du médecin généraliste de garde au dispensaire. Dans ces situations, ou en cas de pathologies obstétricales, gynécologiques, et néonatales répertoriées dans un protocole, nous organisons des transferts vers la maternité centrale de Mamoudzou. **Parfois même, nous effectuons le trajet en ambulance et sommes amenés à y réaliser des accouchements et des réanimations.** Au quotidien, nous prenons en charge les consultations (neuvième mois de grossesse, suivis de grossesses à risques sous prescription téléphonique des gynécologues-obstétriciens, urgences obstétricales et gynécologiques). Nous pratiquons les accouchements à bas risques, sans analgésie péridurale, et assurons les suites de couches physiologiques et surveillances de la mère et du nouveau-né en post-partum après retour à domicile.

ICI ON APPREND À TRAVAILLER DIFFÉREMMENT

On voit régulièrement arriver des patientes en travail, sans aucun suivi de grossesse. Et pour cause, **l'accès aux soins à Mayotte est réduit**. Avec seulement deux obstétriciens libéraux sur l'île, la quasi-totalité des femmes enceintes est suivie par des sages-femmes. Le nombre de PMI à Mayotte est insuffisant

« On voit régulièrement arriver des patientes en travail, sans aucun suivi de grossesse. Et pour cause, l'accès aux soins à Mayotte est réduit. »

pour couvrir l'ensemble du suivi des femmes qui, sans sécurité sociale, ne peuvent accéder aux consultations avec des sages-femmes libérales.

Pour les femmes non véhiculées et qui parfois n'ont même pas les moyens de prendre un taxi, l'accès à la maternité est d'autant plus compliqué. Le manque de moyens touche de plein fouet la majorité des patientes. Environ 70 % des femmes qui viennent accoucher à l'hôpital de Mayotte sont en situation irrégulière⁽³⁾. Fuyant les îles voisines de l'archipel des Comores, beaucoup arrivent à bord de frêles bateaux, appelés *kwassa-kwassa*.

Chaque année, nombreuses périssent au cours de cette dangereuse traversée. Quand les familles parviennent à accoster, leur situation sanitaire et sociale est déplorable.

Comment élever ses enfants en sécurité quand on vit dans des bidonvilles ? Comment équilibrer un diabète ou palier des carences lorsqu'on est malnutri ? Comment réaliser les soins post-opératoires d'une cicatrice de césarienne, sans accès à l'eau courante ? Comment vivre sereinement quand on est sans papier ? Peut-être dans l'espoir qu'en naissant sur le sol français, un jour leurs enfants seront français.

Bibliographie :

¹ Mayotte 1^{ère}, *Nouveau record de naissances à Mayotte en 2017*

² Sébastien Merceron, Insee, *Naissances 2016 à Mayotte, une natalité record*, août 2017

³ CHM, *Rapport d'activité 2002-2003*



L'HYPNOSE

POUR VIVRE HARMONIEUSEMENT LA GROSSESSE

JEAN-DANIEL HENRY, SAGE-FEMME FORMÉ À L'HYPNOSE MÉDICALE DEPUIS 2012, ACCOMPAGNE LES FEMMES ENCEINTES POUR LES AIDER À MIEUX VIVRE LA GROSSESSE. IL A RÉCEMMENT PUBLIÉ UN OUVRAGE, *VIVRE PLEINEMENT MA GROSSESSE*, AUX ÉDITIONS INPRESS.



Avec **Jean-Daniel Henry**, sage-femme formé en hypnose

Parole de Sages-Femmes : **Pourquoi cet ouvrage sur l'hypnose et la grossesse ?**

Jean-Daniel Henry : Lorsque Dr. Jean-Marc Benhaiem* m'a proposé de participer à la collection *J'ose l'hypnose*, quoi de plus normal pour moi, sage-femme, que d'aborder le thème de la grossesse ! Dans *Vivre pleinement ma grossesse avec l'hypnose*, j'ai souhaité transmettre aux femmes enceintes diverses possibilités d'accompagnement grâce à l'hypnose. Il s'agit d'une méthode en vogue en ce moment, mais encore trop méconnue des soignants... Ainsi, par ce livre, j'espère également toucher les professionnels en leur donnant des

informations sur les champs d'action de l'hypnose durant la grossesse.

PDST : **Qu'abordez-vous dans votre livre ?**

JDH : J'ai pensé ce livre comme un livre de chevet pour la grossesse. Ainsi, il débute avec le désir d'enfant, il chemine avec les différentes étapes de la grossesse, de l'accouchement, pour finir avec le post-partum. Il offre aux patientes la possibilité de s'initier à l'autohypnose pour mieux gérer les désagréments de la grossesse, le stress, les douleurs de l'accouchement...

PDSF : Quels sont les intérêts de l'hypnose durant la grossesse ?

JDH : Ils sont multiples ! L'hypnose permet de travailler aussi bien sur des traumatismes anciens, que sur les signes sympathiques de grossesse, sur des inconforts, ou sur la gestion des contractions, ou bien encore sur la naissance.

Son effet, par l'accès à un état modifié de conscience entre l'éveil et le sommeil, a d'ailleurs été démontré avec l'IRM. fonctionnelle. L'imagerie montre que l'hypnose désactive certaines zones cérébrales tandis que d'autres prennent un relais plus positif.

PDSF : Est-ce que la lecture seule du livre suffit pour les patientes débutant l'hypnose ?

JDH : La lecture seule du livre permet une première approche. Il est important de retenir qu'avant tout, l'hypnose est une relation thérapeutique entre un praticien et un patient, celle-ci va permettre d'avancer plus sereinement à chaque étape de la grossesse. Il est donc intéressant d'avoir recours à un professionnel de santé pour approfondir et apprendre davantage les bienfaits d'une séance. Lorsque l'on sait que 15 minutes d'hypnose permettent une récupération de 3 heures de sommeil, il semble intéressant de maîtriser cet outil ! Et j'ai une pensée particulière pour mes collègues sages-femmes qui en salle de naissance n'ont pas le temps de se reposer...

PDSF : Pour les femmes en travail préparées à l'hypnose, quels sont vos 4 conseils à donner aux sages-femmes pour optimiser leur préparation ?

JDH : Je dirais :

1. Rejoindre la patiente là où elle se trouve, ce n'est pas à elle de venir vous chercher dans le confort... Acceptez ses sensations et son ressenti. Pensez qu'elle sait mieux que vous ce qui se passe à l'intérieur de son corps !
2. Respectez son projet, ses besoins sans jugement, soyez discret-e au bon moment !
3. Laissez-vous la possibilité de créer un environnement autour de cette patiente plus silencieux plus serein.

4. Adoptez une voix tranquille, calme, rassurante. Regardez la patiente dans les yeux.

PDSF : Vous abordez aussi le post-partum. En quoi l'hypnose pourra aider les patientes ?

JDH : Dans le cadre du post-partum, la patiente pourra recourir à l'hypnose lors des douleurs de cicatrisation, dans le confort périnéal. Également lors de l'allaitement, aussi bien pour augmenter la production de lait que pour réaliser un sevrage tout en douceur. Il y a bien sûr d'autres indications comme le *baby blues*...

PDSF : Ces temps-ci, les médecines alternatives subissent les foudres de détracteurs. Que diriez-vous à propos de l'hypnose ?

JDH : Les méthodes alternatives comme l'homéopathie est actuellement sous le feu des projecteurs, son efficacité et remise en cause, bien que nous sages-femmes l'utilisons fréquemment. Mais les données scientifiques sont essentielles pour le corps médical !

Pour l'hypnose, elle bénéficie de nombreuses études prouvant les capacités du cerveau à atteindre cet état modifié de conscience, ainsi que les applications au bloc opératoire ou dans d'autres domaines... L'hypnose n'est donc pas dans le collimateur parce qu'elle s'appuie sur de nombreuses études. Néanmoins, ce qui compte réellement, c'est avant tout la perception des patientes !

**Praticien hospitalier aux centres de traitement de la douleur de l'hôpital Ambroise-Paré et de l'Hôtel-Dieu. Il a créé en 2001 le premier diplôme universitaire d'hypnose médicale au CHU de la Pitié-Salpêtrière*

Pour en savoir plus



VIVRE PLEINEMENT MA GROSSESSE

<https://paroledesagesfemmes.com/infos-pratiques/bibliotheque/grossesse-le-manuel-pour-sepanouir-avec-lhypnose>

ACCOUCHEMENT

FAUT-IL SOULAGER OU TRAVAILLER AVEC LA DOULEUR ?

LA DOULEUR FAIT PARTIE DE LA MISE AU MONDE, MAIS DOIT-ON LA METTRE SUR LE MÊME PIED D'ÉGALITÉ QU'UNE DOULEUR LIÉE À UNE PATHOLOGIE ? N'A-T-ELLE PAS, MALGRÉ TOUT, DES INTÉRÊTS DANS LE PROCESSUS DE LA NAISSANCE ?



Avec **Céline Lemay**, sage-femme, PhD, Montréal*

DOULEUR ET SOUFFRANCE : QUELLE DIFFÉRENCE ?

Pour Simkin et Ancheta (2011), il est d'abord important de savoir faire la différence entre douleur et souffrance, l'une étant physique et l'autre ayant une dimension psychique, reliée à un état de détresse, de sentiment d'impuissance et de peur. L'auteur soutient que les femmes ont bien plus peur de souffrir que d'avoir mal.

FAUT-IL DISSOCIER DOULEUR ET EXPÉRIENCE DE L'ACCOUCHEMENT ?

Si l'accouchement n'est pas une maladie, sa douleur non plus. Dans une situation d'accouchement normal/physiologique, nous devrions logiquement penser à une douleur « normale ». Or, la vision actuelle des soins nursing et médicaux est marquée par une mission : soulager la douleur. La médecine parle depuis très longtemps de la « lutte » contre la douleur, ce qui est logique dans une situation de chirurgie, de maladie chronique ou de fin de vie.

Cette vision a cependant imprégné les pratiques obstétricales et correspond en plus très souvent aux demandes des femmes elles-mêmes. Le modèle du « soulagement de la douleur » accentue une dissociation par rapport à l'expérience globale de l'accouchement et se base sur la relative « inutilité » de la douleur. Elle devient alors un « problème » à gérer.

Alors que le langage s'articulait autour de méthodes non pharmacologiques du soulagement de la douleur il y a des propositions différentes qui ont émergé depuis quelques années. Il a fallu constater que le langage du soulagement non pharmacologique de la douleur nous garde dans le modèle « soulager la douleur ». Ce qui se développe maintenant, du moins parmi les sages-femmes, c'est l'approche travailler avec la douleur » (aider une femme qui a mal).

COMPRENDRE LA FONCTION PHYSIOLOGIQUE DE LA DOULEUR

Walsh (2012) a proposé un tableau éclairant la différence entre ces deux approches. La démarche pour favoriser la physiologie de la mise au monde inclut non seulement la compréhension du rôle et les fonctions de la douleur physiologique mais elle devrait nécessairement inclure la compréhension d'une approche très différente que celle qui est utilisée traditionnellement dans les milieux cliniques.

**Céline Lemay, Sage-femme, PhD - Auteure de « La mise au monde : revisiter les savoirs », Montréal : Presses de l'Université de Montréal, (2017)*

Cet article est relié autant à ma longue expérience de sage-femme, essentiellement autour d'accouchements physiologiques, que mes fréquentations avec les sciences biomédicales que j'enseigne et les sciences humaines et sociales de mes démarches académiques de maîtrise en anthropologie et de doctorat en Sciences Humaines Appliquées.



Soulager la douleur

- Langage qui suggère que la douleur est un problème
- Paternalisme : nous pouvons vous protéger d'un stress non nécessaire
- Âge technique/rationnel-curatif
- La douleur peut/devrait être prévenue/traitée
- Impact neutre de l'environnement
- Expertise clinique des professionnels
- Session spéciale sur la douleur dans les rencontres prénatales
- Approche « menu » pour différentes options pour s'adapter à la douleur
- La douleur comme enjeu à gérer dans un contexte de soins standardisés (chaîne de montage)
- Contribue à l'augmentation des accouchements médicamenteux
- Dynamique « cascade des interventions »
- Premier accouchement : très bien pour l'approche « menu » d'options à choisir.
- Le choix informé signifie que toutes les options doivent être présentées

Walsh (2012) p. 49 traduction libérale

Travailler avec la douleur / aider une femme qui a mal

- Langage qui suggère que la douleur d'accoucher est une douleur normale
- Empowerment* égalitaire: nous sommes avec vous, à vos côtés. Vous avez ce qu'il faut
- La douleur comme composante intemporelle des transitions et des « rites de passage »
- Impact important de l'environnement
- Rôle de soutien des professionnels
- Sujet intercalé dans le cours de préparation à l'accouchement
- Stratégies de soutien pour le parcours (voyage) du travail et de l'accouchement
- La douleur comme une des dimensions de l'accouchement dans un environnement à petite échelle, avec le soutien un-à-un
- Contribue à la tendance à moins d'analgésie médicamenteuse
- Les risques des agents médicamenteux l'emportent sur les bénéfices
- Premier accouchement : belle occasion pour « travailler avec la douleur »
- Le choix informé se fait dans le contexte du plan de naissance et de la philosophie du milieu.



Le livre de Céline Lemay sur paroledesagesfemmes.com

LA MISE AU MONDE : REVISITER LES SAVOIRS

<https://paroledesagesfemmes.com/infos-pratiques/bibliotheque/la-mise-au-monde---revisiter-les-savoirs>

SYNDROME DU CANAL CARPIEN ET GROSSESSE

L'ACUPUNCTURE PEUT-ELLE LE SOULAGER ?

SELON LES ÉTUDES, L'INCIDENCE RAPPORTÉE DU SYNDROME DU CANAL CARPIEN LIÉ À LA GROSSESSE VARIE DE 0,8 % À 70 %. SI SON ÉVOLUTION NATURELLE EST MAL CONNUE, CE SYNDROME RESTE HANDICAPANT POUR LES FEMMES ENCEINTES.

QUELLE ALTERNATIVE POUR LES SOULAGER ? LE POINT SUR L'ACUPUNCTURE AVEC STÉPHANIE NICOLIAN, SAGE-FEMME ACUPUNCTEUR À PARIS.

Avec **Stéphanie Nicolian**, sage-femme, acupuncteur, Paris

LE SYNDROME DU CANAL CARPIEN EN BREF

Le syndrome du canal carpien s'explique par la présence d'une **infiltration tissulaire réduisant le diamètre du canal carpien et comprimant ainsi le nerf médian du poignet**.

Cette compression occasionne des douleurs, des **paresthésies**, des **fourmillements** au niveau du pouce et des deux premiers doigts de la main. Ces fourmillements peuvent même irradier jusqu'à l'avant-bras et entraînant une perte de force, de préhension et de dextérité, entraînant un déficit sensitif. Les symptômes s'aggravent le plus souvent la nuit.

QUE SIGNIFIE CE SYNDROME EN MÉDECINE CHINOISE ?

En médecine chinoise, le syndrome du canal carpien pendant la grossesse est dû principalement à une stagnation de la circulation de l'énergie *Qi* et du *Sang* au niveau local qui entraîne une accumulation d'humidité. Le plus souvent l'œdème entraîne une obstruction du méridien tendino-musculaire du Maître du Cœur engendrant les symptômes de paresthésies à type d'engourdissement ou de picotement principalement dans les trois premiers doigts et la moitié radiale du quatrième et/ou des décharges électriques pouvant irradier le long de l'avant bras jusqu'à l'épaule.⁽¹⁾⁽⁵⁾



COMMENT L'ACUPUNCTURE PEUT SOULAGER LE SYNDROME DU CANAL CARPIEN ? SES OBJECTIFS ?

L'objectif de l'acupuncture est de diminuer les sensations d'engourdissement et de douleur en activant la circulation du *Sang* et de l'énergie *Qi* dans le méridien concerné.

Elle va avoir une action locale et une action plus globale en diminuant l'œdème du corps afin de réduire la compression du nerf carpien.⁽¹⁾⁽⁵⁾

QUELS SONT LES POINTS D'ACUPUNCTURE À PRIVILÉGIER ?

Il est difficile en acupuncture de citer des points précis pour traiter un symptôme. Le traitement doit être adapté à chaque patient selon le diagnostic en médecine traditionnelle chinoise. Il existe des points récurrents pour cette indication, généralement situés sur les avant-bras près des poignets.

Afin de répondre à cette question il est intéressant de connaître les points évalués dans les études déjà publiées. Concernant le syndrome du canal carpien, aucun essai randomisé n'a été publié durant la grossesse. En revanche de nombreuses études ont été réalisées dans la population générale. Notamment une récente étude dans le *Brain*, Yumi 2017 qui montre l'efficacité de l'électroacupuncture après 8 semaines de traitement,⁽³⁾ ou l'étude de Yang C. 2009 qui montre que 2 séances d'acupuncture par semaine diminueraient de 50 % les symptômes après deux semaines de traitement et de 70 % après quatre semaines dans les deux groupes ($p < 0,01$). Elle aurait autant d'efficacité que des corticoïdes.⁽⁴⁾

Les points récurrents pourraient être : les points locaux 6MC *Neiguan* à deux travers de doigt au-dessus du poignet interne et 7MC *Daling* au centre du poignet, 5TR *Waiguan* à deux travers de doigt au-dessus du poignet externe.

A-T-ON DES RETOURS DE PATIENTES ?

Dans ma pratique, le retour des patientes est positif. Après une série de séances, la douleur est diminuée, la qualité du sommeil est améliorée.

COMBIEN DE SÉANCES SONT-ELLES NÉCESSAIRES ?

Dans les différentes études le plus souvent, le protocole établi est de deux séances par semaine pendant 8 semaines. Cette fréquence de séance est peu réalisable en France en termes de temps et de coût de santé.

Selon mon expérience, plus l'œdème sera important, plus le traitement sera long. En cas de symptômes sévères l'idéal serait de bénéficier de 2 séances par semaine. En moyenne, je préconise une séance par semaine et un espacement des séances lorsque le soulagement apparaît.

Sources :

*Drs Padua L, DiPasquale A, Pazzaglia C, Liotta GA, Librante A, Mondelli M « Systematic review of pregnancy-related carpal tunnel syndrome » *Muscle and Nerve* novembre 2010, N°42, vol5, p697-702

¹ Stéphan JM. L'acupuncture dans le syndrome du canal carpien. Rôle du jing jin du Maître du Cœur. *Méridiens*. 1997;108:181-192.

² Maeda Y, Hyungjun K, Kettner N. Rewiring the primary somatosensory cortex in carpal tunnel syndrome with acupuncture. *Brain*. 2017 Apr 1;140(4):914-927

³ O'Connor D, Marshall S, Massy-Westropp N. Non-surgical treatment (other than steroid injection) for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(1):CD003219.

⁴ Yang C, Hsieh C, Wang N, Li T, Huang K, Yu S, Chang M. Acupuncture in Patients with Carpal Tunnel Syndrome. A Randomized Controlled Trial. *Clin J Pain*. 2009 ; 25 :327-333.

⁵ https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/chirurgie_du_syndrome_du_canal_carpien_-_approche_multidimensionnelle_pour_une_decision_pertinente_-_rapport_devaluation.pdf

⁶ Piazzini DB, Aprile I, Ferrara PE, Bertolini C, Tonali P, Maggi L, et al. A systematic review of conservative treatment of carpal tunnel syndrome. *Clin Rehabil* 2007;21(4):299-314

⁷ O'Connor D, Marshall S, Massy-Westropp N. Non-surgical treatment (other than steroid injection) for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;1:CD003219. Washington State Department of Labor and Industries. Work-related carpal tunnel syndrome diagnosis and treatment guideline. Olympia: IIMAC; 2009. http://www.lni.wa.gov/ClaimsIns/Files/OMD/CTSGuidelineFINA_L.pdf



L'ALLAITEMENT INDÉTERMINÉ

UNE AUTRE VOIE POUR LES MÈRES NON ALLAITANTES

CERTAINES MÈRES SE TOURNENT VERS L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE PAR PEUR DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF. EN LEUR OFFRANT PLUS DE SOUPLESSE, ELLES POURRAIENT SE LAISSER TENTER PAR QUELQUES TÉTÉES, VOIRE PLUS, ET CONSTRUIRE AINSI LEUR PROPRE EXPÉRIENCE D'ALLAITEMENT.



Avec **Béatrice Allouchery**, sage-femme libérale,
consultante en lactation IBCLC, à Saint-Aubin-lès-Elbeuf

« COMMENT SOUHAITEZ-VOUS NOURRIR VOTRE BÉBÉ ? »

Bien que cette question soit ouverte, dénuée de prosélytisme, en faveur de l'allaitement ou du biberon, elle presse les mères de faire un choix. Il nous paraît normal de devoir faire un choix avant que l'enfant paraisse. Pourtant certaines mères sont indécises. Elles disent qu'elles aimeraient allaiter un peu, pas longtemps ou faire du mixte et en toute bienveillance, elles sont intégrées dans un programme d'allaitement maternel exclusif (AME) au risque peut-être de les dissuader de tenter leur propre expérience d'allaitement.

En effet, le choix est souvent présenté comme un choix binaire : « noir ou blanc », « sein ou biberon ». Mais pourquoi pas gris avec toutes les nuances de gris imaginables ?

Bien sûr, nous savons que l'introduction de biberon de préparation lactée pour nourrisson conduit au sevrage. C'est la loi de l'offre et de la demande.

Moins il y a de tétées ou d'extractions de lait moins il y a de production. L'AME est une condition essentielle à la réussite d'un allaitement. L'allaitement mixte débuté dès la maternité conduit au sevrage.

UN DROIT À L'INDÉTERMINATION

Dans le cadre de ma formation de consultante en lactation, j'ai établi un programme que j'ai appelé « allaitement indéterminé », j'ai réfléchi à la meilleure approche et défini un cadre pour faciliter sa mise en place tant auprès des mères et qu'auprès des professionnels de santé.

Ce programme donne la permission à des mères qui au départ ne souhaitent pas allaiter de ne pas se déterminer avant la naissance de l'enfant. Il s'adresse d'abord aux mères non allaitantes et favorables à l'idée d'une première tétée afin d'écarter, par respect,

« Le nombre et le moment des tétées seront laissés à l'appréciation de la maman. Seul l'espace entre chaque biberon peut être précisé par l'équipe soignante. »

celles pour qui le contact du bébé au sein est inenvisageable. De même les mots « tétée de bienvenue » ou « tétée d'accueil » sont évités car ils semblent porter un jugement sur ce qui est bien ou non.

Ce programme permet d'offrir aux mères qui seraient tentées par le biberon, la liberté de se laisser guider par les événements au fur et à mesure :

- Les circonstances de la naissance et de la rencontre avec l'enfant vont influencer le premier choix de la mère en matière d'alimentation. Certaines seront prêtes pour tenter une première tétée, d'autres préféreront donner un biberon.
- Après cette première tétée elles auront envie ou non de poursuivre. Certaines pourront enchaîner les tétées sans se rendre compte qu'elles allaitent exclusivement. D'autres pourront faire du « mixte » en vue d'un sevrage très précoce. Elles pourront donner le sein en complément du biberon pour répondre, par exemple, à un besoin de contact du bébé ou le biberon en complément du sein pour se rassurer sur la quantité ingérée. Le nombre et le moment des tétées seront laissés à l'appréciation de la maman. Seul l'espace entre chaque biberon peut être précisé par l'équipe soignante.
- Et pour celles qui se seront orientées vers une alimentation artificielle (AA), si la tension des seins est douloureuse au 2^e ou 3^e jour, différentes solutions leur seront proposées : vider les seins sous la douche, tirer du lait avec un tire-lait

« À l'heure où les femmes non allaitantes n'ont plus de médication pour inhiber la lactation, l'allaitement indéterminé pourrait être une alternative entre l'AM exclusif et l'AA exclusive. »

et le donner au nourrisson au biberon, ou encore envisager une tétée. L'idée qu'une ou deux extractions de lait pourraient déclencher une lactation n'a pas été vérifiée, par contre le soulagement est instantané et durable.

INFORMER LES FUTURES MÈRES

Plus l'information est donnée tôt, plus la future maman sera à même de s'approprier ce projet et de le faire évoluer. Les mères doivent savoir que :

- L'allaitement mixte conduit au sevrage
- Seul l'AME garantit la réussite d'un allaitement
- Aujourd'hui aucun médicament n'est prescrit pour stopper la lactation. Toute forme d'extraction de lait peut soulager la tension des seins.
- La position BN comme Biological Nurturing, aussi appelée « transat » ou « zen » réduit le risque de douleurs et de crevasses.

Pour la position BN⁽¹⁾, en salle de naissance, lors de la première tétée, les mamans s'émerveillent devant les compétences de leur bébé : « il a réussi à attraper le sein tout seul ». Elle est souvent allongée sur le dos, semi inclinée, elle veille sur son bébé. Celui-ci est posé sur elle, ventre contre ventre et si ses pieds ne sont pas dans le vide ; il pourra prendre appui pour attraper le sein de lui-même. **C'est en fait la seule position où l'enfant est capable de prendre le sein de lui-même.** Aussi, il est bon d'encourager les mères à poursuivre toutes les tétées dans cette même position qui plus est reposante.

ÉCRIRE UN PROJET D'ALLAITEMENT INDÉTERMINÉ

Lors de la mise en place de ce programme les mères qui n'avaient pas présenté de projet écrit ont subi certaines pressions en faveur de l'AME. Elles n'ont pu avoir de biberons à disposition dans leur chambre comme toute maman qui choisit de biberonner. Ce détail permet à la mère de se sentir totalement libre de sa décision le moment venu. Aussi pour aider les futures mères un écrit type⁽²⁾ est proposé, il reprend les connaissances reçues et leurs attentes.

LES RISQUES DE LA MISE EN PLACE DE L'ALLAITEMENT INDÉTERMINÉ DANS LES MATERNITÉS

Plus nous voulons donner de la souplesse aux mères plus, en tant que professionnels de santé, nous devons faire preuve de rigueur dans la conduite de l'allaitement. **Pour éviter tout risque de confusion dans nos pratiques, il est nécessaire d'identifier clairement les différents programmes : AA pour alimentation artificielle, AME pour allaitement maternel exclusif et AInd pour allaitement indéterminé.** L'IHAB recommande (critère n°6.1 et 6.2 du formulaire d'autoévaluation) de « privilégier l'AME en ne donnant aux nouveaux nés allaités aucun aliment, ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf sur indication médicale ou sur décision éclairée de la mère. »⁽³⁾ Ce critère de l'IHAB donne le pouvoir de décision aux mères si elles sont informées. Tout en sachant que l'information des mères repose essentiellement sur la formation des professionnels de santé. En conclusion, à l'heure où les femmes non allaitantes n'ont plus de médication pour inhiber la lactation, **l'allaitement indéterminé pourrait être une alternative entre l'AM exclusif et l'AA exclusive.** Ce projet donne le temps à la mère de se faire sa propre expérience en toute liberté, loin des préjugés et des peurs.

Sources :

¹ www.biologicalnurturing.com

² www.alloucherybéatrice-sagefemme.fr

³ https://amis-des-bebes.fr/pdf_news/2016/AUTOEVALUATION-IHAB-juin-2016.pdf



UNE DOUBLE EXIGENCE POUR UNE DOUBLE QUALITÉ

Respect rigoureux des exigences réglementaires

infantile + biologique



Lancement du
**1^{ER} LAIT INFANTILE
FRANÇAIS BIO**
il y a plus de 20 ans



Feb 2019

DOCUMENT STRICTEMENT RÉSERVÉ AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Avis important – le lait maternel est l'aliment idéal du nourrisson, répondant au mieux à ses besoins spécifiques. En cas d'utilisation d'une formule infantile, il importe de respecter scrupuleusement les indications de préparation et d'utilisation, et de suivre l'avis du corps médical. Une utilisation abusive ou erronée pourrait présenter un risque pour la santé de l'enfant. Une préparation de suite ne convient qu'à l'alimentation particulière du nourrisson ayant atteint l'âge d'au moins six mois, et doit faire partie d'une alimentation diversifiée. L'introduction des aliments complémentaires ne doit être prise que sur avis du corps médical en fonction des besoins spécifiques du nourrisson.

*La formule Optima est légèrement acidifiée par du bifidus

(1) Conformément à la réglementation

PAPA MAMAN « ATOUTPRIX » (PMA)

TROIS VISAGES DE LA MALTRAITANCE

UN JOUR, UNE FEMME DE 35 ANS VIENT ME VOIR EN CONSULTATION DE SEXOLOGIE
AVEC UNE UNIQUE DEMANDE AU MILIEU DE MULTIPLES SOUFFRANCES...



Par **Sophie Rocher**, sage-femme sexologue en libéral, Cholet

LA SITUATION FAMILIALE

Elle vit en concubinage alimentaire avec un homme à peine plus jeune qu'elle, depuis environ 3 ans.

Lui, étranger vivant en France, a fui la guerre et la famine de son pays d'Afrique. Il travaille comme ouvrier et touche les aides de la CAF pour élever son dernier fils de 3 ans, appelons-le Ibrahim, né là-bas, d'une mère restée au pays avec leur fils aîné âgé de 6 ans.

Elle, on va l'appeler Céline, a fui l'enfer familial violent de la région de Lyon, a essayé de faire des études dans le commerce mais s'est arrêtée en chemin. Pour l'instant elle sert de nounou au petit Ibrahim, auquel elle s'est attachée, et vit du peu d'argent que lui concède le papa de ce dernier.

Leur vie se décline en mode « survie », clairement pour tous les deux.

SA DEMANDE

Mais revenons à la demande de Céline : « **je voudrais être plus performante sexuellement** ». C'est bien la première fois que j'entends cette demande de la part d'une femme et surtout dans ces termes-là.

Elle veut absolument un bébé (premier sens de sa performance). Mais le mot « performance » dans sa bouche m'interroge. Je creuse un peu. J'écoute beaucoup.

Elle m'explique qu'elle est en **parcours de PMA** (Procréation Médicalement Assistée, que je traduirais pour l'occasion Papa Maman Atoutprix) à l'hôpital et que c'est l'enfer. Les rapports sur commande, le corps objet de la technique, le gynéco froid et pas causant, la lassitude, la baisse du désir...

On le sait maintenant, la PMA vient bousculer le désir ou non désir d'enfant, la PMA réveille le fantasme et le colle à la réalité. La PMA incarne le désert psychologique, elle renvoie chacun (patient comme soignant) à sa propre sexualité, à sa propre tolérance, à ses propres valeurs, nombre de couples s'entendent dire : « un enfant, c'est déjà bien, si en plus il faut s'occuper de votre sexualité ma p'tite dame... », autant de réflexions qui parcourent ma pensée sans que je l'exprime à Céline.

DES VIOLENCES...

Céline m'explique aussi que **son conjoint la frappe tous les jours**, l'humilie tous les jours, l'insulte tous les jours et lui demande de le faire jouir vite et bien (second sens de sa performance) quand il en a besoin... tous les jours.

Deuxième enfer décrit en une seule consultation. Avec un langage très cru, très froid, sans émotion, elle me montre comment elle cache soigneusement les hématomes, m'explique comment elle lui répond qu'elle y arrivera (à avoir ce bébé), comment **il la traite de « vieille chatte stérile »** entre deux tâches ménagères imposées : qui lui reviennent à elle bien sûr, en plus de s'occuper de son petit « roi-mâle »,

« puisque lui travaille et pas elle ». D'ailleurs, elle trouve cela normal.

Le petit Ibrahim est présent lors de ce premier entretien et joue tranquillement derrière elle, en face de moi. Il lève la tête de temps en temps à l'évocation de tant de banalités (dites sans émotion) peut être pour voir ma réaction. Je lui souris.

Au cours du reste de l'entretien, je parlerai à Céline et à Ibrahim chacun avec des mots différents.

Je donnerai un prochain rendez-vous à Céline (seule cette fois) 4 semaines plus tard. Elle repartira avec toute la documentation nécessaire garantissant sa survie en cas de violences physiques et ou sexuelles trop importantes « pour elle ».

Elle tente de me rassurer en me disant fièrement qu'elle s'en sort toujours et qu'il n'arrivera pas à la tuer. Céline vit l'insupportable et nomme cet insupportable mais ne le vit pas comme insupportable. **J'essaie de l'aider à voir l'insupportable dans ce qu'elle me décrit.** J'insiste sur le fait que tomber enceinte et vivre une grossesse dans le contexte actuel ne sera pas facile. Ça ne lui fait pas peur, elle veut un bébé de toute façon...

JE M'INTERROGE...

« Jusqu'où la raison guide nos pas ? De quoi cet enfant la sauvera dans sa représentation du monde, dans sa représentation du rapport à l'autre ? Celui d'être une femme enfin respectée par cet homme parce que capable d'enfanter ? Bouclier des coups de couteaux qu'elle esquivera ou pas ? Phallus symbolique, arme idéale dans cette guerre de survie qu'ils en étaient arrivés à mener l'un contre l'autre ? Le processus vital de séparation si limpide dans ma logique personnelle est heurté par le déni de la réalité de la violence manifesté par Céline. Autant de questions que je me suis posées après avoir fermé mon cabinet de consultations le soir même. »

UN MOIS PLUS TARD

Quatre semaines plus tard, Céline revient me voir et m'annonce qu'elle a un prochain rendez-vous pour le transfert de l'embryon. Sa joie, sa presque victoire est rageusement rayonnante. Je suis partagée entre l'empathique joie de la savoir presque comblée de sa demande d'être enceinte et la crainte d'un parcours d'accompagnement compliqué au vu des éléments alarmants du contexte socio-familial. Nous reparlons des solutions de secours pour vivre en sécurité, de ce qu'elle pourra mettre en place pour sa sauvegarde matérielle, physique et morale. Elle m'entend, elle prend des notes et appellera les services sociaux, dès qu'il sera parti au travail le lendemain matin. **Elle refuse d'emporter avec elle les certificats médicaux de déclaration de coups et blessures, de peur qu'il les découvre dans son sac.** Ce sera la dernière fois qu'elle viendra me voir.

ELLE EST ENCEINTE MAIS...

Dans les jours qui suivront, le dossier sera discuté bien sûr en staff au sein de la structure médicale dans laquelle je travaille, en collaboration avec son médecin traitant, et les craintes évoquées auprès de l'hôpital (lieu de son parcours de PMA et de son futur accouchement).

Trois mois plus tard, j'apprends par son médecin traitant qu'elle est suivie pour une grossesse enfin démarrée. Suivi qui s'avèrera sporadique et très évitant. Elle vit donc toujours avec ce conjoint violent malgré la mise à disposition d'un appartement social de secours.

C'est son choix. À nous, soignants de l'accompagner sans la juger. Les termes de la loi lui ont été précisés, au-delà de cette étape, la compréhension du cycle de la violence lui donnera peut-être un éclairage au bout du tunnel.

Elle ne viendra pas me voir pour préparer son accouchement malgré les conseils de son médecin.

Ce dernier apprendra par Céline que le conjoint a prévu d'« offrir » l'enfant à son frère aîné resté au pays, ça se fait dans sa culture à lui. Durant tous ces mois, **un signalement a été fait pour protéger Ibrahim** en tant que témoin des violences. « Pourquoi tu tapes tata ? »



disait-il à son père très souvent. **Un autre signalement a été fait pour l'enfant à venir.** La maternité de l'hôpital où il est prévu qu'elle accouche est partagée entre fierté et révolte. C'est donc le silence qui domine. Et puis cette situation n'est pas isolée. On s'y habituera peut être un jour, mais pour l'instant on supporte l'incohérence et les contradictions.

LA TOUTE-PUISSANCE TECHNIQUE, CETTE MALTRAITANCE MÉDICALE

En tant qu'ex sage-femme hospitalière et pour y avoir travaillé pendant 15 ans, je sais qu'un système hôpital dans lequel les membres ne communiquent pas est un système à fuir, capable du meilleur comme du pire. Aujourd'hui installée depuis 10 ans en ville, mon regard extérieur au dit système me le confirme tous les jours.

Dans la situation présente se côtoient précisément deux mondes aux antipodes de l'intérêt commun, deux planètes.

D'un côté, la toute-puissance technique représentée par la gente médicale masculine sachante, ici un gynécologue homme, la victoire de la PMA qui s'ingénue à « forcer le passage » à tout prix, pour la gloire, pour le nom et pour le pouvoir. Son combat à lui : sa



même supra méga bien réussi peut conduire à des drames humains. « Humain ? Vous avez dit ? C'est quoi ce mot ? »

QUID DE LA PRÉSENCE SYSTÉMATIQUE D'UN PSYCHOLOGUE, VOIRE D'UN SEXOLOGUE, DANS CHAQUE SERVICE DE PMA

reconnaissance professionnelle dominante. Ce, dans un magnifique rapport de force, une magistrale preuve de la **maltraitance médicale**, mettant clairement de côté le partage et la coopération nécessaires au respect de la santé de chacun.

De l'autre côté, le désir d'enfant surpuissant de Céline, faisant fi des valeurs éducatives nourrissantes, mais résultat de son combat à elle, acharné pour la vie. Tout ce paquet d'amour que Céline n'a jamais connu pour elle-même. Comment pouvait-elle l'espérer, l'envisager, le concevoir pour son enfant ?

Comment un médecin proposant une PMA choisit-il de ne pas voir, de ne pas savoir, la violence des mots, des gestes ? Peut-être utilise-t-il les mêmes en fait... Ne pas s'interroger de l'absence du conjoint et de sa complicité aux rendez-vous médicaux ? En entretenant une autre forme de violence, il est en phase avec le mode de fonctionnement et de compréhension du monde de Céline.

L'enjeu étant d'un côté de faire comprendre à Céline que son cadre de référence, clairement inadapté, ne lui permettra pas de garder et d'éduquer l'enfant qu'elle voulait tant si elle ne se décide pas à aller vivre loin du géniteur violent ! Et de l'autre arriver à faire entendre au gynécologue que son travail technique

Parce que l'être humain est contradictoire dans ses passions et ses affects, la PMA répond à l'usage social répandu selon lequel chaque homme, chaque femme doit avoir un enfant. La stérilité doit être cachée du mieux possible. Dans certaines sociétés, la femme infertile doit rendre à la terre ce que celle-ci lui a donné : une fois décédée, elle aura les reins brisés afin que le sang passe directement du corps de la femme au corps de la terre et ne sera pas enterrée communément mais déposée sur le tas d'ordures : élément du pouvoir, engrais de la terre, vers un nouveau cycle de vie. La dureté du sort réservé aux femmes contraste avec les accommodations faites aux hommes, comme l'explique bien Françoise Héritier dans ses travaux.

QUID d'un suivi psychologique et sexologique sur leur parcours de Papa Maman Atoutprix afin de tenter de défaire les nœuds où tout se tient, pour éclairer les représentations qui sous-tendent les usages des couples, des professionnels, du système, du groupe...

Cet enfant naîtra mort deux semaines avant le terme, peut être victime d'un coup de trop (l'autopsie le dira).

Cet enfant était une fille.

Parce que toutes les sociétés permettent et entretiennent cette violence, je reste convaincue que la domination masculine culturellement et structurellement admise comme une norme dans notre monde sera longtemps taboue dans nos relations professionnelles, familiales, amicales tant que nous n'éduquerons pas les femmes à la résistance et à la capacité de dire NON !

J'admire les Martin Winckler et autres médecins humanistes de tous les jours qui montrent qu'être un homme (médecin ou pas) peut se conjuguer avec respect... de la femme.

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

PRÉVENIR ET DÉPISTER

LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS EST LA 12^E CAUSE DE CANCER CHEZ LA FEMME. AVEC PRÈS DE 3 000 NOUVEAUX CAS CHAQUE ANNÉE EN FRANCE, LA CAUSE PRINCIPALE EST L'INFECTION À HPV QUI SE TRANSMET PAR VOIE SEXUELLE. PRÉVENIR, DÉPISTER L'INFECTION SONT PARMI LES MISSIONS DES SAGES-FEMMES. MAIS ÊTES-VOUS INCOLLABLE SUR LE SUJET ? FAITES LE QUIZ !

1/ Le dépistage par frottis cervico-utérin du cancer du col de l'utérus concerne les :

- ☐ 18 à 60 ans
- ☐ 25 à 65 ans
- ☐ 25 à 68 ans

2 / Chez les femmes ayant bénéficié de la vaccination contre l'infection à HPV, il n'est pas nécessaire de procéder au dépistage.

- ☐ Vrai ☐ Faux

3/ Le dépistage par frottis cervico-utérin est recommandé tous les deux ans.

- ☐ Vrai ☐ Faux

4/ Le virus HPV peut provoquer des modifications de l'épithélium et évoluer vers un cancer...

- ☐ Dans les 3 à 5 ans après persistance de l'infection
- ☐ Dans les 5 à 10 ans après persistance de l'infection
- ☐ Dans les 10 à 15 ans après persistance de l'infection

5/ En cas de cytologie HSIL (lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade), il est nécessaire de réaliser une colposcopie d'emblée :

- ☐ Vrai ☐ Faux

6/ En cas de cytologie ASC-US (cellules malpighiennes atypiques de signification indéterminée) ou LSIL (lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade) en début de grossesse...

- ☐ Une colposcopie est recommandée pendant la grossesse
- ☐ Une biopsie est recommandée pendant la grossesse
- ☐ Une cytologie est recommandée dans les 2 à 3 mois après l'accouchement

7/ La vaccination contre l'infection à HPV est recommandée :

- ☐ Dès 11 ans
- ☐ Dès 15 ans
- ☐ Dès 18 ans

8/ Pour favoriser le dépistage, les sages-femmes peuvent proposer le frottis cervico-utérin au moment de la déclaration de grossesse chez les patientes qui n'en ont pas réalisé depuis 3 ans.

- ☐ Vrai ☐ Faux

Réponses :

1. Le dépistage du cancer du col de l'utérus cible les 25 à 65 ans
2. Faux. Le dépistage s'applique aux femmes qu'elles soient vaccinées ou non
3. Faux. Le frottis cervico-utérin est recommandé tous les 5 ans (après 2 premiers tests réalisés à 1 an d'intervalle et dont les résultats sont normaux)
4. Le virus HPV peut provoquer des modifications de l'épithélium et évoluer vers un cancer dans les 10 à 15 ans après persistance du virus
5. Vrai. Pour les cytologies HSIL (lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade), il est nécessaire de faire un examen colposcopique d'emblée. Celui-ci permet de repérer les lésions et d'orienter les prélèvements qui doivent être de bonne qualité. Lorsque la colposcopie ne permet pas d'observer l'intégralité des lésions cervicales, notamment vers le canal endocervical, elle est considérée comme non satisfaisante. Chez ces patientes considérées à haut risque (cytologie de haut grade) une exérèse à visée diagnostique est indiquée, comme le précise les recommandations
6. une cytologie est recommandée dans les 2 à 3 mois après l'accouchement
7. La vaccination, le moyen complémentaire de prévention du cancer du col de l'utérus est recommandée chez les jeunes filles entre 11 ans et 14 ans
8. Vrai

Sources : vaccination-info-service.fr / e-cancer.fr

Voici le premier acte pour réduire de 30 % le nombre de décès par cancer du col de l'utérus :



Parlez à vos patientes du programme de Dépistage Organisé du Cancer du Col de l'Utérus pour lutter contre ce cancer.

Ce nouveau programme s'adresse aux 17 millions de femmes de 25 à 65 ans parmi lesquelles 40 % ne font pas ou pas assez régulièrement un test de dépistage. Ces femmes qui n'ont pas fait de test depuis au moins 3 ans recevront un courrier les invitant à consulter un professionnel de santé – médecin généraliste, gynécologue, sage-femme – pour réaliser un dépistage ; dans ce cas, l'examen sera pris en charge à 100 % sans avance de frais. Les femmes réalisant spontanément un dépistage sont automatiquement intégrées au programme dans le cadre du suivi de leurs résultats, sauf opposition expresse de leur part.

Le test de dépistage du cancer du col de l'utérus est à réaliser tous les 3 ans, dès 25 ans et jusqu'à 65 ans.

Pour en savoir plus sur le programme, ses modalités et vous accompagner dans votre pratique et dans l'information des femmes, des outils sont à votre disposition sur [**e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoc**](https://e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoc). Vous pouvez également vous adresser au Centre de coordination des dépistages des cancers de votre région.

SAVOIR C'EST POUVOIR AGIR





ALCOOL

TOUTE CONSOMMATION COMPORTE DES RISQUES POUR LA SANTÉ

LES CHIFFRES SONT FORMELS, MÊME SI LA CONSOMMATION D'ALCOOL A CHUTÉ CES 50 DERNIÈRES ANNÉES, ELLE RESTE ASSEZ STABLE DEPUIS LES ANNÉES 90.

POURTANT, LA CONSOMMATION D'ALCOOL, MÊME PERÇUE À « FAIBLE » DOSE N'EST PAS ANODINE. EN 2015, 41 000 DÉCÈS ONT ÉTÉ ATTRIBUÉS À L'ALCOOL.

DES RISQUES DÈS LE PREMIER VERRE

La littérature scientifique établit un lien formel entre la consommation d'alcool et certaines pathologies, dont le cancer, et ce même à des doses jugées « faibles ». L'alcool a même été, depuis 1988, classé parmi les puissants cancérigènes par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC). En 2015, 30 000 cancers lui ont été imputés. Les cancers dont le lien avec la consommation d'alcool a été avéré sont ceux de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du côlon rectum, du foie, et du sein (post-ménopause). La liste est donc longue et concerne tous les niveaux de consommation. À titre d'exemple, un quart des cancers du sein induits par l'alcool est dû à moins de 2 verres d'alcool par jour.

DE NOUVEAUX REPÈRES POUR UNE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE

Si dans les années 80, le Ministère de la Santé avait fait mouche avec une campagne drôle et percutante « Un verre ça va, trois verres, bonjour les dégâts! », la communauté scientifique a depuis revu sa copie. Le risque de cancers possédant une relation linéaire avec la consommation d'alcool, a fait réagir les autorités. En 2016, une saisine de la Direction Générale de la Santé (DGS) et de la Mission interministérielle

de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) a mandaté Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa) pour réviser le discours public sur l'alcool. Ainsi, depuis 2017, le seuil visant à définir la consommation à moindre risque (pour les adultes en bonne santé et hors grossesse) a été revu par un groupe d'experts :

- ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine
- pas plus de 2 verres par jour
- avoir des jours dans la semaine sans consommation.

DÉFINITION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL À MOINDRE RISQUE

*Par les experts de Santé publique France
et de l'Institut national du cancer*

- Moins de 10 verres par semaine
- Moins de 2 verres par jour
- Avoir des jours dans la semaine sans consommation.

En cas de désir de grossesse, de grossesse, ou d'allaitement, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool.

COMMENT EN PARLER AVEC VOS PATIENTES ?

Avec 41 000 décès, dont 11 000 chez les femmes, l'alcool fait partie des trois premières causes de mortalité évitable en France. Ces chiffres auraient pu être réduits si les patientes avaient eu accès à davantage d'informations. Il est vrai que c'est un sujet difficile à aborder en consultation, mais qui reste néanmoins essentiel car des risques pour la santé existent même à des doses considérées par beaucoup

comme « modérées ».

Il est donc important d'instaurer un climat de confiance au cours des consultations pour aborder le sujet de la consommation d'alcool, au même titre que les questions sur les antécédents médicaux, le tabac ou l'activité physique. Ce fonctionnement reste la meilleure solution pour mettre les patientes à l'aise.

LE RPIB, UN OUTIL DE PRÉVENTION DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

Le RPIB, repérage précoce et intervention brève, est une procédure de prévention visant principalement les personnes non alcoolodépendantes qui permet de repérer les patientes présentant une consommation de substance psycho-actives à risque (repérage précoce), et qui permet de l'aider à réduire sa consommation (intervention brève).

Le RPIB se déroule toujours en deux étapes et peut être réalisé en 10 à 15 min. Tout d'abord, il vous faudra recueillir auprès de vos patientes les consommations déclarées et évaluer les risques. Pour vous aider, il existe un grand nombre de questionnaires différents selon les types de substances qu'ils évaluent. Concernant l'alcool, les deux questionnaires les plus utilisés sont : AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) et FACE (Fast-Alcohol Consumption Evaluation).

Enfin, selon le résultat du test, une intervention brève qui s'organise sous la forme d'un entretien motivationnel peut être pratiquée pour motiver au changement. L'intervention brève a pour objectif de motiver un changement de comportement chez les consommateurs d'alcool à risques. La femme peut présenter un risque faible ou une consommation excessive sans dépendance. L'intervention s'appuie sur l'entretien motivationnel fondé sur l'empathie, une écoute réflexive qui vise à renforcer la motivation de l'individu et à lui apporter des informations tout en respectant ses choix et son ambivalence. Le succès repose grandement sur la qualité de la relation et notamment la confiance entre la patiente et le professionnel de santé. L'intervention brève a fait preuve de son efficacité, notamment en médecine du travail.

DES INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Vous pourrez orienter vos patientes vers le site ou le numéro vert, elles y trouveront des informations sur l'alcool et la santé, sur les repères de consommation à moindre risque, ainsi que sur les risques de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Tous ces services sont gratuits et anonymes.

AUDIT ET FACE QUESTIONNAIRES LES PLUS UTILISÉS POUR MESURER LA CONSOMMATION D'ALCOOL

→ **AUDIT**, développé par l'OMS, est composé de 10 questions qui évaluent l'état des consommations déclarées des douze derniers mois. Les questions mesurent la fréquence de la consommation d'alcool, la dépendance et les problèmes engendrés par la prise d'alcool.

→ **FACE** est composé de 5 questions notées de 0 à 4. Les questions 1 à 2 évaluent la consommation d'alcool déclarée des douze derniers mois et les questions 3 à 5 à l'alcoolisation à risque et la dépendance en vie entière. Ce questionnaire a l'avantage d'être extrêmement rapide et donc facilement réalisable au cours d'une consultation.

Le site d'Alcool Info Service dispose aussi d'un espace dédié aux professionnels sur l'alcool et la santé.

Sources :

- Bonaldi 2019 ; article à paraître dans le BEH au premier semestre 2019.
- Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, Hill C, Rogel A, Menuelle G, et al. Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(21):442-8.
- Buzyn, A. (2015), "Consommation d'alcool et risque de cancer", Actualité et Dossier en Santé Publique (90), 57-58.
- Shield, K. D. ; Micallef, C. M. ; Hill, C. ; Touvier, M. ; Arwidson, P. ; Bonaldi, C. ; Ferrari, P. ; Bray, F. & Soerjomataram, I. (2017), "New cancer cases in France in 2015 attributable to different levels of alcohol consumption", Addiction 113(2), 247--256.

UNE QUESTION ? BESOIN D'EN SAVOIR PLUS ?

0 980 980 930

ALCOOL INFO SERVICE.FR
7J/7. DE 8 H À 2 H. APPEL ANONYME ET NON SURTAXÉ.



ADDICTIONS & GROSSESSE

TESTEZ-VOUS !

LES DROGUES, L'ALCOOL, LE TABAC PENDANT LA GROSSESSE SONT À RISQUE POUR LA MÈRE ET L'ENFANT.

QUE SAVEZ-VOUS SUR LE SUJET ?

FAITES LE TEST EN 4 QUESTIONS !



1/ Quelle est la substance toxique consommée pendant la grossesse la plus dangereuse pour l'enfant à naître ?

- ☐ Le cannabis
- ☐ Les anxiolytiques
- ☐ Le tabac
- ☐ L'alcool

2/ Le pourcentage de population toxicomane féminine est de :

- ☐ 10 à 15 %
- ☐ 20 à 25 %

3/ La cocaïne est la 1^{ère} substance illicite la plus consommée.

- ☐ Vrai
- ☐ Faux

4/ Selon l'American Academy of Paediatrics (1988), le pourcentage de nourrissons nés de mères dépendantes qui présenteront un syndrome de sevrage néonatal est de :

- ☐ 35 à 75 %
- ☐ 55 à 95%

Réponses :
 1. Alcool et notamment avec le SAF qui est irréversible
 2. 20 à 25% de la population féminine est toxicomane
 3. Faux. La cocaïne est la 2^e substance illicite la plus consommée après le cannabis
 4. De 55 à 95% des nourrissons présenteront un syndrome de sevrage néonatal (irritabilité du système nerveux central, dysfonctionnement gastro-intestinal, hyperactivité du système nerveux autonome)

RETROUVEZ TOUS NOS TESTS ET SONDAGES SUR NOTRE
 PAGE FACEBOOK **PAROLE DE SAGES FEMMES**

COLIQUES DU NOURRISSON

QUELLES SONT LES DERNIÈRES RECOMMANDATIONS ?

LES COLIQUES SONT UNE SOURCE DE STRESS POUR DE NOMBREUX PARENTS. MULTIFACTORIELLES, ELLES FONT POURTANT L'OBJET D'IDÉES REÇUES. QUELLES INFORMATIONS DONNER AUX PARENTS ? COMMENT LES RASSURER ?

LE POINT AVEC LA FICHE DE RECOMMANDATIONS DU GFHGNP (GROUPE FRANCOPHONE D'HÉPATOLOGIE-GASTROENTÉROLOGIE ET NUTRITION PÉDIATRIQUES).

LES COLIQUES DU NOURRISSON : DOULEUR OU INCONFORT ?

Dans la définition des critères de Rome IV, les coliques du nourrisson sont définies dans le cadre des troubles fonctionnels intestinaux.

En fait, il s'agit d'un syndrome comportemental : **l'enfant âgé entre 1 et 4 mois pleure sur de longues périodes, il est agité ou irritable, généralement l'après-midi et le soir.** Difficile à calmer, la cause de ces pleurs n'est pas évidente. C'est ce qui préoccupe les parents, et les amène souvent à penser que l'enfant souffre, alors que jusque-là, aucune preuve n'a démontré que ces pleurs étaient causés par une douleur. Ils sont plutôt associés à un inconfort.

POURQUOI IL PLEURE ?

La physiopathologie des coliques est assez complexe puisqu'il n'y a pas un facteur, mais bien plusieurs qui interviennent dans ce syndrome bénin.

On retrouve une composante psychologique et comportementale

Si l'enfant pleure pour un besoin, mais que la réponse à celui-ci n'est pas adaptée, l'enfant continue à s'agiter. Un parent anxieux se

sentira dépassé, angoissé, il voudra bien faire et compenser par un surinvestissement, mais qui sera le plus souvent délétère pour le nourrisson.

La tendance à comparer le comportement de l'enfant à un adulte influence aussi le vécu de ces pleurs comme en témoigne une enquête britannique. Parmi les nourrissons présentant des coliques, outre l'âge maternel, la primiparité, l'exercice d'un métier non manuel, retrouvés comme facteurs significatifs, il a été aussi retrouvé une tendance à « l'adultomorphisme » : quand l'adulte crie, il a un problème grave, si le nourrisson crie, le raisonnement est identique.

Y a-t-il des troubles digestifs favorisants ?

Si les pleurs, l'agitation peuvent orienter vers des reflux, **des études ne montrent aucune association entre reflux acides et coliques.** Alors, en cas d'examen normal et de pleurs isolés, quelle que soit leur intensité, des examens complémentaires tels que l'endoscopie digestive n'est pas indiquée.

Les nourrissons manifestant des coliques sont-ils intolérants au lactose ? Cette théorie peut-être réfutée, car même si on retrouve une relation entre production anormale d'hydrogène et coliques, l'apport de lactase n'apporte pas de bénéfice clinique.

On peut aussi se demander si **les enfants allergiques aux protéines du lait de vache**

sont plus exposés aux coliques. Des études suggèrent une efficacité d'un traitement diététique sans protéines du lait de vache. Mais il est difficile de conclure, car les enfants étudiés sont en faible effectif et présentent un fort risque atopique.

Plusieurs paramètres peuvent perturber la motricité digestive

Chez les nourrissons présentant des coliques, on retrouve un **taux plus élevé de motiline**, celle-ci est d'ailleurs augmentée en cas d'exposition au tabac, lui-même facteur de risque de coliques. Le **taux de sérotonine est également plus augmenté**, et on lui connaît un rôle dans la médiation de l'hypersensibilité viscérale. Aussi, l'**immaturité du système**

nerveux entérique des 3 premiers mois induit une dysmotricité digestive.

Des microbiotes différents chez les enfants manifestant des coliques

Il semblerait que la colonisation bactérienne soit différente chez les enfants présentant ou pas des coliques. Si la **diversité bactérienne est moins importante** en cas de colique, on retrouve aussi **plus de germes potentiellement pathogènes** (*Serratia*, *Vibrio*, *Yersinia*, *Pseudomonas*, *Phylum Proacteria*) générant des gaz par fermentation de lactose, de protéines...

Aussi, certaines souches d'*E.Coli*, de *Klebsielles* peuvent entraîner une inflammation intestinale. Ces arguments penchent vers une **dysbiose intestinale** dans l'apparition des coliques.

Face aux coliques, comment réagir ?

Sans gravité, l'incidence des coliques s'évalue néanmoins à 20 à 25 % dans les pays industrialisés, avec en plus un caractère anxiogène pour les parents, on ne peut donc négliger ce trouble que rencontrent les nourrissons.

- Le premier objectif est de **rassurer les parents avec empathie**
- Procéder à un **examen clinique** soigneux pour éliminer d'autres diagnostics
- Même si les preuves scientifiques manquent, **des alternatives** peuvent leur être proposées : emmaillotage, massage, portage...
- Les **parents déboussolés par ces pleurs ont besoin d'être accompagnés, informés**, ils doivent être acteurs de la prise en charge de leur bébé. Il existe d'ailleurs un outil (*colique.net*) d'évaluation et d'accompagnement destiné aux parents pour améliorer la prise en charge des coliques
- Face à ces pleurs incessants, il est aussi essentiel de **prévenir du risque du syndrome du bébé secoué**
- En ce qui concerne l'**approche thérapeutique**, elle sera **holistique et adaptée en fonction du contexte social, familial et culturel**
- La **pharmacologie n'a pas sa place** dans la prise en charge des coliques. Il ne s'agit pas de guérir mais d'accompagner les parents
- Un régime avec hydrolysats (FOS-GOS) en cas d'antécédent d'atopie familiale et/ou personnelle est discutable
- Une revue Cochrane (Traitement de la douleur dans la colique infantile. Biagioli E, Tarasco V, Lingua C, Moja L,

Savino F) sur les traitements de la douleur colique infantile de 2016, évoque la **phytothérapie** comme ayant des propriétés pour atténuer les crampes et douleurs intestinales et que comparativement, à l'absence de traitement, ou d'un placebo, elle peut réduire l'intensité des pleurs

- Enfin les **probiotiques**, s'ils sont administrés en quantité adéquate peuvent jouer un rôle bénéfique sur la santé de l'hôte. Certains agissent sur les coliques en réduisant en autres l'inflammation intestinale, la dysmotricité intestinale et la douleur viscérale

Mais tous les probiotiques n'ont pas les mêmes propriétés et selon la quantité de la colonie bactérienne les effets seront différents.

Huit méta-analyses convergent vers l'efficacité du *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 (*L.reuteri* Protectis) dans les coliques, particulièrement chez les enfants allaités. Ce probiotique, issu du lait maternel, donné à titre prophylactique (à raison de 5 gouttes par jour) chez les enfants nourris au sein ou bien avec préparation pour nourrissons, **réduirait le temps de pleurs de 51 minutes par jour à 1 mois et 33 minutes par jour à 3 mois**, comparativement au groupe contrôle.

Sources :

Fiche de recommandations/informations du GFHGNP

- Les coliques du nourrisson - M.Bellaïche et l'ensemble du Conseil d'Administration du GFHGNP - réalisée avec le soutien institutionnel du Laboratoire PediAct.

Fiche reco : <https://www.gfhgnp.org/recommandations-et-documents/coliques-du-nourrisson>
pediact : <https://www.pediact.com/biogaia/?produit=gouttes>

HERPÈS GÉNITAL

QUELLE PRISE EN CHARGE PENDANT LA GROSSESSE ET À L'ACCOUCHEMENT ?

QUELLES SONT LES DERNIÈRES DONNÉES POUR DIAGNOSTIQUER, PRÉVENIR ET TRAITER L'INFECTION HERPÉTIQUE PENDANT LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT ? LE POINT AVEC LES DERNIÈRES RECOMMANDATIONS DU COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS.

DÉTERMINER LE TYPE D'INFECTION

Les différents épisodes de l'histoire d'une infection à herpès se définissent avec le statut virologique et la clinique.

Sur le plan virologique, une séroconversion correspond à la présence d'immunoglobulines Ig G chez une patiente n'en présentant pas auparavant. On distingue :

Une primo-infection (dite primaire) : Il s'agit d'un 1^{er} épisode d'herpès HSV1 ou HSV2, quelle que soit la localisation (Ig G HSV 1 négatif, Ig G HSV2 négatif et PCR HSV1 ou HSV2 positive)

Une infection non primaire : Il s'agit d'un 1^{er} épisode d'infection à HSV1 chez une patiente ayant déjà présenté une infection à HSV2 ou l'inverse (Ig G HSV1 positif, Ig G HSV2 négatif et PCR HSV2 positif ou Ig G HSV1 négatif, Ig G HSV2 positif et PCR HSV1 positif).

Une infection asymptomatique : Il peut s'agir d'une excrétion virale en l'absence de signes fonctionnels ou de lésions visibles.

Une récurrence : Il s'agit d'une réplication clinique virale chez une patiente ayant déjà manifesté des épisodes d'infection herpétique (Ig G HSV1 positif, Ig G HSV2 négatif et PCR HSV1 positif ou Ig G HSV1 négatif, Ig G HSV2 positif et PCR HSV2 positif).

QUELS OUTILS DIAGNOSTICS ?

Il est recommandé de privilégier la PCR à la culture et à la détection antigénique. Mais il faut savoir que la PCR ne s'inscrit pas dans la nomenclature des actes de biologie médicale et n'est donc pas remboursée par l'Assurance Maladie.



En l'absence de lésion, la sérologie HSV doit être privilégiée pour déterminer le statut immunitaire chez une patiente ne présentant pas de lésion. En cas de lésion, sa prescription doit être limitée chez les patientes sans antécédent d'herpès génital afin de déterminer s'il s'agit d'une primo-infection, une infection non primaire ou d'une récurrence.

ON SUSPECTE DES LÉSIONS HERPÉTIQUES GÉNITALES CHEZ UNE PATIENTE SANS ANTÉCÉDENT

Un traitement antiviral peut être initié devant une suspicion d'épisode initial d'herpès génital, sans attendre les résultats des examens biologiques, en fonction de l'état clinique et du délai attendu des résultats (accord professionnel).

Le traitement

Aciclovir per os à raison d'un comprimé de 200 mg cinq fois par jour ou Valaciclovir à raison de deux comprimés de 500 mg deux fois par jour, pendant 5 à 10 jours en fonction de l'état clinique (grade C).

L'herpès est une infection sexuellement transmissible

Le principal facteur de risque d'infection initiale herpétique pendant la grossesse est l'existence d'une autre infection sexuellement transmissible (NP2), alors, il est recommandé de proposer à la patiente une sérologie VIH (grade B), et de réaliser chez elle et son partenaire un dépistage d'autres infections

sexuellement transmissibles, en fonction du contexte (accord professionnel).

En présence d'ulcérations ou de symptômes évocateurs d'herpès génital, la patiente doit être informée du risque de contagion de son partenaire et de fait une abstinence sexuelle doit être conseillée (accord professionnel).

Prévention

Chez les femmes ayant présenté un épisode initial d'herpès génital pendant la grossesse, bien qu'il n'existe pas de bénéfice démontré du traitement prophylactique pour réduire le risque d'herpès néonatal, il est recommandé de mettre en place une **prophylaxie antivirale, à partir de 36 semaines d'aménorrhée (SA) et jusqu'à l'accouchement, afin de réduire le risque de césarienne pour lésion herpétique (grade B).** En cas de grossesse gémellaire, un traitement pourrait être initié dès 32 SA, en raison du risque majoré d'accouchement prématuré (accord professionnel), de même, dans certaines situations à risque important d'accouchement prématuré.

Ce traitement consiste en de l'aciclovir per os à raison de deux comprimés de 400 mg trois fois par jour ou du valaciclovir 500 mg deux fois par jour jusqu'à l'accouchement.

À l'accouchement

Le risque d'herpès néonatal est plus important lorsque l'épisode initial d'herpès génital survient à proximité de l'accouchement, en raison du risque d'excrétion virale et d'absence de séroconversion maternelle protectrice pour le nouveau-né (NP2).

Le temps nécessaire à une séroconversion, après un épisode initial d'herpès génital, est variable mais est le plus souvent inférieur à 6 semaines (NP3). En cas de présence de lésions et/ou de symptômes évocateurs d'un épisode initial d'herpès génital (ou d'épisode initial d'herpès génital confirmé) au moment du travail, il est recommandé de réaliser une césarienne, car cela permet vraisemblablement

de diminuer le risque d'herpès néonatal en cas de primo infection herpétique (grade C). **En cas d'accouchement moins de 6 semaines après un épisode initial d'herpès génital, il est recommandé de réaliser une césarienne (accord professionnel).**

En cas d'épisode initial d'herpès génital pendant la grossesse, de traitement antiviral prophylactique bien conduit, et d'absence de lésions et/ou de symptômes évocateurs au moment du travail, **un accouchement par voie basse est possible, y compris lorsque cet épisode survient au troisième trimestre, tant que l'accouchement a lieu au moins 6 semaines après l'épisode infectieux (accord professionnel).**

En cas de présence de lésions et/ou de symptômes évocateurs d'un épisode initial d'herpès génital (ou d'épisode initial d'herpès génital confirmé), et de rupture de la poche des eaux après 37 SA, il est recommandé de réaliser une césarienne, si possible dans les 4 heures suivant la rupture (accord professionnel), car cela pourrait permettre de diminuer le risque d'herpès néonatal (avis d'expert).

En cas de rupture des membranes prolongée à terme, et même en cas de travail, il est recommandé de réaliser une césarienne plutôt qu'une voie basse (accord professionnel), car même s'il n'y a pas de données dans la littérature permettant d'évaluer l'intérêt d'une césarienne dans ce cas de figure (NP4), **un épisode initial d'herpès génital au moment de l'accouchement est la situation la plus à risque d'herpès néonatal (NP2).**

En cas d'association d'un épisode initial d'herpès génital et d'une rupture prématurée des membranes, la prise en charge doit être décidée de façon multidisciplinaire, en prenant en compte principalement la problématique de l'âge gestationnel (accord professionnel). Plus l'âge gestationnel de la rupture est précoce, plus une expectative avec traitement antiviral sera à privilégier (accord professionnel).

Si l'accouchement a lieu plus de 6 semaines après l'épisode infectieux, un accouchement par voie basse est possible, en cas de rupture prématurée des membranes, en l'absence de

lésions et/ou de symptômes évocateurs au moment du travail (accord professionnel).

ON SUSPECTE DES LÉSIONS HERPÉTIQUES CHEZ UNE PATIENTE AVEC DES ANTÉCÉDENTS CONNUS

Prélèvement ou pas ?

Il n'est pas recommandé de faire un prélèvement pour confirmer qu'il s'agit d'une lésion d'herpès (accord professionnel). Néanmoins, devant une lésion atypique, une confirmation virologique est recommandée, par écouvillonnage de la lésion, afin de pratiquer une recherche du virus par PCR ou culture (accord professionnel).

Traitement

Il n'y a pas d'étude permettant d'évaluer l'efficacité d'un traitement antiviral sur la symptomatologie en cas de récurrence d'herpès génital pendant la grossesse.

Un traitement antiviral par aciclovir (200 mg x 5 par jour) ou valaciclovir (500 mg x 2 par jour) pendant cinq jours, peut être proposé, pour réduire la durée et l'intensité des symptômes, devant des prodromes ou une récurrence d'herpès génital, dans les 24 heures suivant le début de l'éruption chez une femme enceinte très invalidée par ses symptômes (grade C).

Prévention

Chez les femmes ayant présenté au moins une récurrence pendant la grossesse, **bien qu'il n'existe pas de bénéfice démontré du traitement prophylactique pour réduire le risque d'herpès néonatal, il est recommandé de proposer une prophylaxie antivirale à partir de 36 SA,** afin de réduire le risque de césarienne pour lésion herpétique (grade B). Les antiviraux recommandés sont : l'aciclovir, à la posologie de 200 mg cinq fois par jour per os, ou le valaciclovir, à la posologie de 500 mg, deux fois par jour per os, jusqu'à l'accouchement.

Dans les situations à risque de naissance prématurée (menace d'accouchement prématuré, grossesse multiple), la prophylaxie pourra être débutée plus précocement (accord professionnel). Chez les femmes ayant un antécédent d'herpès génital et pour lesquelles le dernier épisode de récurrence est antérieur à la grossesse, le bénéfice du traitement prophylactique n'est pas démontré. **Il n'est donc pas recommandé de proposer systématiquement une prophylaxie antivirale aux femmes qui n'ont pas eu de récurrence pendant la grossesse, mais elle sera d'autant plus à considérer que les récurrences étaient récentes et fréquentes avant la grossesse (accord professionnel).**

À l'accouchement

En cas de prodrome ou de lésion clinique d'herpès génital chez une femme en début de travail ayant un antécédent d'herpès connu, les données de la littérature ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre (accord professionnel).

Une césarienne sera d'autant plus à considérer que les membranes sont intactes, et/ou en cas de prématurité et/ou en cas de séropositivité au VIH (accord professionnel).

En revanche, un accouchement par voie vaginale sera d'autant plus à considérer qu'il existe une rupture des membranes prolongée, après 37 SA et en l'absence de séropositivité au VIH (accord professionnel).

En cas de récurrence herpétique chez une femme présentant une rupture prématurée des membranes avant 37 SA, les risques liés à la prématurité et les risques d'herpès néonatal doivent être mis en balance.

Source : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français - mises à jour en gynécologie, tome II, publiée par I.Nisand, P.Deruelle, O.Graesslin

« Le risque d'herpès néonatal est plus important lorsque l'épisode initial d'herpès génital survient à proximité de l'accouchement »



BIENVEILLANTES, INOUBLIABLES

LES SAGES-FEMMES SONT AUX CÔTÉS DES FEMMES... LES MAMANS TÉMOIGNENT

« C'est une sage-femme qui s'occupe de mon suivi gynécologique. J'en suis ravie, elle est douce, elle prend le temps de m'expliquer... Je la recommande à toutes mes amies ! »

MARIE

« Ma sage-femme a été géniale ! Elle prenait soin de moi, me donnait des astuces, me remontait le moral... Ma petite puce étant arrivée plus tôt que prévu, j'ai également fait appel à elle par la suite, elle est venue peser Léa et elle m'a même prêté sa balance le week-end. Je peux dire qu'elle a rendu ma grossesse plus facile »

HÉLÈNE

« Traumatisée par un premier accouchement par césarienne avec des complications, j'ai voulu faire un travail autour de mes peurs quand je suis tombée enceinte de mon 2^e enfant. On m'a orientée vers une sage-femme spécialisée en hypnothérapie. Elle m'a énormément aidée à affronter cette 2^e césarienne. Je dois beaucoup à cette femme, d'une empathie et d'une humanité exceptionnelle et qui m'a permis de vivre une « vraie naissance », malgré les contraintes opératoires, ce que je n'avais pas pu connaître pour mon 1^{er} fils. »

ÉMILIE

« Nous avons eu la chance de tomber sur une merveilleuse sage-femme dans ma petite maternité qui a fermé le 25 décembre 2018. Elle nous a écoutés, rassurés (c'était ma première grossesse). Elle a été une parfaite professionnelle autant avec mon mari, mon futur bébé et moi ! Elle nous a tellement rassurés que le jour J c'était top, même si elle n'était pas là. Quand la seconde grossesse est arrivée, je voulais que ça soit elle, parce que j'avais besoin d'elle quand on nous a annoncé qu'ils étaient deux... Une fois de plus, elle a été merveilleuse ! Une relation de confiance s'était installée et là encore, j'ai pu profiter de cette grossesse extraordinaire puis d'un accouchement merveilleux. Pendant notre séjour, elle est venue nous rendre cette visite. Cette petite maternité permettait de garder la même sage-femme afin de créer du lien. Je la remercie de tout mon cœur d'avoir été là. Merci Sophie ! »

AUDREY

« C'est un métier magnifique. Elles ont été géniales pour mes deux accouchements. Très à l'écoute, présentes, rassurantes, elles nous ont laissé profiter de notre moment d'intimité dès que nos bébés sont arrivés. Pour moi, elles exercent un métier vraiment pas comme les autres. »

NADINE

« J'ai trouvé une super sage-femme après ma première grossesse. Et là, elle me suit pour ma deuxième. Elle est géniale, très à l'écoute. »

MILÈNE

« Pour le cours de préparation à l'accouchement, on m'a donné une liste de sages-femmes libérales car il n'y avait plus de place à l'hôpital. J'ai alors eu le plaisir de rencontrer une sage-femme formidable qui avait travaillé dans ledit hôpital. Il y avait donc une cohésion dans les pratiques. C'est vraiment appréciable. Merci ! »

FATOU

« Ma sage-femme m'a épaulée durant le travail et l'accouchement. On a travaillé ensemble, main dans la main. Elle a été attentive à mes souhaits, mon ressenti. Elle a su me rassurer. Mille mercis de m'avoir aidée à mettre au monde mon bébé. »

GÉRALDINE



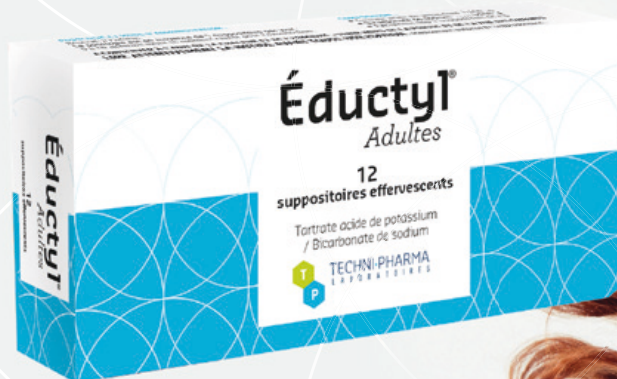
TECHNI•PHARMA
LABORATOIRES

Éductyl®

Adultes

SUPPOSITOIRES EFFERVESCENTS

Tartrate acide de potassium
/ Bicarbonate de sodium



DURANT LA GROSSESSE*
À L'ACCOUCHEMENT
EN POST-PARTUM*

* Compte tenu des données disponibles,
l'utilisation chez la femme enceinte
ou qui allaite est possible ponctuellement



Les mentions légales de EDUCTYL® sont disponibles sur : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>

À noter dans vos agendas

Retrouvez tous les événements sur
www.paroledesagesfemmes.com



Du 20, 21 & 22 mars 2019 – Paris

29^e Salon de gynécologie obstétrique pratique

→ Inscription & informations : gynecologie-pratique.com

Les 26 et 27 mars 2019 – Monaco

e-HealthWorld

→ Inscription & informations : e-healthworld.com

Les 31 mars, 1^{er}, 2 & 3 avril 2019

– Oregon (États-Unis)

Midwifery Today Conference – « Reclaiming the Joy of Midwifery and Birth »

→ Inscription & informations : midwiferytoday.com

Les 4, 5 & 6 avril 2019 – Marseille

24^{es} Journées de médecine fœtale

→ Inscription & informations : medecine-foetale.com

Les 19 & 20 avril 2019 – Marrakech

13^{es} Journées Franco-Marocaines

→ Inscription & informations : lesjfm.net

Les 25 & 26 avril 2019 – Deauville

19^{es} Journées de gynécologie, de Pédiatrie néonatale, d'Obstétrique et de Médecine prénatale

→ Inscription & informations : jpcom.fr

Les 25 & 26 avril 2019 – Marseille

12^e Édition du Congrès la Médecine de la Femme

→ Inscription & informations : atoutcom.com

Les 9, 10 & 11 mai 2019 – Monaco

GynMonaco

→ Inscription & informations : gyn-monaco.com

Les 22, 23 & 24 mai 2019 – La Rochelle

47^e Assises Nationales des Sages-Femmes

→ Inscription & informations : assises-sages-femmes.eu

Le 23 mai 2019 – Charleroi (Belgique)

7^e Symposium international d'éthique clinique chez le nouveau-né et l'enfant

→ Inscription & informations : chu-charleroi.be

Le 25 mai 2019 – Nord Pas-de-Calais

1^{ère} Journée « Bien-traitance et parentalité »

→ Inscription & informations : lesprosdela petiteenfance.fr

Le 3 juin 2019 – Paris

Journée à thème du Collège National des Sages-femmes

→ Inscription & informations : cnsf.asso.fr

Les 5, 6 & 7 juin 2019 – Aix-en-Provence

21^{es} Journées de la Société de la Médecine et de la Reproduction

→ Inscription & informations : s-m-r.org

Les 11, 12, 13 & 14 juin 2019 – Montpellier

10^e Congrès international francophone sur l'agression sexuelle

→ Inscription & informations : cifas2019.com

Les 12, 13 & 14 juin 2019 – Paris

3^{es} Journées d'Imagerie de la Femme et du Fœtus

→ Inscription & informations : iff.fr

Les 13 & 14 juin 2019 – Sérignan

29^e Rencontres Nationales de Périnatalité et Parentalité Bébé

L'enfant et son environnement – Acte II

→ Inscription & informations : beziers-perinatalite.fr



BioGaia®

Lactobacillus reuteri Protectis®
(DSM 17938)

Pas de doute...
BioGaia® Gouttes !



5 gouttes/jour, en une seule prise
ACL : 6085595

Stilligoutte de 5 mL

Exclusivement en
pharmacie

PediAct

www.pediact.com



Il est important de demander l'avis d'un professionnel de santé concernant la prise de compléments alimentaires chez les enfants. Ne peut se substituer à une alimentation variée, équilibrée et à un mode de vie sain. www.mangerbouger.fr



POUR VOS PATIENTS, LA MEILLEURE PROTECTION C'EST LA VACCINATION.

C'est pourquoi le calendrier vaccinal préconise de vacciner les enfants dès le plus jeune âge et de procéder à des rappels réguliers tout au long de la vie.

Ce suivi de votre patient est au cœur de votre mission : votre rôle est essentiel pour promouvoir la vaccination.

Pour vous aider, Santé publique France met à votre disposition un portail d'information : vaccination-info-service.fr